

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu et géré par la Mutuelle Complémentaire d'Alsace - 6 route de Rouffach - CS 40062 - 68027 Colmar Cedex - SIREN : 778 900 027 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Nom du produit : FLEX'TNS

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. Ce document complète les conditions générales et le tableau de garanties qu'il est **impératif de lire et de maîtriser** pour connaître le montant des prestations, ainsi que le détail et le libellé complet et exact de toutes les garanties et exclusions de votre contrat.

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 du régime obligatoire français. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des remboursements sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi selon le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge des bénéficiaires du contrat.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **L'hospitalisation** : Forfait journalier hospitalier, frais de séjour hôpitaux conventionnés et non conventionnés, chambre particulière*, forfait actes lourds, frais d'accompagnement*, honoraires chirurgie, anesthésie, maternité.
- ✓ **L'optique (y compris le 100% santé)*** : Equipement (monture et 2 verres), adaptation, appairage et autres compléments, lentilles prescrites prises en charges ou non par le régime obligatoire*, forfait basse vision*, chirurgie réfractive et implants intraoculaires.
- Le dentaire (y compris le 100% santé)** : Soins dentaires, Inlays-Onlays, prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire, Inlays core, prothèses dentaires provisoires*, implants*, radio 3D dans le cadre de l'implantologie*, pilier, orthodontie prise en charge par le régime obligatoire*, parodontologie : maladies parodontales*.
- ✓ **Les soins courants** : Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux, forfait actes lourds, forfait patient urgences, radiologie, échographie, doppler, acte de biologie, honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux, transport pris en charge par le régime obligatoire), les médicaments (pharmacie remboursée par le régime obligatoire), le matériel médical (appareillage, orthopédie, véhicule pour personnes à mobilité réduite*).
- ✓ **Les aides auditives (y compris le 100% santé)** : Appareillage auditif*, entretien et piles.
- ✓ **La cure thermale** : Soins pris en charge par le régime obligatoire, Hébergement (hors transport)*.
- ✓ **Le pack prévention*** : prise en charge de la médecine douce et de prestations de confort (vaccin, pharmacie, ...)
- ✓ **Le sport sur ordonnance** pour les personnes en affection longue durée.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Le dentaire* : Prothèses dentaires non prises en charge par le régime obligatoire (y compris bridge sur implant, hors implants et hors prothèses dentaires provisoires), orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire*

Le pack fidélité* : pédicure, podologue, participation à la pratique sportive, chirurgie réfractive, facettes céramiques (bloc incisivo-canin).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ **Le tiers payant généralisé en France et sur le panier 100% santé.**
- ✓ **L'espace privilège sur le site internet de la mutuelle.**
- ✓ **L'application mobile MCA.**
- ✓ **Le service MEDAVIZ de téléconsultation médicale.**

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ **MCA Assistance et Protection Juridique**

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

* Garanties soumises à restrictions (voir détails dans la fiche de garanties et les conditions générales).



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 ou d'invalidité.
- ✗ Les conséquences du décès : obsèques, rapatriement de corps...
- ✗ Les frais d'hébergement en maison de retraite, établissement médicaux sociaux.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 €.
- ! Les franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! La majoration de participation mise à la charge de l'assuré pour non-respect du parcours de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : la chambre particulière est limitée à 89 jours/an/bénéficiaire pour les séjours en maisons de repos, neuropsychiatrie et rééducation fonctionnelle. Sont exclus les frais d'accompagnement non pris en charge par le régime obligatoire pour les personnes de 16 à 65 ans.
- ! **Optique** : prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans (délai réduit à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue).
- ! **Aide auditive** : prise en charge d'un équipement auditif par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation.
- ! **Dentaire** : forfait limité par an ou par période de traitement et par bénéficiaire, dans la limite d'un plafond global (hors garanties minimales) ; nombre d'implants et de piliers limité par an et par bénéficiaire.
- ! **Orthodontie non prise en charge par le régime obligatoire** : les bilans et la contention sont exclus (options).
- ! **Véhicule pour personne à mobilité réduite (+moteur)** : soumis à une limite de renouvellement tous les 3 ans.
- ! **Pack prévention** : les remboursements sont plafonnés et forfaitaires. La pharmacie concerne les médicaments dont le taux de TVA est inférieur à 20% et qui figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'Autorité nationale de sécurité du médicament.
- ! **Pack fidélité** : réservé aux adhérents de plus de 16 ans, et ayant 12 ou 24 mois d'ancienneté selon les options ; pratique sportive limitée à 50% des frais réels.



Où le salarié et ses ayants droit sont-ils couverts ?

- ✓ En France Métropolitaine et départements d'outre-mer (Martinique, Guadeloupe, St Martin, Réunion, Guyane et Mayotte),
- ✓ A l'étranger, à la condition d'une prise en charge d'un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

Lors de l'affiliation

L'entreprise s'engage à :

- Déclarer à la Mutuelle tout salarié remplissant les conditions d'affiliation,
- Communiquer à la Mutuelle, le bulletin individuel d'affiliation dûment renseigné par chaque nouveau membre participant, à moins que les données nécessaires à l'affiliation soient transmises via la déclaration sociale nominative,
- Remettre à chaque nouveau membre participant une notice d'information rédigée et fournie par la Mutuelle, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux les modifications des garanties du présent contrat en leur remettant copie de toute nouvelle notice rédigée par la Mutuelle.

En cours d'affiliation

L'entreprise s'engage à :

- Déclarer à la Mutuelle tout nouveau salarié remplissant les conditions d'affiliation et tout changement de situation des membres participants en précisant la date et les motifs de ces changements de situation (retraite, licenciement, congé sans solde, suspension du contrat de travail en précisant la cause...),
- Déclarer à la Mutuelle tout salarié dont le contrat de travail est rompu au cours de l'exécution du présent contrat, en précisant la date de son départ. Cette déclaration doit être effectuée dans les 15 jours suivant la rupture effective du contrat de travail,
- Communiquer à la Mutuelle, le bulletin individuel d'affiliation, dûment renseigné par chaque nouveau membre participant,
- Payer à la Mutuelle les cotisations dues aux échéances,
- Remettre à chaque nouveau membre participant une notice d'information rédigée et fournie par la Mutuelle, ainsi qu'à porter à la connaissance de chacun d'eux les modifications des garanties du présent contrat en leur remettant copie de toute nouvelle notice rédigée par la Mutuelle.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables à terme échu mensuellement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au bulletin d'affiliation.

Le contrat est conclu pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle automatiquement d'année en année au 1^{er} janvier sauf résiliation dans les cas et conditions prévues au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée à la mutuelle par lettre, par courriel à l'adresse : resiliation@mc-alsace.fr ou tout autre support durable, à l'initiative de la personne morale souscriptrice dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire ou à l'initiative du membre participant ou de l'employeur dans le cadre d'un contrat collectif facultatif et dans les conditions suivantes :

- Au 31 décembre de chaque année, moyennant un préavis de deux mois avant cette date (c'est-à-dire avant le 31 octobre).
- A tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription au contrat, sans frais ni pénalités.