Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur : La MUTUELLE DES CHEMINOTS DE LA REGION DE NANTES (MCRN), mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 314 765 546, dont le siège social est situé 4 place des Jacobins – 44000 Nantes.

Garantie collective facultative : MCRN TNS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions de la garantie. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur cette garantie dans la documentation pré contractuelle et contractuelle.

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

La garantie **MCRN TNS** est une assurance complémentaire santé destinée 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. La garantie respecte les conditions légales des contrats responsables (dont la réforme « RAC 0 », Reste à Charge Zéro, aussi appelée 100% santé). Cette garantie est un contrat collectif à adhésion facultative ouvrant droit aux déductions de certaines cotisations sociales en application de l'article 154 Bis du code général des impôts, dit « contrat Madelin ». Le montant de la cotisation comprend les frais d'adhésion annuels à l'association ACTI, souscripteur du contrat.

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 chirurgicaux et médicaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences (FPU).
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Honoraires médicaux généralistes et spécialistes, imagerie médicale et actes techniques médicaux, examens de laboratoire, frais de transport sanitaire, auxiliaires médicaux.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments (service médical rendu élevé, modéré et faible), vaccin DTP.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact pris en charge par la sécurité sociale, Chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires, scellement des puits, sillons et fissures dentaires, orthodontie.
- ✓ **Audition** : Prothèses auditives.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité Sociale** : Orthopédie et appareillage hors prothèses auditives.
- ✓ **Prestations supplémentaires** : Médecine douce.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière.
Frais d'accompagnement hospitalier.
Examens de laboratoire non pris en charge par la Sécurité Sociale
Vaccins et dépistage.
Médicaments non remboursés sur prescription médicale.
Densitométrie osseuse
Implants dentaires et parodontologie.
Cure thermale.
Forfait moyens de contraception

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Conseils sur les remboursements de vos devis dentaires ou optiques.
- ✓ Tiers payant pour les professionnels de santé conventionnés sur présentation de la carte mutualiste.
- ✓ Extranet adhérent 24h/24.
- ✓ Les avantages du réseau Kalixia.
- ✓ Application MCRN

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Accompagnement avant et après l'hospitalisation, en ligne et par téléphone.

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 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.
- ✘ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✘ Le forfait journaliser 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).
- ✘ Les soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! **Chambre particulière** : Tout type de séjour avec hébergement comportant au moins une nuitée dans la limite de 10 jours par année hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité.
- ! **Frais d'accompagnement hospitaliers :** En cas d'hospitalisation d'un bénéficiaire de moins de 15 ans inscrit au contrat limité à 10 jours par hospitalisation.
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Prothèses auditives :** Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- ! **Prestations supplémentaires dont médecine douce :** sur justificatif d'un professionnel de santé enregistré au répertoire ADELI ou RPPS, pour des dépenses non prises en charge par la sécurité sociale.

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, règlement du ticket modérateur.

Quelles sont mes obligations ?

A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT :

- M'engager à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'affiliation qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

EN COURS DE CONTRAT :

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant de la facture.
- Déclarer à la mutuelle, tout changement de domicile, de situation familiale, de relevé d'identité bancaire ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français.
- Régler la cotisation indiquée au contrat, **sous peine de suspension des garanties**.

Quand et comment effectuer les paiements ?

- La cotisation mensuelle est déterminée pour l'année civile.
- Les cotisations sont payables par prélèvement automatique pour un paiement mensuel.
- Les cotisations sont payables par chèque pour un paiement annuel d'avance.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'affiliation au contrat est indiquée au bulletin d'affiliation.
En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré 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). L'assuré peut demander le commencement d'exécution du contrat avant l'expiration du délai de renonciation. Cette demande ne fait pas obstacle à l'exercice du droit de renonciation.
L'affiliation au contrat est conclue jusqu'à la fin de l'année civile et se renouvelle par tacite reconduction par année civile sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.
La garantie cesse de plein droit à la perte de la qualité de membre de l'association ACTI, au décès de l'adhérent, et, en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat collectif.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Chaque année, en adressant votre demande à la mutuelle MCRN avant le 31 octobre de l'année (pour une prise d'effet au 31 décembre de cette même année) par lettre ou tout autre support durable.
- À tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet du contrat, par lettre ou tout autre support durable ; la résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en a reçu la notification.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas d'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) et en cas de perte du bénéfice du régime d'assurance obligatoire français.

Fiche mise à jour le 17/04/2025