

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

MGAS- Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - enregistrée au répertoire SIREN sous le numéro SIREN 784 301 475
Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15.

Produit : Essentielle - contrat non responsable

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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Ce contrat d'assurance complémentaire santé est destiné 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 du Régime Obligatoire (RO) français. Le produit Essentielle est un contrat santé « non responsable ».



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent pas ou en aucun cas être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires des auxiliaires médicaux et des sage-femmes, analyses et examens de laboratoire, médicaments prescrits pris en charge ou non par le RO, matériel médical
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgence.
- ✓ **Prévention, soutien et médecine douce** : actes de dépistage et de prévention prévus à la législation du contrat responsable, vaccins prescrits et pris en charge par le RO, substituts nicotiques prescrits non pris en charge par le RO, accompagnement psychologique, dispositif MonPsy, forfait contraceptif, pilule abortive, test de grossesse, test HPV non pris en charge par le RO, médecine douce (pédicure, podologue, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, acupuncteur et étio-pathe)
- ✓ **Autres prestations** : allocation naissance, frais de transport pris en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires pris en charge par le RO, Inlay et onlay, Inlay-core et prothèse dentaire pris en charge par le RO, orthodontie prise en charge par le RO
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles prescrites et prises en charge par le RO, supplément optique
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, accessoires et piles pris en charge par le RO.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Téléconsultations
- ✓ Responsabilité Civile Scolaire
- ✓ Action sociale
- ✓ Responsabilité Civile Professionnelle pour les étudiants hospitaliers

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Conseil social, information juridique, médicale, recherche d'un médecin
- ✓ Assistance à domicile : en cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant hospitalisation ou immobilisation, d'intervention chirurgicale, de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, trithérapie, quadrithérapie ou curiethérapie
- ✓ Soutien à la famille : présence d'un proche (en cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant hospitalisation ou immobilisation, ou d'intervention chirurgicale) ;
- ✓ Soutien psychologique (en cas d'évènement traumatisant)
- ✓ Services d'assistance pour les aidants familiaux

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 soins et les frais non remboursés par le régime obligatoire et non expressément prévus dans le descriptif de la garantie.

La liste de ce qui n'est pas assuré n'est pas exhaustive, se référer au **Règlement Mutualiste**.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les participations forfaitaires 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.
- ! Les dépenses liées à des hospitalisations dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfant à caractère sanitaire (MECS).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Accompagnement psychologique : prise en charge limitée à 4 séances par année civile, par un psychologue ou un psychothérapeute titulaire d'un numéro ADELI.
- ! Les prestations relevant du 100% Santé en optique, dentaire et audiologie ne sont pas servies en raison du caractère non responsable de la garantie Essentielle.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer au **Règlement Mutualiste**.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Remboursement des soins : en France et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, la prise en charge s'effectue sur présentation du volet de décompte de la Sécurité sociale accompagné des factures acquittées et traduites.
- ✓ Réseau de soins : en France (territoire métropolitain et départements d'outre-mer).
- ✓ Responsabilité Civile Scolaire : en France et dans le monde si le stage ou le voyage à l'étranger n'excède pas 90 jours consécutifs.
- ✓ Assistance : en France Métropolitaine et en outre-mer, en principauté d'Andorre, en principauté de Monaco.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription :

- Répondre exactement aux questions posées par la Mutuelle.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par La Mutuelle.

En cours d'adhésion :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins;
- Informer la Mutuelle, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la survenance d'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès;
 - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, passage à la retraite.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat. Un paiement fractionné mensuellement à terme échu peut toutefois être accordé.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



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 certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, le Membre Participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage et vente à distance, qui commence à courir à compter de la conclusion de l'adhésion, ou à compter de la réception de l'ensemble.

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est résiliable dans les cas et conditions prévus au contrat. Il peut notamment être résilié sans justificatif :

- chaque année à la date de l'échéance principale du contrat moyennant un préavis de deux mois, soit avant le 31 octobre,
- à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la plus récente des deux dates entre la date d'adhésion au présent contrat et la date d'effet du dernier changement de niveau de garanties demandé le cas échéant.

La demande doit être adressée par lettre, tout autre support durable, moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité ou via le formulaire de résiliation accessible en ligne sur l'espace adhérent MGAS.