

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit : Contrat Nouveaux Packs Santé 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 ?

Les garanties des **Nouveaux Packs Santé Territoriaux** sont destinées 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. Ce contrat respecte les conditions du contrat responsable.



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 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation** : Forfait journalier hospitalier, les frais de séjours, participation forfaitaire pour les actes cliniques, placement particulier, forfait patient urgences, honoraires médicaux et chirurgicaux, soins et prestations liés à une hospitalisation à domicile.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux et paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire, les honoraires de psychologue pris en charge par le Régime obligatoire, les médicaments, le matériel médical pris en charge par le Régime obligatoire et les frais de transports.
- ✓ **Dentaire** : prothèses dentaires 100 % Santé telles que définies réglementairement, soins dentaires, inlays – onlays et paradontologie remboursés par le Régime obligatoire, prothèses dont inlay core remboursées par le Régime obligatoire, prothèses transitoires remboursées par le Régime obligatoire, orthodontie remboursée par le Régime obligatoire.
- ✓ **Optique** : équipements 100 % Santé (dits de classe A) tels que définis réglementairement, autres verres et montures remboursés par le Régime obligatoire, lentilles remboursées par le Régime obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100 % Santé (dits de classe I) tels que définis réglementairement, autres aides auditives remboursées par le Régime obligatoire, et les piles et accessoires.
- ✓ **Autre prestations** : Frais de cures thermales.

✓ LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière pour les moins de 16 ans et plus de 70 ans (avec nuitée)
- Ostéodensitométrie non remboursée par le Régime obligatoire
- Médecines douces
- Implants dentaires
- Parodontie/endodontie
- Orthodontie non remboursée par le Régime obligatoire
- Lentilles non remboursées par le Régime obligatoire
- Chirurgie réfractive non remboursée par le Régime obligatoire
- Forfait audioprothèse pour adultes de plus de 20 ans
- Visites sportives, vaccins prescrits non remboursés, sevrage tabagique et autres traitements non remboursés, diététicien, pédicure/podologue, dépistages et contraception non remboursés
- Prime de naissance/adoption et jumeau et prime de mariage ou pacs

L'ASSISTANCE et SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS :

- ✓ Assistance en cas d'hospitalisation, d'immobilisation à domicile, de naissance, d'adoption, de pathologies lourdes et en cas d'obsèques
- ✓ Fonds de secours,
- ✓ Tiers payant,
- ✓ Réseau de soins.

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 séjours en établissements médico-sociaux (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle), les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite), les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours, les séjours en ateliers thérapeutiques ;
- ✗ La chambre particulière ambulatoire.



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

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 soins ;

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Forfait journalier Hospitalier** : remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum.
- ! **Chambre particulière** : forfait limité à 60 jours par an pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie.
- ! **Frais d'accompagnant de moins de 16 ans et plus de 70 ans** : limité à 15 jours par an
- ! **Médecines douces** : Entrent dans cette catégorie les séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de chiropractie, d'étiopathie, de psychologie (non remboursées par le Régime obligatoire), de sophrologie et d'hypnothérapie. Forfait unitaire dont la limite globale annuelle (de 2 à 3 séances par an) varie en fonction de la formule de garantie.
- ! **Dentaire** : Les prestations de prothèses et autres soins dentaires se cumulent dans la limite d'un plafond global annuel.
- ! **Optique** : Prise en charge de la monture limitée à 100€. Un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf pour les moins de 16 ans et cas de renouvellement anticipé prévus réglementairement.
- ! **Aides auditives remboursées par le Régime obligatoire** : 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).



L'assuré est couvert pour les soins ou les équipements achetés hors de France sous réserve qu'ils soient pris en charge par le régime d'Assurance maladie obligatoire français et sous conditions que l'assuré réside en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer. La prise en charge s'effectue conformément à la formule de garantie souscrite et exclut tout autre remboursement de la part de la mutuelle.



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 :

A la souscription :

- avoir le statut de fonctionnaires ou agents non titulaires 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 ;
- être âgé de plus de 16 ans et avoir la capacité de contracter ;
- résider en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer (DROM) ;
- être affilié à un Régime obligatoire français d'assurance maladie.

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, la MNFCT pourra être amenée à résilier le contrat.

Les cotisations peuvent être réglées par mandat de prélèvement SEPA, par éventuel précompte mensuel sur salaire ou, à défaut, 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 la demande d'adhésion. Sa durée est d'un an ; il se renouvelle par tacite reconduction chaque année au 1^{er} janvier sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Si le contrat a été souscrit exclusivement à distance ou à la suite d'un démarchage à domicile, l'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus 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 .



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par l'adhérent :

- 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 ;
- dans les 3 mois suivant la survenance d'un événement limitativement listé au contrat (changement de domicile, de profession, etc.) lorsque cet événement est en relation directe avec l'objet de la garantie.

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.mnfct.fr.

