

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

Document d'information sur le produit d'assurance

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.

Assisteur : IMA ASSURANCES - Entreprise d'assurance française régie par le Code des assurances - S.A. d'assurance au capital de 7 000 000 euros, immatriculée sous le numéro 481.511.632 RCS Niort, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - 79000 Niort

Produit : Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire (CSS)

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 Contrat de Sortie CSS respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables et a une durée d'un an.



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 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 sages-femmes, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO, matériel médical dont l'extension du 100% Santé aux véhicules pour personnes en situation de handicap et prothèses capillaires
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgence
- ✓ **Prévention, soutien et médecine douce** : vaccins prescrits et pris en charge par le RO, actes de prévention et de dépistage prévus à la législation du contrat responsable, substituts nicotiniques non pris en charge par le RO, actes de dépistage pris en charge par le RO, dispositif MonPsy
- ✓ **Autres prestations** : frais de transport pris en charge par le RO, allocation naissance, cure thermale prise en charge par le RO (honoraires, forfait, frais d'hébergement et de transport)
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors 100% Santé, orthodontie prise en charge par le RO
- ✓ **Optique** : équipements 100% Santé, monture et verres hors 100% Santé, lentilles prises en charge par le RO, suppléments optiques
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, accessoires et piles pris en charge par le RO

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Téléconsultation
- ✓ Responsabilité Civile Scolaire
- ✓ Action sociale

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ 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'événement 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 dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les dépenses liées à des hospitalisations dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD) et Maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS).
- ! Les dépassements de tarifs au-delà des prix limites de vente pour les équipements 100% Santé d'optique et d'aides auditives, et les dépassements d'honoraires au-delà des honoraires limites de facturation pour les soins et prothèses dentaires 100% Santé.
- ! Hospitalisation : chambre individuelle et frais d'accompagnement.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

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, départements et régions d'outre-mer (DROM) et collectivités d'outre-mer (COM)).
- ✓ 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 et en principauté de Monaco (DROM, COM).



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat sous peine de suspension des garanties :

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

En cours de contrat :

- 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 des événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la survenance de l'événement suivant :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables mensuellement, à terme échu. La cotisation fait l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire.

En cas de refus de prélèvement bancaire et sur accord de la Mutuelle, l'adhérent pourra exceptionnellement s'acquitter à l'avance de sa cotisation annuelle par chèque bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat correspond à la date d'échéance du contrat Complémentaire Santé Solidaire.

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 de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

L'adhésion au « Contrat de sortie Complémentaire Santé Solidaire » a une durée ferme d'un an. L'adhésion, à l'expiration de cette période ferme d'un an, prend fin automatiquement et n'est pas renouvelable.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est d'une durée ferme de 1 an non renouvelable. Il prend donc fin de plein droit à son échéance.