

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 SIRENE 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 : EMS Plus

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 ?

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 EMS Plus 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 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 paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments, matériel médical dont l'extension du 100% Santé aux véhicules pour personnes en situation de handicap et prothèses capillaires, ostéodensitométrie non prise en charge par le RO.
- ✓ **Hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgence, chambre individuelle, frais d'accompagnant
- ✓ **Prévention, soutien et médecine douce** : vaccins prescrits et pris en charge ou non par le RO, médecine douce (ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, ergothérapeute, pédicure, podologue, psychomotricien), nutritionniste, coût du certificat médical lié à la mesure de protection, dispositif MonPsy.
- ✓ **Autres prestations** : frais de transport pris en charge ou non par le RO, frais de 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, **prothèses non pris en charge par le RO**, orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Optique** : équipements 100% Santé, monture et verres hors 100% Santé, chirurgie réfractive de la myopie.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100 % Santé

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Téléconsultation
- ✓ Action sociale

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 traumatissant)
- ✓ 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 d'assurance maladie 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 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.
- ! La chambre particulière en ambulatoire, en psychiatrie et en Maison d'Enfants à Caractère Sanitaire (MECS).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Forfait journalier hospitalier : MAS (Maison d'Accueil Spécialisée) ou psychiatrie et FAM (Foyer d'Accueil Médicalisé) dans la limite de 20 jours par année civile.
- ! Chambre individuelle : prise en charge limitée à 30 jours par année civile.
- ! Lit accompagnant et repas pris à l'hôpital ou en clinique hors frais de transport : prise en charge limitée à 30 jours par année civile.
- ! Médecine douce : les praticiens doivent être diplômés et titulaire d'un numéro ADELI / Finess / RPPS.
- ! 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.
- ! Dentaire : orthodontie non prise en charge par le RO par semestre.

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 :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Résider en MAS, FAM, EPSM (établissement public de santé mentale) ou CRPS (centre de réhabilitation psychosociale) et être âgé de moins de 80 ans à l'adhésion.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat et à la mise à jour du 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 d'un des événements suivants :
 - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
 - Modification de la situation administrative : 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 mensuellement à terme échu par l'assuré, à la date indiquée dans le contrat.
Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique sur compte bancaire.



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.

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 est conclue jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite tacitement d'année en année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et 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 le site internet de la MGAS www.mgas.fr