

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit : contrat GARANTIE SANTE TERRITORIAUX



Ce contrat est assuré par la Mutuelle Nationale des Fonctionnaires des Collectivités Territoriales (MNFCT), mutuelle enregistrée en France et régie par le livre II du Code de la Mutualité. SIREN n°784 442 899

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat Garantie Santé Territoriaux est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, 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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et figure sur la liste des offres labellisées sur le site de la DGCL.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **HOSPITALISATION** : honoraires chirurgicaux, médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, radiologie, participation forfaitaire sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 €, frais de transport et de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ **PRIME DE NAISSANCE** : 100 € / enfant.
- ✓ **SOINS COURANTS** : honoraires médicaux et paramédicaux, médicaments remboursés à 30 % et 65 % par la Sécurité sociale, analyses et examens de laboratoire, radiologie, transport hors hospitalisation.
- ✓ **PREVENTION** : actes de prévention et vaccins remboursés par la Sécurité sociale, objets contraceptifs inscrits à la LPP, vaccin antigrippal non remboursé, forfaits Prévention / Bien être.
- ✓ **DENTAIRE** : soins dentaires, soins d'obturation Inlay/Onlay/Overlay, prothèses dentaires 100 % Santé telles que définies réglementairement, autres prothèses dentaires (couronne, couronne transitoire, bridge, appareil amovible, Inlay-core, dent supplémentaire, réparation sur bridge et appareil amovible) et orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **OPTIQUE** : équipements 100 % Santé (dits de classe A) tels que définis réglementairement, autres verres et montures remboursés par la Sécurité sociale, lentilles de contact prises en charge par la Sécurité sociale, appareils basse vision.
- ✓ **AIDES AUDITIVES** : équipements 100 % Santé (dits de classe II) tels que définis réglementairement (prestations assurées à partir du 01/01/2021), autres aides auditives remboursées par la Sécurité sociale, entretien, piles et accessoires.
- ✓ **APPAREILLAGE** : matériel médical et véhicule pour personnes handicapées physiques.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière et chambre accompagnant, si hospitalisation d'au moins une nuit.
- Médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité sociale.
- Homéopathie non remboursée par la Sécurité sociale, à savoir les consultations en homéopathie et les médicaments homéopathiques.
- Forfait ostéopathe, acupuncteur, diététicien, chiropracteur, podologue, pédicure, psychologue, étio-pathe.
- Implants dentaires et parodontie, non remboursés par la Sécurité sociale.
- Lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale.
- Chirurgie réfractive de l'œil.
- Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile.
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption, de pathologies lourdes et en cas d'obsèques.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants.
- ✓ Fonds de secours.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins Santéclair.
- ✓ Tiers payant.
- ✓ Cautionnement de prêt pour les fonctionnaires.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée ou dans les établissements médico-sociaux tels que les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! La majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soin.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum.
- ! **CHAMBRE PARTICULIERE OU ACCOMPAGNANT** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum et limité à 90 jours par année civile.
- ! **OSTEOPATHE, ACUPUNCTEUR, DIETETICIEN, CHIROPRACTEUR, PODOLOGUE, PEDICURE, PSYCHOLOGUE, ETIOPATHE** : forfait unique pour l'ensemble des spécialités mentionnées, remboursement avec une limitation à 3 séances par année civile.
- ! **LES PROTHESES DENTAIRES REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE (hors prothèses 100% santé) ET L'ORTHODONTIE** : les remboursements sont limités à un plafond global annuel durant les 24 premiers mois d'affiliation de l'assuré.
- ! **OPTIQUE** : remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **LES AIDES AUDITIVES REMBOURSEES PAR LA SECURITE SOCIALE** : remboursement limité à deux appareils par an et par assuré. **Toutefois, à compter du 01/01/2021, pour l'ensemble des aides auditives pris en charge au titre du contrat, le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.**



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (départements et régions d'outre-mer inclus).
- ✓ 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.
- ✓ Les garanties d'assistance s'appliquent en France (Départements et régions d'outre-mer inclus).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :

À la souscription :

- avoir le statut de fonctionnaire ou d'agent non titulaire de droit public ou de droit privé des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ou être retraité d'une des catégories visées ci-dessus ;
- remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- fournir une copie de sa pièce d'identité ainsi que la copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie de chaque assuré ;
- être âgé de plus de 16 ans ;
- avoir la capacité de contracter.

