

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur les produits 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.



Protéger les professionnels
de santé, tout simplement

Produits : **MNH MEDICEO 1, 2, 3, 4**

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 et inclut le dispositif 100% santé.



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 de contrats collectifs en inclusion et assurées par MNH Prévoyance et/ou IMA.

LES GARANTIES SANTE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes de sages-femmes, honoraires paramédicaux, actes d'auxiliaires médicaux, médicaments, forfait annuel contraception, imageries médicales, analyses et examens de laboratoire, 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 .
- ✓ **Aide auditive** : équipement par oreille 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).
- ✓ **Hospitalisation** (y compris en ambulatoire) : séjour, forfait hospitalier, honoraires médicaux, chambre particulière sans nuitée, frais d'accompagnement pour les enfants de moins de 12 ans.
- ✓ **Allocation** : prestations naissance-adoption.

LES GARANTIES OPTIONNELLES :

(Les options sont fonction du niveau de garantie)

- Soins courants** : forfait annuel ostéopathie-chiropractie.
- Matériel médical** : forfait matériel médical, forfait par prothèse capillaire – mammaire acceptés par la Sécurité sociale.
- Dentaire** : forfait annuel implantologie, parodontologie.
- Aide auditive** : hors équipement 100% Santé, forfait par oreille.
- Optique** : hors équipement 100% Santé monture + verres, forfait annuel chirurgie réfractive, forfait annuel lentilles.
- Hospitalisation** : supplément chambre particulière, location de téléviseur.
- Cures thermales externes libres (hors hospitalisation)** : honoraires médicaux, traitement thermal, forfait.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ✓ Service d'analyse de devis (optique, dentaire et audiologie) 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, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Hospitalisation** : supplément pour chambre particulière limité à 15 jours par an en MNH MEDICEO 1 et, en psychiatrie, à 30 jours par an en MNH MEDICEO 2, 3, 4.



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

- 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

- 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.



Quand et comment effectuer les paiements ?

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

Elle est 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 à l'allocation forfaitaire naissance-adoption cesse en cas de résiliation des contrats collectifs.

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/.