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

TABLEAU DES GARANTIES NOUVEAUX PACKS SANTÉ TERRITORIAUX 2023

Le tableau des 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 médicale annuelle de l'assuré, qui restent à sa charge, et dans la limite des dépenses engagées par l'assuré. Pour les actes hors parcours de soins, les remboursements de la mutuelle sont identiques en montant à ceux effectués dans le cadre du parcours de soins, à l'exception des dépassements d'honoraires qui ne sont pas pris en charge. Les remboursements, forfaits, limites, plafonds s'entendent par assuré. Sauf exceptions mentionnées dans le tableau, les forfaits sont annuels et la référence est l'année civile. Les remboursements exprimés en pourcentage le sont par rapport aux bases de remboursement de la Sécurité sociale en incluant son remboursement. Les remboursements exprimés en euros correspondent au remboursement de la mutuelle seule hors remboursement de la Sécurité sociale, sauf disposition contraire mentionnée dans le tableau de garanties.


DÉSIGNATION DES ACTES (dans le cadre du parcours de soins)	NEO ELEMEN-TER	NEO LIBERTE	NEO LIBERTE CONFORT	NEO LIBERTE CONFORT+	NEO LIBERTE BIEN ETRE
HOSPITALISATION ⁽¹⁾					
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
Forfait journalier (hôpital, clinique et service psychiatrique d'un établissement de santé)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
FRAIS DE SÉJOUR					
Frais de séjour	100%	100%	100%	100%	100%
Participation forfaitaire pour les actes techniques et cliniques	100%	100%	100%	100%	100%
Placement particulier ⁽²⁾	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait patient urgences ⁽³⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HONORAIRES					
Honoraires médicaux de généralistes et spécialistes adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	130%	125%	150%	200%
Honoraires médicaux de généralistes et spécialistes non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	110%	105%	130%	180%
Soins et prestations liés à une hospitalisation à domicile (HAD)	100%	100%	100%	100%	100%
CHAMBRE PARTICULIÈRE					
Chambre particulière (par nuit, illimitée en médecine et chirurgie et limitée à 60 nuits par an pour une hospitalisation en soins de suite, réadaptation et psychiatrie)	-	50 €	50 €	50 €	50 €
Frais d'accompagnant : -16 ans / +70 ans (par nuit, limité à 15 jours/an)	-	10 €	10 €	39 €	40 €
SOINS COURANTS					
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations - visites de généralistes adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	100%	150%	150%	200%
Consultations - visites de généralistes non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	100%	130%	130%	180%
Consultations - visites de spécialistes adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	125%	150%	150%	225%
Consultations - visites de spécialistes non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	105%	130%	130%	180%
Radiologues adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	100%	130%	130%	200%
Radiologues non adhérents au DPTAM ⁽⁴⁾	100%	100%	110%	100%	180%
PSYCHOLOGIE REMBOURSÉE PAR LE RO					
Séances de suivi psychologiques (dispositif MonPsy)	100%	100%	100%	100%	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Auxiliaires médicaux	100%	100%	100%	130%	150%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Analyses médicales	100%	100%	100%	100%	150%
MÉDICAMENTS					
Pharmacie (65%)	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie (30%)	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie (15%)	100%	100%	100%	100%	100%
HONORAIRES SOINS À L'ÉTRANGER					
Soins courants à l'étranger (Honoraires médicaux, paramédicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire)	100%	100%	100%	100%	100%
MATÉRIEL MÉDICAL					
Prothèses capillaires / mammaires (forfait par an après remboursement du ticket modérateur)	100%	100% + 100 €	100% + 100 €	100%	100%
Semelles orthopédiques / bas de contention	100%	125%	125%	200%	200%
Autres appareillages	100%	125%	125%	200%	200%
AUTRE SOIN					
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO ⁽⁸⁾	-	100 €	40 €	60 €	100 €
TRANSPORT					
Transports médicaux	100%	100%	100%	100%	100%


(1) CE QUI EST EXCLU EN HOSPITALISATION :
- les séjours en établissements médico-sociaux (tels que notamment les maisons d'accueil spécialisées, les centres médico-éducatifs, les instituts psychopédagogiques, les centres de rééducation professionnelle),
- les séjours en établissements pour personnes âgées ou dépendantes (tels que notamment les EHPAD et les maisons de retraite),
- les séjours en ateliers thérapeutiques,
- les hospitalisations et séjours en établissements, centres ou services dits de longs séjours,
- la chambre particulière ambulatoire.


(2) En service de rééducation fonctionnelle, Hôtels de cure, Cures marines, Maisons de repos, Maisons de repos spécialisés, Maisons de régime, Maisons de santé médicale, Maisons à caractère sanitaire, Maisons d'enfants à caractère sanitaire, Aérium, Colonies sanitaires temporaires, Etablissements de moyen séjour et en service de moyen séjour.

(3) Forfait patient urgences : est pris en charge le Forfait Patient Urgences facturé en cas de passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

(4) DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés :
- OPTAM pour les médecins de secteur 2 ;
- OPTAM-CO pour les médecins spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique de secteur 2.