Durant le contrat :

- payer la cotisation prévue au contrat ;
- fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat ;
- faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de l'évènement à indemniser ou de sa date de facturation ;
- signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'un des assurés, changement de domicile ou de situation familiale, etc...) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due à l'échéance jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance. En cas de non paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.

Les cotisations peuvent être réglées par précompte sur salaire, par prélèvement bancaire ou par chèque (uniquement pour le paiement annuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée sur Le bulletin d'adhésion. Sa durée est d'un an. Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1er janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la prise d'effet du contrat.

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de non paiement des cotisations ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, si l'adhérent refuse cette modification.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant le 31 décembre de l'année en cours ;
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification est notifiée à l'adhérent.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment par courrier postal à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant, par courrier électronique, par déclaration en point d'accueil physique, par acte extrajudiciaire ou via l'espace adhérent (actiweb) accessible via le site www.mnft.fr.

La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.

FORMULES « SOINS »

Le tableau de garanties indique les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'assuré ayant respecté le parcours de soins. Ces remboursements sont effectués en excluant la participation forfaitaire et la franchise annuelle de l'assuré qui restent à sa charge et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré, conformément à la loi.

Les pourcentages de ce tableau sont des plafonds exprimés sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Les garanties exprimées en pourcentage incluent le remboursement de la Sécurité sociale et la participation de la complémentaire santé. Les garanties exprimées en euros correspondent au remboursement de la mutuelle uniquement. Les forfaits s'entendent par personne couverte en complémentaire santé.

| | ECONOMIQUE | EQUILIBREE | PROTECTRICE | EXCELLENCE |
|--|------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Hospitalisation (1) | | | | |
| Honoraires (chirurgicaux et médicaux) | | | | |
| - médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % | 175% | 225% | 250% |
| - médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % | 150% | 200% | 200% |
| Analyses et examens de laboratoire | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Radiologie | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Honoraires paramédicaux* | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Participation forfaitaire* sur les actes techniques égaux ou supérieurs à 120 € | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Frais de transport | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Frais de séjour* | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Forfait journalier hospitalier* (2) | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral |
| Chambre particulière (2) | - | 50 €/ jour limité à 90 jours/an | 60 €/ jour limité à 90 jours/an | 70 €/ jour limité à 90 jours/an |
| Chambre accompagnant (2) | - | 20 €/ jour limité à 90 jours/an | 25 €/ jour limité à 90 jours/an | 30 €/ jour limité à 90 jours/an |
| Prime naissance | 100 €/ enfant | 100 €/ enfant | 100 €/ enfant | 100 €/ enfant |
| Soins courants | | | | |
| Honoraires médicaux | | | | |
| - Consultations – visites (médecine générale) | | | | |
| - médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % | 150% | 175% | 225% |
| - médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % | 125% | 150% | 200% |
| - Consultations – visites (médecine spécialiste) | | | | |
| - médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % | 175% | 225% | 250% |
| - médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* | 100 % | 150% | 200% | 200% |
| Médicaments | | | | |
| - Pharmacie remboursée à 65 % et à 30 % par le RO* | 100 % | 100% | 100% | 100% |
| - Pharmacie remboursée à 15 % par le RO | 15 % (3) | 100% | 100% | 100% |
| Homéopathie non remboursée par le RO*(prestations assurées à partir du 01/01/2021) | - | 20 € / an | 40 € / an | 60 € / an |
| Analyses et examens de laboratoire | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Radiologie | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Honoraires paramédicaux* | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Ostéopathe, Acupuncteur, Diététicien, Chiropracteur, Podologue, Pédicure, psychologue, Étiope | - | 35 €/ séance (4) | 40 €/ séance (4) | 45 €/ séance (4) |
| Transport hors hospitalisation | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Prévention | | | | |
| Actes de prévention et vaccins remboursés par le RO* | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Objets contraceptifs inscrits à la LPP* | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Vaccin antigrippal non remboursé | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral |
| Forfaits Prévention/ Bien-être (5) | | | | |
| • Intimité et vie du couple | 50 € | 50 € | 50 € | 50 € |
| • Activité physique adaptée et prévention des risques cardio-vasculaires | 40 € | 40 € | 40 € | 40 € |
| Dentaire | | | | |
| Soins (actes et soins dentaires) | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Soins d'obturation Inlay/ onlay/ overlay (5) | 100% | 100 % + 100 € | 100 % + 150 € | 100 % + 200 € |

