



M SANTÉ

Une complémentaire
Santé qui vous protège !

LES TARIFS CONTRATS SÉNIOR

CONTRAT	SANTÉ SÉNIOR	TOP SÉNIOR
COTISATIONS	3 670 F / mois	5 670 F / mois

Pour l'inscription, il faut compter également :

- 500 F CFP de frais d'adhésion par personne : pour les nouveaux adhérents ou pour les adhérents s'il n'y a pas de continuité en section interentreprises ou volontaire,
- 500 F CFP de caution pour l'édition de la carte d'adhésion en cas de perte,

Le règlement de la cotisation du trimestre en cours est obligatoire à l'inscription. Par la suite, les cotisations sont à régler au début de chaque trimestre.

DÉLAIS DE CARENCE

Les prestations sont remboursées dès votre inscription sans délai de carence à condition :

- qu'il y ait une continuité dans l'adhésion : adhérent affilié précédemment en section interentreprises et qui adhère sans interruption dans le mois qui suit sa radiation dans cette section,
- que le retraité fasse connaître sa volonté d'adhérer dans cette section au plus tard dans les trois mois qui suivent la date d'effet de sa pension.

A défaut, un délai d'un mois de carence est appliqué aux prestations.

PRESTATIONS GARANTIES, EXCLUSIONS & LIMITES

Article 15 * – Prestations garanties :

... les prestations sont servies dès la date d'effet de l'adhésion à condition que la date des soins ou la date de survenance de l'événement soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion. Ne sont pas pris en charge les séjours en établissement hospitalier ou clinique dont le premier jour du séjour se situe avant la date d'effet de l'adhésion.

Les prestations garanties sont servies conformément à celles choisies sur le contrat d'adhésion. Elles sont limitées aux frais réellement engagés, en tenant compte de l'intervention du régime obligatoire, qu'elle soit effective ou non, et éventuellement de tout autre organisme complémentaire.

Les frais de soins de santé sont pris en charge par la mutuelle en fonction des prestations et limites précisées au descriptif de la garantie choisie.

Sont pris en charge par la mutuelle les frais de soins de santé en petit et moyen risque donnant lieu à un remboursement par le régime obligatoire de la CAFAT.

La date des soins est déterminée en fonction de la réalisation du service, à savoir :

- actes professionnels (actes médicaux, dentaires, de biologie, actes des auxiliaires médicaux) : dates des soins ou des examens,
- frais de transport : date d'exécution,
- biens médicaux (médicaments, optique, appareillages) : date de délivrance,
- prothèses dentaires : date d'achèvement des travaux,
- orthodontie : date de facturation,
- séjour en hospitalisation : chaque jour d'hospitalisation.

Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire CAFAT indiquées expressément au descriptif de la garantie choisie.

La Mutuelle se réserve cependant la possibilité de missionner son médecin-conseil pour la prise en charge de certaines prestations.

Article 17 * – Exclusions et limites

Ne sont pas pris en charge par la mutuelle :

- d'une façon générale, le risque lourd pris au sens de la réglementation CAFAT,
- les actes non pris en charge par la CAFAT, sauf prestations particulières mentionnées au descriptif des garanties,
- les blessures reçues au cours d'une altercation, d'une émeute ou qui sont la conséquence d'une guerre étrangère ou de la guerre civile,
- les traitements esthétiques,
- les mutilations volontaires,
- les accidents scolaires,
- les accidents sportifs,
- les accidents de la voie publique avec un tiers responsable,
- les maladies causées par l'abus de stupéfiants,
- les prestations ayant pour origine un acte délictueux du bénéficiaire.

* Articles extraits du règlement mutualiste individuel intégré aux statuts de la Mutuelle du Commerce.