

Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance (mutuelle)

Assureur : MFCF (Mutuelle Familiale des Cheminots de France)

Produit : Complémentaire Santé MFCF



v2021

Ce document d'information présente un résumé des informations clés du Règlement Mutualiste de la MFCF. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans le Règlement mutualiste de la MFCF.

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

La gamme Complémentaire Santé MFCF a pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux en cas de maladie ou d'accident engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et peuvent varier. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée (voir RM).

✓ SOINS COURANTS

Consultations et visites de médecins généralistes et spécialistes ; Auxiliaires médicaux¹ ; Actes d'imagerie ; Analyses et examens de laboratoire¹ ; Médicaments¹⁻² ; Petits appareillages et gros appareillages¹ ; Prothèses oculaires et faciales¹ ; Fournitures pour soins à domicile¹ ; Matériel orthopédique¹ ; Prothèse mammaire et capillaire¹

✓ HOSPITALISATION

Imagerie diagnostique ; Actes techniques médicaux ; Forfait journalier ; Frais de séjour² (en institutions de repos, de convalescence et centres de réadaptation fonctionnelle ou diététique, en établissement psychiatrique, en institutions médico-éducatives) ; Soins et forfait hébergement en établissement d'hébergement pour personnes âgées

✓ DENTAIRE

Soins dentaires ; Soins et prothèses « 100% Santé » ; Prothèses dentaires² ; Prophylaxie bucco-dentaire ; Orthodontie dentofaciale² ;

✓ OPTIQUE

Équipement « 100 % santé » ; Verres ; Monture ; Prestation d'adaptation ; Lentilles de contact

✓ AIDE AUDITIVE

Équipement « 100 % Santé » ; Appareil auditif

✓ PRÉVENTION et MÉDECINE DOUCE

Actes du contrat responsable Art. R871-2 du code de la Sécurité sociale ; Sevrage tabagique² ; Vaccins contre la grippe ; Ostéodensitométrie² ; Moyens contraceptifs³ ; Forfait global médecine douce (pack santé) ; Actes de prévention réservés aux enfants de - de 14 ans (Scelllements prophylactiques ; Détartrage annuel ; Actes des Orthophonistes¹)

✓ DIVERS

Transport² ; Cures thermales ; Allocation de maternité au bénéfice de la famille

Selon la garantie choisie par l'employeur :

Matériel médical : Radio et chirurgie (Fournitures à usage unique) ; Forfait journalier (+de 18 ans) en institutions médico-éducatives ; Chambre particulière ; Prothèse dentaire provisoire sur dent du sourire ; Implantologie, Parodontologie, Rebasage des prothèses³ ; Chirurgie réfractive ; Accessoires et Piles auditifs ; Ostéodensitométrie¹⁻³ ; Actes de prévention réservés aux enfants de - de 14 ans (Actes des ergothérapeutes, des psychologues...³) ; Frais d'accompagnement (- de 16ans) ; Allocation de perte de salaire pendant l'hospitalisation ; Aide-ménagère ; Participation aux frais d'obsèques

✓ **Services proposés** : IMA Assistance, Tiers payant, réseau de soin Itélis.

- 1- exclusivement sur prescription médicale
- 2- Pris en charge par l'AMO ou la CPRP
- 3- Non Pris en charge par l'AMO ou la CPRP



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

La gamme Complémentaire Santé MFCF ne rembourse pas :

- ✗ Les soins non remboursés (sauf mention contraire) par l'assurance maladie obligatoire, la Sécurité sociale ou CPRP
- ✗ Les soins non prévus à l'annexe 1 du Règlement Mutualiste de la MFCF



Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Les principales exclusions de votre contrat :

Exclusions « contrats responsables » :

- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise de 0.50€ sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise de 2€ sur les transports sanitaires
- ! Majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.

Exclusions autres :

- ! Le forfait journalier dans les établissements médico-sociaux
- ! Chambre particulière en psychiatrie.

Limitations :

- ! **Actes des biologistes, auxiliaires médicaux, pharmacie, optique, prothèses auditives, appareillages et accessoires médicaux** : exclusivement sur prescription médicale
- ! **Chambre particulière** : limité à 30 jours en cas d'hospitalisation. 45 jours en institutions de repos, de convalescence et centres de réadaptation fonctionnelle ou diététique.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à un plafond en € par année civile
- ! **Pack Santé + et Médecines autres** : prise en charge limitée à un forfait en € par an et par bénéficiaire selon la garantie choisie.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un plafond en euros par année civile
- ! Le remboursement des frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale est soumis à plafonds ou forfait unitaire
- ! Participation aux frais d'obsèques sous conditions rappelées au Règlement mutualiste de la MFCF.



Dans quel pays suis-je couvert ?

La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

▪ Lors de l'adhésion

L'adhérent doit adresser au centre de gestion de la MFCF les pièces suivantes :

- Le Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé,
- La photocopie du document délivré par un régime d'assurance maladie obligatoire (CPRP, SS, MSA, etc...) établi pour l'adhérent et les éventuels ayants droit.
- Le cas échéant, la photocopie de l'attestation d'ouverture des droits du précédent organisme de protection complémentaire de santé de l'adhérent ou le certificat de radiation ou résiliation de celui-ci.
- Les documents nécessaires au prélèvement des cotisations et du versement des prestations.
- Pour les agents territoriaux, fournir également le certificat employeur mentionnant la date d'entrée de l'agent dans la fonction publique et le justificatif d'adhésion au dernier organisme auprès duquel l'agent a souscrit une garantie labellisée.
- En tout état de cause, l'adhérent s'oblige à produire à la mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire à l'adhésion

▪ En cours d'adhésion

L'adhérent doit informer par courrier la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement de toute modification dans sa situation ou celle de ses éventuels ayants droit, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance, au choix mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon le mode de règlement retenu par prélèvements automatiques sur un compte bancaire ou postal.

Les paiements peuvent également être effectués par chèque.



A quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

L'adhésion prend effet

- Au 1^{er} jour du mois en cours si le dossier complet d'adhésion parvient à la mutuelle avant le 15 du mois.
- Au 1^{er} jour du mois suivant dans le cas contraire.

Toutefois, si l'adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficiaires produit(sent) un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de deux mois suivant la radiation, la date d'effet de l'adhésion s'effectue au 1^{er} jour du mois en cours, sous réserve de l'encaissement par la mutuelle des cotisations liées à la période concernée.

Durée de l'adhésion :

L'adhésion à la garantie choisie est annuelle et produit effet du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'adhérent, dans les conditions précisées au règlement mutualiste.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à l'adhésion au règlement par l'un des moyens suivants :

- soit par lettre ou tout autre support durable
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle
- soit par acte extrajudiciaire
- soit par communication à distance lorsque la mutuelle le propose pour l'adhésion au règlement
- soit par tout autre moyen prévu par le règlement.

Cette résiliation peut intervenir :

- à l'échéance de l'adhésion au règlement, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, à tout moment ; la mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de l'adhésion au règlement en précisant à l'adhérent la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que la mutuelle en a reçu notification par l'adhérent.
- en cas de refus par l'adhérent de la modification du règlement par la mutuelle (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.
- à la réception de l'avis d'échéance annuelle de cotisation, dans les conditions de l'article L 221-10-1 du Code de la mutualité