

Assurance Complémentaire Santé

Garantie Hospitalier



Document d'information sur le produit d'assurance MFH

Mutuelle MFH – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 397742958

La mutuelle a conclu une convention de substitution avec l'Union de réassurance et de Substitution Sociale (UR2S), immatriculée à l'INSEE sous le numéro SIREN 453 112 960, pour l'ensemble des opérations et des branches qu'elle pratique, aux fins d'assurer ses activités d'assurancielles mutualistes.

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 ?

Le produit MFH est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent ou affilié et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et solidaires.



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, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires médicaux et chirurgicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, Chambre particulière, frais d'accompagnement enfant.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie (vignettes blanches, bleues, orange).
- ✓ **Cures thermales acceptées Sécurité Sociale** : cure thermale, transports liés aux cures, forfait hébergement.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires acceptés Sécurité Sociale** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ **Actions de prévention** : ostéodensitométrie, détartrage dentaire, vaccins, contraception non remboursée sur prescription médicale, préservatifs.
- ✓ **Forfaits MFH+** : 6 X 20 € par an et par bénéficiaire applicables pour médecine douce – dépassement d'honoraires des praticiens OPTAM/OPTAM-CO – actes, pharmacie, appareillages et vaccins prescrits non remboursés par la SS.
- ✓ **Complément de salaire pour les agents de la Fonction Publique Hospitalière** : demi-traitement du TBI, en relais du CGOS, versement d'un complément en lien avec un arrêt maladie.

✓ LES AIDES COMPLEMENTAIRES PREVUES EN COMMISSION DE SECOURS SOUMISES A ETUDE

Aide-ménagère en cas d'hospitalisation
Aides exceptionnelles non remboursables
Aides au mariage, pacs ou naissance
Participation aux frais d'obsèques
Sport sur ordonnance

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 actes effectués auprès de professionnels non libéraux
- ✗ Les actes dentaires non pris en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-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 DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : remboursement de 60 €/jour et limité à 1 mois consécutif
- ! **Frais de séjour** : régime commun ; si maison d'enfant ou de repos, limité à 1 mois consécutif
- ! **Forfait hébergement cure** : dans la limite des frais réels
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : prothèses acceptées par la sécurité sociale, remboursement plafonné à 5000 euros la 1^{ère} année.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 1 appareil par oreille tous les 4 ans.
- ! **Le forfait journalier hospitalier pour les MAS et EPHAD**
- ! **Allocations journalières** : si adhésion avant 64 ans avec date arrêt travail initiale postérieure à la date d'adhésion et accessible après 10 mois d'adhésion.
- ! **Aides complémentaires** : sur dossier de la Commission sociale dans la limite des fonds disponibles, accessible après 10 mois d'adhésion.



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

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la mutuelle
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- Régler le droit d'entrée et la cotisation indiquée au contrat et dans les délais prévus.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : dans ce cas, le mutualiste doit fournir à la mutuelle les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont perçues mensuellement à terme échu. Le premier prélèvement est un droit d'entrée.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique ou précompte sur salaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le bulletin d'adhésion / d'affiliation. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité.