ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Les compagnies en coassurance :
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.

SHAM- Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles- Société d'assurance mutuelle à cotisations fixes- Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances-SIREN 779 860 881-RCS Lyon 18 rue Edouard Rochet- 69372 Cedex 08

Produit : DGAC - CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

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 des prestations en nature de la Sécurité sociale. Le produit DGAC 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

- ✓ **Soins courants :** honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO, matériel médical.
- ✓ **Hospitalisation :** honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, frais liés à l'hébergement.
- ✓ **Prévention et médecine douce :** vaccins prescrits non remboursés par le RO, actes de prévention, médecine douce, substituts nicotiniques non pris en charge par le RO.
- ✓ **Autres prestations :** frais de cure thermale pris en charge par le RO, allocation naissance, frais de transport pris en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire :** soins et prothèses 100% Santé, soins dentaires, Inlay et Onlay, Inlay Core, prothèse dentaire prise en charge par le RO, implantologie, parodontologie non prise en charge par le RO, orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Optique :** équipements 100% Santé, monture et verres hors 100% Santé, lentilles prises en charge par le RO, chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives :** aide auditive, frais d'entretien d'aide auditive.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)
Dentaire: orthodontie non prise en charge par le RO.
Prévention et médecine douce : diététicien, psychologue.

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance à domicile
- ✓ Soutien à la famille

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 :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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.
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ! La chambre particulière en établissements médico-sociaux, tels que les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).
- ! 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.
- ! 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.

*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 Métropolitaine, DROM, COM (Département d'Outre- Mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.
✓ Réseau de soins : en France.
✓ 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.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion :
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par La Mutuelle,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties.

En cours d'adhésion :
- 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 évènements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des évènements suivants :
  - Modification de la situation familiale : mariage, naissance, séparation de corps, divorce, décès,
  - Modification de la situation administrative : mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice, congé parental, congé de formation professionnelle, 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 bulletin d'adhésion. À compter de la prise d'effet de l'adhésion du Membre participant au contrat collectif ou à compter de la date de réception par le Membre Participant des conditions contractuelles et des informations obligatoires en cas de vente à distance si cette réception est postérieure, le Membre Participant dispose d'un délai de trente jours calendaires (en ce inclus le délai de 14 jours en matière de démarchage ou de vente à distance) pour renoncer à son adhésion sans donner de motif ni supporter de pénalités.
L'adhésion au contrat est conclu 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, moyennant un préavis de deux mois par lettre recommandée postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.