DÉSIGNATION DES ACTES (dans le cadre du parcours de soins)	NEO ELEMEN-TER	NEO LIBERTE	NEO LIBERTE CONFORT	NEO LIBERTE CONFORT+	NEO LIBERTE BIEN ETRE
MÉDECINES DOUCES					
Médecines douces ⁽⁵⁾ (montant par séance)	-	30 €	40 €	40 €	60 €
Nombre de séances/an	-	2	2	2	3
DENTAIRE					
 Soins et prothèses 100% Santé ⁽⁶⁾ - Sans reste à charge -	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
SOINS					
Soins dentaires, inlays - onlays et parodontologie remboursés par le RO ⁽⁸⁾	100%	100%	100%	100%	150%
PROTHÈSES					
Prothèses dont inlay core remboursées par le RO ⁽⁸⁾	125%	200%	175%	300%	400%
Prothèses transitoires remboursées par le RO ⁽⁸⁾	125%	200%	175%	300%	400%
Implants dentaires	-	350€ par acte, maximum 2/an	200€ par acte, maximum 2/an	400€/an	500€/an
ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR LE RO					
Orthodontie remboursée par le RO ⁽⁸⁾	125%	100%	150%	250%	300%
AUTRES SOINS					
Parodontie / endodontie	-	100 €	40 €	60 €	100 €
Orthodontie non remboursée par le RO ⁽⁸⁾ (par semestre)	-	-	-	400 €	400 €
Les prestations de "prothèses" et "autres soins" se cumulent dans la limite d'un plafond global annuel ⁽⁹⁾	-	800 €	600 €	1000 €	1600 €

OPTIQUE					
 Équipements 100% Santé ⁽⁶⁾ - Sans reste à charge	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
AUTRES ÉQUIPEMENTS remboursés par le RO⁽⁸⁾					
Monture (remboursement RO ⁽⁸⁾ inclus)	30 €	50 €	50 €	50 €	100 €
Verre simple	35 €	35 €	50 €	75 €	100 €
Verre complexe	85 €	120 €	100 €	150 €	150 €
Verre hyper complexe	85 €	200 €	100 €	200 €	180 €
2 verres hybrides (verre simple + complexe)	120 €	155 €	150 €	225 €	250 €
2 verres hybrides (verre simple + hyper complexe)	120 €	235 €	150 €	275 €	280 €
2 verres hybrides (verre complexe + hyper complexe)	170 €	320 €	200 €	350 €	330 €
Prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Dans tous les cas, le point de départ de la période correspond à la date de la dernière facturation prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.					
LENTILLES					
Lentilles remboursées par le RO ⁽⁸⁾	100%	100%	100% + 100 €	100% + 100 €	100% + 150 €
Lentilles non remboursées par le RO ⁽⁸⁾	-	-	100 €	100 €	150 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE					
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO ⁽⁸⁾ /œil	-	-	-	400 €	500 €

AIDES AUDITIVES					
 Équipements 100% Santé ⁽⁶⁾ - Sans reste à charge	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾	Remboursement intégral ⁽⁷⁾
Audioprothèses, entretien, piles et accessoires pris en charge par le RO ⁽⁸⁾	100%	100%	100%	100%	100%
+ Forfait audioprothèse adultes de 20 ans et plus (par oreille)	-	200 €	100 €	400 €	600 €
Le cahier des charges du contrat responsable limite le nombre d'équipements (1 appareil acoustique) 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. Le remboursement de l'ensemble de ces prestations est soumis à leur prise en charge par le Régime Obligatoire.					

AUTRES PRESTATIONS					
CURES THERMALES					
Frais (honoraires)	100%	150%	100%	100%	150%
PACK PRÉVENTION ET INNOVATIONS (plafond global annuel)					
Visites sportives	-	25 €	25 €	25 €	25 €
Vaccins prescrits non remboursés	-	50 €	40 €	60 €	100 €
Sevrage tabagique / Autres traitements prescrits non remboursés (par an)	-	50 €	40 €	60 €	100 €
Diététicien	-	80 €	40 €	60 €	100 €
Pédicure - podologie	-	80 €	-	-	-
Dépistages non remboursés par le RO ⁽⁸⁾ (cancer, analyses non remboursées, audition)	-	80 €	-	-	-
Contraception non remboursée par le RO ⁽⁸⁾	-	-	35 €	50 €	65 €
Les prestations du pack prévention et innovations se cumulent dans la limite d'un plafond annuel	-	150 €	50 €	80 €	150 €
PRESTATIONS PARTICULIÈRES SUPPLÉMENTAIRES					
Prime Naissance/adoption (par enfant)	-	-	30 €	30 €	80 €
Prime Naissance gémellaire (par enfant)	-	-	40 €	40 €	80 €
Prime Mariage ou Pacs	-	-	80 €	80 €	80 €

(5) Entrent dans cette catégorie les séances d'ostéopathie, d'acupuncture, de chiropractie, d'étiopathie, de psychologie (non remboursées par le Régime obligatoire), de sophrologie et d'hypnothérapie.
(6) Tels que définis réglementairement.

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

(8) RO : Régime obligatoire.

(9) Un plafond global annuel s'applique à ces prestations. Au-delà de ce plafond les remboursements sont limités à 125% de la BR par acte.