(1) Sont exclus les séjours en établissement médico-sociaux*, dans les maisons de retraite, dans une unité de soins longue durée (USLD) ou dans un établissement dont le code DMT est listé en annexe.

(2) Sous réserve d'une hospitalisation d'au moins une nuit.

(3) Remboursement par le Régime obligatoire* uniquement.

(4) Limité à 3 séances par année civile pour l'ensemble des spécialités.

(5) Forfait par année civile.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée* : OPTAM / OPTAM-CO

LPP* : Liste des Produits et Prestations

RO* : Régime Obligatoire

NIVEAUX D'« EQUIPEMENTS »


Bonus fidélité : Les prestations suivies de ce symbole donnent lieu à un bonus fidélité. Chaque année, à la date anniversaire de votre adhésion, les forfaits mentionnés sont augmentés de 10 % dans la limite de 30 %. **Hors niveau d'Equipements 0.**

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Dentaire (6) | | | | | |
| Prothèses 100 % Santé (7) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) |
| Autres prothèses remboursées par le RO* | | | | | |
| Couronne dentaire | 100% | 90 € / couronne | 175 € / couronne | 260 € / couronne | 345 € / couronne |
| Couronne dentaire transitoire | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Bridge (3 à 5 dents) | 100% | 280 € / bridge | 500 € / bridge | 720 € / bridge | 940 € / bridge |
| Appareil dentaire amovible (1 à 3 dents) | 100% | 100 € / appareil | 150 € / appareil | 200 € / appareil | 250 € / appareil |
| Inlay-Core | 100% | 45 € / inlay | 45 € / inlay | 45 € / inlay | 45 € / inlay |
| Dent supplémentaire ou réparation sur bridge et appareil amovible | 100% | 10 € / dent ou réparation | 20 € / dent ou réparation | 30 € / dent ou réparation | 40 € / dent ou réparation |
| Orthodontie remboursée par le RO* (16) | 100% | 100 € / semestre | 250 € / semestre | 400 € / semestre | 550 € / semestre |
| Pour les « autres prothèses remboursées par le RO* » et « l'orthodontie », un plafond global annuel s'applique : | | | | | |
| - année 1 (jusqu'à la fin du 12 ^e mois d'affiliation de l'assuré*) | - | 500 € | 500 € | 700 € | 700 € |
| - année 2 (jusqu'à la fin du 24 ^e mois d'affiliation de l'assuré*) | - | 1 000 € | 1 000 € | 1 400 € | 1 400 € |
| Implants dentaires (9) | - | - | 300 € | 400 € | 500 € |
| Parodontie non remboursée par le Régime obligatoire* (9) | - | 100 € | 150 € | 200 € | 250 € |
| Optique | | | | | |
| Equipements 100 % Santé (7) (monture et verres) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) |
| Autres verres et montures remboursés par le RO* | | | | | |
| Monture adulte | 100% | 30 € | 60 € | 90 € | 100 € (10) |
| Verre simple adulte (par verre) | 100% | 30 € | 50 € | 70 € | 90 € |
| Verre complexe et hyper complexe adulte (par verre) | 100% | 85 € | 100 € | 115 € | 135 € |
| Monture enfant | 100% | 30 € | 40 € | 50 € | 70 € |
| Verre simple enfant (par verre) | 100% | 20 € | 35 € | 50 € | 75 € |
| Verre complexe et hyper complexe enfant (par verre) | 100% | 85 € | 100 € | 115 € | 130 € |
