

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOSTAGE SERVICES

Les compagnies en coassurance :

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

Assiste : 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 : MGAS Retraités

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 MGAS Retraités respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables. Cette offre est exclusivement réservée aux personnes ayant fait valoir leur droit à la retraite. L'âge limite à l'adhésion est de 85 ans inclus.



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 PRÉVUES

- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires des auxiliaires-médicaux, 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, ostéodensitométrie prise en charge ou non par le RO
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, chambre individuelle en ambulatoire, forfait patient urgence.
- ✓ **Prévention, soutien et médecine douce** : vaccins prescrits et pris en charge ou non par le RO, actes de prévention et de dépistage prévus à la législation du contrat responsable, Dispositif MonPsy.
- ✓ **Autres prestations** : frais de cure thermale pris en charge par le RO (honoraires, forfait et frais, frais de transport et d'hébergement), frais de transport pris en charge par le RO
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors 100% Santé, Inlay et Onlay, orthodontie prise en charge par le RO
- ✓ **Optique** : équipements 100% Santé, monture et verres hors 100% Santé
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, accessoires et piles pris en charge par le RO.

LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

Soins courants : médicaments prescrits non pris en charge par le RO, appareillage non pris en charge par le RO.

Hospitalisation : chambre individuelle en médecine, chirurgie, psychiatrie et SSR, forfait télévision et wifi.

Dentaire : prothèse non prise en charge par le RO, implant racine pris en charge ou non par le RO, parodontologie non prise en charge par le RO.

Optique : lentilles prescrites et prises en charge ou non par le RO, chirurgie réfractive.

Prévention : médecine douce : pédicure, podologue, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, ergothérapeute, acupuncture, étiopathie.

Cagnotte de fidélité : cagnotte valable sur la médecine douce, les implants dentaires, la parodontologie non prise en charge par le RO, les prothèses dentaires non prises en charge par le RO, la chirurgie réfractive).

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'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 agées dépendantes (EHPAD) et Maison 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 :

- ! Hospitalisation : prise en charge de la chambre individuelle limitée à 30 jours par an pour les séjours en service ou établissement psychiatrique, et à 60 jours par an en Soins de Suite et de Réadaptation (en fonction des options souscrites).
- ! Forfait télévision ou wifi : prise en charge limitée à 30 jours par an (en fonction des options souscrites).
- ! Médecines douces : ne sont prises en charge qu'à la condition que le professionnel de santé soit titulaire d'un numéro ADELI / Finess / RPPS (en fonction des options souscrites).
- ! 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 : implant racine limitée à 2 implants par année civile (en fonction des options souscrites).
- ! 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 la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ 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 :

- Être retraité;
- 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 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 : changement de domicile.
- 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.

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.