

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : La Mutuelle nationale des hospitaliers et des professionnels de santé et du social (MNH),
Siège social 45213 Montargis Cedex, mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité,
immatriculée sous le numéro SIREN 775 606 361



Produit : **MNH Essentya Seniors**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques.

Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garantie.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française.

Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanti choisi, et figurent dans le tableau de garantie. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Certaines prestations sont proposées dans le cadre d'un contrat collectif en inclusion et assurées par MNH Prévoyance.

LES GARANTIES SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Soins courants** : consultations, visites et chirurgie, pharmacie, autres soins courants (imagerie médicale, analyses, auxiliaires médicaux, sage-femme, soins externes et transport)
- ✓ **Dentaire** : soins, prothèses inscrites à la classification commune des actes médicaux (comprenant notamment les prothèses dentaires prévues par le dispositif 100% Santé), orthodontie
- ✓ **Appareillage** : appareillage (orthopédie, prothèses), prothèses auditives (équipement par oreilles remboursé par la Sécurité sociale, comprenant notamment le dispositif 100% santé, piles et accessoires)
- ✓ **Optique** : lunettes remboursées par la Sécurité sociale (monture et verres, comprenant notamment les équipements prévus par le dispositif 100% santé), lentilles remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Hospitalisation (y compris en ambulatoire)** : séjour, forfait journalier, honoraires
- ✓ **Prévention** : vaccin antigrippe

LES GARANTIES PREVOYANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ Prestations mariage-PACS du membre participant et participation aux frais funéraires

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

(Les options sont fonction du niveau de garantie)

Soins courants : ostéopathie et chiropractie, homéopathie

Dentaire : implantologie

Appareillage : forfait orthopédie et autres prothèses, forfait prothèses capillaires et mammaires

Optique : chirurgie réfractive, lentilles non remboursées Sécurité sociale, forfait basse vision

Hospitalisation : Supplément chambre particulière, frais d'accompagnant seniors, location téléviseur

Cures thermales externes libres (hors hospitalisation) : honoraires médicaux, traitement thermal, forfait

Prestations prévention : forfait vaccin voyage, forfait pédicure podologue, ostéodensitométrie

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ✓ Service d'analyse de devis (optique, dentaire et audiology) et conseils
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE :

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation (voir la notice afférente)

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins réalisés en-dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire (sauf prestations spécifiques mentionnées au contrat)
- ✗ Les produits pharmaceutiques non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, non prescrits par ordonnance médicale
- ✗ Les frais d'hébergement en établissements médico-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux, les transports sanitaires, ainsi que la participation forfaitaire d'1€
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Les prestations sont accordées dans la limite de la dépense réelle
- ! **Optique** : remboursement limité à un équipement (1 monture + 2 verres), par période de 2 ans, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue
- ! **Hospitalisation** : supplément pour chambre particulière limité à 30 jours par année civile en psychiatrie



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des conséquences figurant ci-dessous

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude, dater et signer le bulletin d'adhésion fourni par la MNH (à défaut, nullité de l'adhésion)
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle (à défaut, report de la prise d'effet de la garantie)

En cours de contrat

- Etre à jour de ses cotisations (à défaut, suspension de la garantie voire radiation)
- Informer la mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de profession, et de régime obligatoire d'Assurance Maladie, conformément aux délais prévus par le règlement mutualiste (à défaut, mauvaise exécution du contrat)

En cas de sinistre

- **Santé** : produire les demandes de remboursement accompagnées des justifications prévues dans le règlement mutualiste de la MNH, (sous peine de non remboursement) dans un délai maximum de deux ans à compter :
 - soit de la date d'établissement du relevé de prestations de l'organisme d'Assurance Maladie obligatoire
 - soit de la date d'acquit de la facture
 - soit de l'acte médical ou chirurgical
- **Prévoyance** : produire les justificatifs détaillés dans le règlement mutualiste de MNH Prévoyance (sous peine de non prise en charge)



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables en cours de mois ou en cours de trimestre.

Elle est précomptée sur la pension CNRACL, prélevée sur le compte bancaire, postal ou de Caisse d'Epargne ou réglée par tout autre moyen.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le 1er jour du mois qui suit la date de réception par la MNH, du bulletin d'adhésion daté et signé, le cachet de La Poste faisant foi.

L'adhésion est annuelle à échéance du 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle par tacite reconduction sauf résiliation soit à l'initiative de l'adhérent (voir pavé ci-dessous), soit à l'initiative de la mutuelle (résiliation pour défaut de paiement, exclusion pour préjudice volontaire aux intérêts de la mutuelle). La couverture liée aux allocations forfaitaires (mariage-PACS et participation aux frais funéraires) cesse en cas de résiliation du contrat collectif afférent.

En cas d'impayés de cotisations, à tout moment à la demande de l'organisme assureur, à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi d'une lettre de mise en demeure.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

1/ à la demande de l'adhérent, tous les ans (échéance annuelle du 31 décembre), soit par lettre simple ou tout autre support durable, soit par lettre recommandée ou recommandé électronique, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle, soit par acte extra-judiciaire, soit, en cas d'adhésion par l'un des modes de communication à distance proposés par la mutuelle, par le même mode de communication, soit par mail, sous réserve du respect d'un préavis de deux mois, avant la date d'échéance ; dès lors que la date d'adhésion au contrat est inférieure à 12 mois.

2/ à la demande de l'adhérent, à n'importe quel moment, dès lors que la date d'adhésion au contrat est égale ou supérieure à 12 mois, par les mêmes moyens que ceux visés en point 1/.