ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

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

Produit : Essentielle

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 Essentielle 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 des auxiliaries médicaux et des sages-femmes, 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.
- ✓ **Prévention et médecine douce :** actes de prévention, 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 dentaires, Inlay et Onlay, prothèse dentaire prise en charge par le RO, orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Optique :** lunettes (monture et verres), lentilles prises en charge par le RO, suppléments optique, chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives :** aide auditive, frais d'entretien d'aide auditive, accessoires et piles pris en charge par le RO.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)

- ✓ **Dentaire :** orthodontie non prise en charge par le RO, implant racine pris en charge ou non par le RO.
- ✓ **Prévention et médecine douce :** forfait contraceptive pris en charge par le RO, médecine douce.
- ✓ **Optique :** chirurgie réfractive

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

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 :

- ! La participation forfaitaire 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).

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! Hospitalisation : prise en charge de la chambre particulière limitée à 60 jours par an pour les séjours en service ou établissement psychiatrique, et à 90 jours par an en Soins de Suite et de Réadaptation.
- ! Frais d'accompagnant : prise en charge limitée à l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 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 **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, 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, en principauté de Monaco..

Quelles sont mes obligations ?

A la souscription :

- Répondre exactement aux questions posées 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 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. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, 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 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.