Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur la garantie complémentaire santé

MCF : Mutuelle enregistrée en France et régie par le Code des Assurances : n°302 976 568

Offre : MCF Prévention au 1er janvier 2021

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 transmise (prestations détaillées dans le tableau des garanties figurant des statuts).

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 ou un nombre d'actes par an qui figurent dans les tableaux de garanties des statuts. La participation est limitée à la dépense engagée. Une somme peut rester à votre charge.

GARANTIES en complément de la sécurité sociale

- Hospitalisation : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- Soins courants et prescriptions médicales : Consultations, visites, examens médicaux, auxiliaires médicaux, produits pharmaceutiques à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés par la sécurité sociale à 65% ou 30%).
- Dentaire : soins conservateurs, prothèses, orthodontie, prothèses sur implant ;

Application du 100% santé pour les actes soumis à prix limite de vente

- Frais d'optique : lunettes (monture et verres – une paire tous les 2 ans sauf changement de correction), lentilles de contact

Application du 100% santé pour les équipements de classe A soumis à prix limite de vente.

- Audioprothèses : application du 100% santé pour les équipements de classe 1, soumis à prix limite de vente.
- Appareillages remboursés par la sécurité sociale : Audioprothèses pour les équipements de classe 2, prothèses et orthèses

GARANTIES pour des soins non pris en charge par la sécurité sociale (dès lors qu'ils sont effectués par des professionnels conventionnés par la sécurité sociale ou par leur autorité de tutelle pour les professions paramédicales)

- Chambre particulière, lit accompagnant
- Implantologie et parodontologie
- Chirurgie réfractive
- Ostéopathie, chiropractie,
- Psychothérapie des enfants de moins de 18 ans
- Vaccins
- Hygiène féminine
- densitométrie, holter

SERVICES

- Service d'analyse des devis

SERVICE D'ASSISTANCE VIE QUOTIDIENNE

- Aide à domicile en sortie d'hospitalisation
- Répétiteur à domicile pour les enfants immobilisés durablement, etc..

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- Les indemnités journalières en cas d'arrêt de travail
- les dépenses de soins relatives aux séjours dans les unités ou centres de long séjour et dans les établissements qui accueillent des personnes (maisons de retraites, EHPAD, centres d'aide à l'insertion sociale)
- La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale
- Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux comme les EHPAD
- la totalité du Ticket Modérateur (TM) des médicaments pris en charge à 30% par la sécurité sociale, le TM de ceux pris en charge à 15%
- les actes non pris en charge par la sécurité sociale, exceptions faites des actes figurant dans les tableaux de prestations des statuts

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

Exclusions liées aux contrats responsables

- Participation forfaitaire de 1€ et les franchises médicales sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transports
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de santé (médecin référent)
- les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Où suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger
- Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée, sur présentation du décompte de remboursement de la sécurité sociale
- pour les soins non pris en charge par la sécurité sociale, et si les statuts le prévoient, le remboursement est effectué sur présentation des factures acquittées

Quelles sont mes obligations ?

Règles générales à l'adhésion

- Remplir précisément le bulletin d'adhésion que nous vous fournissons
- Attester que, compte tenu de vos besoins, la mutuelle vous a bien conseillé sur le choix de vos garanties et que vous adhérez en toute connaissance de cause.
- Fournir tous documents justificatifs demandés
- Régler la cotisation indiquée au contrat

Règles générales en cours de contrat

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Adresser les factures et décomptes sécurité sociale dans un délai de deux ans suivant l'acquittement ou la date de remboursement par le Régime Obligatoire
- Informer la mutuelle de tout changement de situation dans les 15 jours (changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de la composition familiale – naissance, mariage, décès- changement de centre de gestion du Régime Obligatoire, changement de profession, passage à la retraite) et fournir les justificatifs

Obligations statutaires

- Pour les agents de la Fonction publique, titulaires ou contractuels : souscrire la garantie perte de rémunération (garantie facultative pour les élèves suivant une scolarité dans un établissement de la Fonction publique et pour les bénéficiaires cotisants)
- Pour les retraités : souscrire la garantie dépendance

Quand et comment effectuer les paiements de mes cotisations ?

Les cotisations sont fixées par année civile. Elles sont payables mensuellement, par avance, chaque début de mois, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ouvert en France

Le paiement par chèque ou virement est autorisé pour les adhérents et dans les cas particuliers, après accord du correspondant TRACFIN. Dans ce cas, l'échéancier est trimestriel

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet le premier jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. La date d'adhésion figure sur les documents transmis à sa conclusion (lettre d'appel de cotisation et certificat de garanties)

Chaque adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

L'adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle. Elle est ensuite tacitement reconduite par année civile, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées au contrat.

Les soins effectués ou prescrits avant la date d'adhésion ne donnent pas lieu au versement de prestations

Comment puis-je résilier le contrat ?

- Au 31 décembre de l'année en cours, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant cette échéance.
- En cours d'année, tout adhérent ayant souscrit la garantie « Santé » depuis plus d'un an, pourra demander sa radiation à tout moment, en adressant à la mutuelle une lettre sur tout support papier ou tout support durable, ou en donnant mandat au nouvel organisme complémentaire.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle dès lors que ce changement modifie fortement la nature du risque.
- Dans les 30 jours suivant la réception de votre appel de cotisations annuel, si la tarification ou les nouvelles règles statutaires ou règlementaires ne vous conviennent pas.
- Lorsque vous êtes soumis à un contrat groupe obligatoire d'entreprise

INFORMATIONS

Compte tenu de la multiplicité des codifications des actes médicaux, il n'est pas possible de tout indiquer dans une fiche normalisée de format A4.

L'exhaustivité de nos prestations figure dans les statuts de la mutuelle. Vous pouvez en obtenir une version papier sur simple demande ou les consulter en ligne via notre site Internet : www.mutuellemcf.fr.

N'hésitez pas à contacter les gestionnaires de la mutuelle si vous avez des questions sur l'organisation et les statuts de la mutuelle.

Pour nous contacter :

MCF
5 – 7 avenue de Paris
CS 40009
94306 VINCENNES Cedex

Messagerie : mcf@mutuellemcf.fr

Notre accueil : du lundi au jeudi de 9h à 12 H et de 13H à 15 H du lundi au vendredi tél : 01 41 74 31 00.

OFFRE MCF Prévention (2021)

Exemples de remboursements en €

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement MCF Santé	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	sans limitation de durée	Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	247,70 €	107,30 €	0,00 €	participation maximum 100% de la BR	Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	247,70 €	183,30 €	0,00 €	participation maximum 80% de la BR	Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	122,50 €	0,00 €	verres simples	Prix limite de vente
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	166 €	178,91 €	verres simples	Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur molaire	538,70 €	84,00 €	186 €	268,70 €		Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	240,00 €	430,17 €	805,93 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	20,00 €	9,00 €	15,00 €		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	6,90 €	34,00 €		Prix moyen national de l'acte