

Assurance complémentaire santé



Document d'Information sur le Produit d'Assurance (D.I.P.A ou I.P.I.D).

Compagnie : MCEN (Mutuelle des clercs et employés de notaire) – Mutuelle immatriculée en France et régie par le livre II du Code de la Mutualité – Immatriculation n° 784 338 618

Produit : Complémentaire collective à adhésion obligatoire, surcomplémentaire à adhésion facultative et complémentaire facultative pour les anciens salariés en sortie de contrat collectif obligatoire et les ayants-droit de salariés décédés dite "Loi Evin"

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou 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 garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et pharmacie** : consultations généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes de spécialité, analyses médicales, radiologie, transport, consultation ostéopathique et autres médecines douces, médicaments, contraception, vaccin antigrippe, sevrage tabagique
- ✓ **Prothèses** : auditives, capillaires, mammaires, petit et gros appareillage, orthopédie, podologie
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, inlay, onlay, prothèses dentaires acceptées (dent visible et non visibles), orthodontie acceptée, implantologie dentaire, parodontologie
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact, kératectomie, implant oculaire
- ✓ **Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité** : frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux, forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnement
- ✓ **Autres** : pharmacie prescrite non remboursée, honoraires de cure thermale, participation voyage et hébergement pour cure thermale, frais d'obsèques et assistance à domicile

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Prothèses dentaires refusées
- Orthodontie refusée
- Frais hospitaliers accessoires (télévision, téléphone)

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation :

- ✓ Aide-ménagère
- ✓ Présence d'un proche au chevet du patient bénéficiaire
- ✓ Services de proximité (livraison de médicaments, portage de repas, ...)

En cas d'hospitalisation :

- ✓ Transfert et garde d'animaux,
- ✓ Fermeture du domicile quitté en urgence
- ✓ Préparation du retour au domicile
- ✓ Prise en charge famille (pour les enfants, petits-enfants (< 16 ans) ou enfants handicapés : transfert, garde, aide aux devoirs, ...)

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



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les actes non pris en charge par les régimes obligatoires sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau de garanties



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! 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

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement **par période de 2 ans** (de date à date), réduite à **1 an** pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, période réduite à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans
- ! **Audio prothèse** : prise en charge limitée à une aide auditive **par oreille par période de 4 ans** suivant l'acquisition de cet appareil
- ! **Consultation médecine douce** : le montant des prestations est remboursé dans la limite de 3 séances **par an** et par bénéficiaire.
- ! Les prestations médecines douces **concernent exclusivement** l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie, la sophrologie, l'ergothérapie, l'acupuncture, la psychomotricité, la psychothérapie, la psychologie, la diététique et la pédicurie
- ! **Sevrage tabagique** : remboursement compris entre 50 et 100 euros **par an** et par bénéficiaire
- ! **Sport sur ordonnance** : remboursement pour les personnes en Affection Longue Durée



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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

✓ Obligation de l'entreprise souscriptrice :

- Transmettre à la mutuelle le contrat signé,
- Affilier tous les salariés et leurs ayants-droits appartenant à la catégorie de bénéficiaires à titre obligatoire définie par le contrat,
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat,
- Transmettre à la mutuelle les évolutions des bénéficiaires du contrat,
- Remettre à chaque salarié la notice d'information actualisée établie par la mutuelle ainsi que la présente fiche DIPA.

✓ Obligation du salarié, de l'ancien salarié ou l'ayant-droit du salarié décédé :

- Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français et appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat,
- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion. Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Payer la cotisation prévue par le contrat,
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations dans un délai de 2 ans maximum suivant la date de soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

✓ Pour l'entreprise souscriptrice : Les cotisations sont payables mensuellement à terme échu. L'entreprise assure le précompte de la cotisation obligatoire du salarié.

✓ Pour le salarié, l'ancien salarié ou l'ayant-droit du salarié décédé : Le salarié, l'ancien salarié ou l'ayant-droit du salarié décédé reçoit un échéancier qui détermine le montant dû et la date d'échéance. Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement bancaire sur un compte bancaire ouvert au nom du salarié, l'ancien salarié ou l'ayant-droit du salarié décédé, auprès d'une banque française. La cotisation correspondant à la couverture optionnelle est payée directement par le salarié par prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

✓ Pour l'entreprise souscriptrice :

La couverture prend effet à compter de la date fixée au contrat. Elle prend fin le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

La couverture prend fin lorsque le contrat est résilié soit à l'initiative du souscripteur, soit à l'initiative de la mutuelle.

✓ Pour le salarié et ses éventuels ayants-droits :

La couverture obligatoire prend effet à la prise d'effet du contrat collectif obligatoire souscrit par votre employeur ou à la date d'embauche si vous n'étiez pas présent à la mise en place du contrat pour vous-même et vos ayants-droits obligatoires sauf cas de dispense prévus au contrat.

La couverture obligatoire cesse à la date à laquelle le salarié ne remplit plus les conditions d'affiliation prévues par le contrat, notamment en cas de rupture de son contrat de travail ; à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'entreprise souscriptrice ou par la mutuelle ; à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

La couverture optionnelle prend effet, au plus tard, au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion et prend fin au 31 décembre de l'année en cours, elle est renouvelée par tacite reconduction. Si le salarié perd le bénéfice du contrat collectif obligatoire, la garantie optionnelle cesse de produire ses effets à la même date. Le salarié souscrivant une garantie facultative bénéficie d'un droit de renonciation (30 jours à compter de son adhésion).

✓ Pour l'ancien salarié et ses ayants-droits ou l'ayant-droit du salarié décédé devenu adhérent : couverture dite Loi Evin

Le maintien facultatif "Loi Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité. La couverture cesse au 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année. Elle cesse également à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations

La personne souscrivant cette garantie facultative bénéficie d'un droit de renonciation de 30 jours à compter de son adhésion.



Comment puis-je résilier le contrat ?

✓ Résiliation à l'initiative de l'entreprise, du salarié pour son contrat surcomplémentaire, de l'ancien salarié ou de l'ayant-droit du salarié décédé devenu lui-même adhérent des couvertures facultatives (uniquement) :

Le souscripteur peut résilier son contrat, après expiration d'un délai de 12 mois à compter de la date de souscription. La résiliation prend effet un mois après que la MCEN en a reçu notification par lettre ou tout autre support durable.

Les éventuelles cotisations perçues post-résiliation seront remboursées par la MCEN au souscripteur dans un délai maximum de 30 jours. Le souscripteur, qui a résilié son contrat, doit s'assurer de l'absence d'interruption de sa couverture.