

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Les compagnies en coassurance :

MGAS (apérateur) - 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.

Relyens Mutual Insurance - Société d'Assurance Mutuelle, 18 rue Edouard Rochet- 69372 LYON Cedex 08, Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 RCS Lyon.

MGEN - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité enregistrée sous le numéro SIREN 775 685 399. LEI 9695002XFDDIA8FN1325, TVA intracommunautaire FR19775685399, 3 square Max Hymans 75748 Paris cedex 15.

MNH - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, 331 avenue d'Antibes 45200 Amilly - SIREN 775 606 361.

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 : MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SANTE, DES SOLIDARITES ET DES FAMILLES – CONTRAT COLLECTIF A ADHESION OBLIGATOIRE

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

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 produit d'assurance de groupe 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 des prestations en nature de la Sécurité sociale. Il est réservé aux membres du personnel salarié ou agents de l'employeur qui souscrit, dont le contrat de travail est en cours et aux anciens salariés ou agents bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité. Le produit MGAS Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables.



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 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

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, frais de séjour, forfait patient urgence, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médecins généralistes, honoraires médecins spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie médicale, ostéodensitométrie non remboursée par le RO, transport, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO, pharmacie prescrite non prise en charge par le RO, grand appareillage, orthèses, petit appareillage, autres prothèses acceptées par le RO.
- ✓ **Aides auditives** : Aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, accessoires et piles pris en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, prothèses 100% Santé, prothèses hors 100% Santé, Inlay et Onlay, implantologie, orthodontie prise en charge ou non par le RO.
- ✓ **Optique** : Equipements 100% Santé, équipements hors 100% Santé, lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, chirurgie réfractive dont kératotomie.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale (traitement, frais d'hébergement, transport, honoraires)
- ✓ **Médecine douce** : Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étio-pathe, chiropracteur, podologue-pédicure, psychologue, dispositif Mon psy.
- ✓ **Actes de prévention** : Actes de prévention, amniocentèse, dépistage Prénatal Non invasif, tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale, vaccins prescrits refusés par le RO, substituts nicotiques en complément du RO, consultation diététique, ostéodensitométrie osseuse, bilan parodontal, contraception / test de grossesse.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)

- **Soins courants** : Prise en charge de la contraception non remboursée par le RO.
- **Hospitalisation** : Fécondation in vitro refusée par le RO.
- **Actes de prévention** : Caryotype foetal refusé par le RO, équipement anti-asthme.

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, quadritérapie 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 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 à la **Notice d'information**.



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.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Frais d'accompagnant : prise en charge limitée à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans ou handicapé quel que soit son âge, ou une personne de plus de 70 ans.
- ! Médecines douces et psychologues : ne sont pris en charge qu'à la condition que le professionnel de santé soit titulaire d'un numéro ADELI / Finess / RPPS et dans la limite du nombre de séances prises en charge par an selon le niveau de garantie choisi.
- ! 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.
- ! Dentaire : implants racines et couronnes sur implant, prise en charge limitée à 2 par an.
- ! 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 à la **Notice d'information**.



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)).
- ✓ Assistance : en France Métropolitaine et en outre-mer, en principauté d'Andorre, en principauté de Monaco (DROM, COM).



Quelles sont mes obligations ?

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

- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Signer les documents contractuels,
- Remettre la Notice d'information du contrat aux salariés ou agents.

En cours de contrat :

- Affilier les salariés/agents appartenant à la catégorie objective du contrat dès leur embauche (hors cas de dispense prévus par la réglementation),
- Régler la cotisation indiquée aux conditions particulières (par le souscripteur telle qu'indiquée aux conditions particulières, par le salarié/agent telle qu'indiquée sur le certificat de garanties pour les garanties facultatives si prévues au contrat)
- Informer la Mutuelle de toute sortie des salariés/agents,
- Informer la Mutuelle en cas de changement relatif à l'entreprise.

Pour le versement des prestations :

Il appartient aux Membres participants et leurs éventuels ayants droit de :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au remboursement des soins prévus au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations relatives aux garanties de base obligatoires sont payables par le souscripteur à terme échu aux échéances prévues au contrat (trimestriellement ou mensuellement).

Les paiements peuvent être effectués par virement bancaire, ou prélèvement automatique.

Les cotisations relatives aux garanties complémentaires facultatives sont à la charge unique des salariés/agents et sont payables mensuellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières.

L'adhésion est conclue jusqu'au 31 Décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle par la suite automatiquement 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.