

Les compagnies en coassurance :

MGAS (apérateur) - Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité - SIREN 784 301 475. Siège social : 96 Avenue de Suffren, 75730 Paris Cedex 15.

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

Les assisteurs :

IMA ASSURANCES - Entreprise d'assurance française régie par le Code des assurances - S.A. d'assurance au capital de 7 000 000 euros - SIREN 481.511.632 RCS Niort. Siège social : 118 avenue de Paris - 79000 Niort.

HealthCase L.L.C - située au 1 SE 3rd avenue - suite 2900, à MIAMI, FLORIDE, 33131, Etats Unis d'Amérique, immatriculée au registre du commerce des sociétés de Floride sous le numéro : FEI/EIN Number: 83-1833403.

MNH - Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité - SIREN 775 606 361.

Siège social : 331 avenue d'Antibes, 45200 Amilly

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

Ressources Mutuelles Assistance - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Siège social : 46 rue du Moulin, CS 32427, 44124 VERTOU Cedex - SIREN 444 269 682.

PRODUIT : MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SANTE, DES SOLIDARITES ET DES FAMILLES

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 est un contrat collectif qui a pour objet la mise en œuvre des garanties frais de santé en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. Il est réservé aux agents actifs de l'employeur, à ses agents retraités ainsi qu'aux ayants droit de ces deux catégories de bénéficiaires. Il met en œuvre des **garanties socle**, des **garanties panier de soins à l'étranger** et des **garanties optionnelles**. L'adhésion des agents actifs revêt un caractère obligatoire, celle des autres bénéficiaires revêt un caractère facultatif.

Ce produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables et solidaires.



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 les tableaux 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 (socle et panier de soins à l'étranger)

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, forfait journalier et frais de séjour, forfait actes lourds, forfait patient urgence, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médecins généralistes et 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, matériel médical.
- ✓ **Aides auditives** : Aides auditives 100 % Santé, aides auditives hors 100 % Santé, accessoires et piles pris en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses dentaires 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.
- ✓ **Médecine douce** : Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étio-pathe, chiropracteur, podologue-pédicure, psychologue, dispositif Mon psy.
- ✓ **Autres prestations** : Cure thermale (traitement, hébergement, transport, honoraires).
- ✓ **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 montants et plafonds des **garanties socle et panier de soins à l'étranger** sont différents.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de l'option 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 fœtal refusé par le RO, équipement anti-asthme.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Conseil social, informations médicales et juridiques, médicale, recherche médecin, infirmière, intervenant paramédical.
- ✓ Assistance à domicile en cas d'accident, de maladie entraînant une hospitalisation ou une immobilisation : aide à domicile, présence d'un proche au chevet, livraison de médicaments, portage de repas et d'espèces, transport aux rdv médicaux/paramédicaux.
- ✓ Soutien à la famille en cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant hospitalisation ou immobilisation : garde des enfants, conduite à l'école.
- ✓ 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 la Sécurité Sociale ou tout autre 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 à la **Notice d'information**.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! Les actes non pris en charge par l'un des régimes obligatoires de l'assurance maladie (sauf mention contraire figurant dans le tableau des garanties).
- ! 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. Pour les agents affectés à l'étranger : les soins reçus à l'étranger relèvent exclusivement de ce panier de soins étranger, les soins reçus en France par ces agents relèvent du panier de soins socle.
- ✓ **Réseau de soins** : en France (territoire métropolitain, départements et régions d'outre-mer (DROM) et collectivités d'outre-mer (COM)).
- ✓ **Assistance** : pour les agents bénéficiaires du panier de soins socle interministériel, en France Métropolitaine et en outre-mer, en principauté d'Andorre, en principauté de Monaco (DROM, COM) ; pour les agents bénéficiaires du panier de soins étranger : dans le monde entier hors France Métropolitaine et outre-mer, principauté d'Andorre, 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 le bulletin individuel d'affiliation,

En cours de contrat :

- Communiquer à la Mutuelle tout changement de situation,
- Régler la cotisation indiquée aux conditions particulières (par le souscripteur telle qu'indiquée aux conditions particulières, par l'agent telle qu'indiquée sur le certificat de garanties pour les garanties facultatives si prévues au contrat),

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 ?

Le paiement des cotisations est effectué en euros et en France et les moyens de paiement doivent être libellés au bénéfice de la Mutuelle.

Pour les agents actifs, les cotisations relatives aux garanties socle font l'objet d'un précompte, et les garanties optionnelles sont payables directement par l'agent auprès de la mutuelle.

Pour les autres bénéficiaires, les cotisations relatives aux garanties socle et aux garanties optionnelles font l'objet d'un acquittement directement auprès de la Mutuelle.



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 ?

Pour les agents actifs

Leur adhésion aux garanties socle étant obligatoire, ils ne peuvent pas résilier leur adhésion au Contrat.

En revanche, ils peuvent résilier leur adhésion aux garanties optionnelles dans les conditions ci-dessous.

Pour les bénéficiaires couverts à titre facultatif

La faculté de résiliation n'est offerte qu'aux bénéficiaires couverts à titre facultatif. Ils peuvent résilier leur adhésion aux garanties socle et aux garanties optionnelles dans les conditions suivantes :

- 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,
- lorsque des modifications significatives apportées au Contrat changent ses droits et obligations, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information.

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.

Effets de la résiliation

La résiliation des garanties socle entraîne automatiquement la résiliation des garanties optionnelles. En revanche, la résiliation des garanties optionnelles n'a pas d'effet sur l'adhésion aux garanties socle. Pour les ayants droit, la demande de résiliation est effectuée par l'agent actif ou par l'agent retraité.