| Lentilles de contact (9) | 100 % (11) | 100 % + 40 € | 100 % + 80 € | 100 % + 120 € | 100 % + 160 € |
| Chirurgie réfractive de l'œil (12) | - | - | - | 300 € | 400 € |
| Appareils basse vision (13) | 100 % + 250 € | 100 % + 250 € | 100 % + 250 € | 100 % + 250 € | 100 % + 250 € |
| Le nombre d'équipements (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est possible réglementairement. Dans tous les cas, pour chaque assuré*, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. | | | | | |
| Aides Auditives | | | | | |
| Equipements 100 % Santé (7) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) | Remboursement intégral (8) |
| Autres aides auditives remboursées par le RO* | | | | | |
| Appareil acoustique (> 20 ans) | 100% | 100 % + 150 € | 100 % + 300 € | 100 % + 450 € | 100 % + 600 € |
| Appareil acoustique (≤ 20 ans) | 100% | 100 % + 50 € | 100 % + 150 € | 100 % + 250 € | 100 % + 350 € |
| Entretien, piles et accessoires (9) | 100% | 100 % + 30 € | 100 % + 40 € | 100 % + 50 € | 100 % + 60 € |
| Pour l'ensemble des aides auditives prises en charge au titre du contrat, le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans. Dans tous les cas, pour chaque assuré*, le point de départ de la période correspond à la date de l'équipement. | | | | | |
| Appareillage | | | | | |
| Matériel médical (14) | 100% | 125% | 150% | 200% | 300% |
| Véhicule pour handicapés physiques inscrit au titre IV de la LPP* (9) | 100 % + 1 500 € | 100 % + 1 500 € | 100 % + 1 500 € | 100 % + 1 500 € | 100 % + 1 500 € |
| Cures thermales (9) (15) | | | | | |
| Honoraires de cures thermales | - | 100% | 100% | 100% | 100% |
| Transport et hébergement | - | 100% | 100% } + 150€ | 100% } + 250 € | 100% } + 350 € |
| Forfait thermal pour soins | - | 100% | 100% | 100% | 100% |

(6) Pour l'ensemble des garanties « Autres prothèses remboursées par le RO* et orthodontie », les forfaits sont accordés dans la limite des plafonds année 1 et année 2 indiqués ci-dessus. Au-delà de ces plafonds, seul le ticket modérateur* est remboursé. Ces plafonds s'appliquent en cas de changement du niveau d'Equipements.

(7) Tels que définis réglementairement.

(8) Dans les limites et conditions de la réglementation en vigueur.

(9) Forfait par année civile.

(10) Par exception, ce forfait de 100€ correspond au remboursement de la mutuelle en incluant le remboursement de la Sécurité sociale

(11) Uniquement les lentilles prises en charge par le Régime obligatoire*.

(12) Forfait par œil et par année civile.

(13) Aides visuelles pour les personnes dont l'acuité visuelle avec correction est inférieure à 4/10^{ème}. Forfait par année civile. La prise en charge s'effectue en complément du Régime obligatoire* et/ou des aides publiques éventuelles.

(14) Hors titre IV de la LPP*, objets contraceptifs, basse vision et appareils acoustiques.

(15) Sous réserve de prise en charge de la cure thermique par le Régime obligatoire*.

(16) Forfait par semestre de traitement, pouvant être proratisé selon la durée effective de traitement.

LPP* : Liste des Produits et Prestations

RO* : Régime Obligatoire