

ASSURANCE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

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

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

ACTIV'SANTE

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.



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 votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES :

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjours, forfait journalier hospitalier, franchise pour les actes lourds, frais de transport, cure thermique.
- ✓ **Soins courants** : Consultations, visites, actes techniques médicaux et d'imagerie, honoraires de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux, radiologie, actes d'anatomie et de cytologie pathologique, analyses et examens de laboratoire.
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), lentilles prises en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, Inlay et Onlay, prothèses dentaires prises en charge par le RO, soins prothétiques pris en charge par le RO (Inlay-core, rebasage, réparation adjonction renfort), orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par le RO à 30% et 65%, vaccins pris en charge par le RO, substituts nicotiques.
- ✓ **Appareillage** : prothèses auditives, capillaire, mammaire, oculaire; grand appareillage, petit appareillage, pansement, accessoire, orthopédie, orthèse.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation et maternité : Chambre particulière, frais d'accompagnant, forfait télévision ou Wifi.

Optique : Lentilles non prises en charge par le RO, chirurgie réfractive.

Dentaire : Prothèses dentaires non remboursées par le RO, parodontologie, implantologie, orthodontie non remboursée par le RO.

Pharmacie : Médicaments remboursés à 15% par le RO, vaccins non pris en charge par le RO.

Médecine douce

LES SERVICES SYTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Responsabilité Civile (RC) Scolaire
- ✓ Assistance
- ✓ 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 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.
- ! 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.
- ! Prise en charge des frais d'accompagnant 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 mineur 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
- ✓ RC 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, en principauté d'Andorre et 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 événements suivants, par courrier postal ou électronique, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un des événements 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 au certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, le Membre Participant dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, 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 ou recommandée électronique postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.

ASSURANCE PREVOYANCE

Document d'information sur le produit d'assurance

mgas

MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

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 : SERENA

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.

De quel type d'assurance s'agit-il?

Ce contrat d'assurance Prévoyance a pour objet de permettre au Membre participant de bénéficier des prestations complémentaires à celles servies par le régime obligatoire d'assurance maladie en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente, de décès ou de PTIA.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le Membre Participant a le choix entre différents niveaux de garanties. Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction des rémunérations et indemnisations du Membre Participant.

Garanties systématiquement prévues :

Les garanties ci-dessous ne peuvent être souscrites indépendamment les unes des autres

- ✓ **En cas de Décès toutes causes ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :** versement aux bénéficiaires d'un capital choisi à l'adhésion. Le capital est versé aux bénéficiaires en cas de décès ou directement à l'assuré par anticipation en cas de PTIA
- ✓ **En cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) :** versement d'une indemnité journalière dont le montant est choisi à l'adhésion. L'indemnité est versée à l'assuré mensuellement.
- ✓ **En cas d'invalidité permanente totale ou partielle :** versement à l'assuré d'une rente mensuelle dont le montant est choisi à la souscription

Garanties optionnelles

En cas d'invalidité permanente partielle : versement à l'assuré d'une rente mensuelle dont le montant est choisi à la souscription.

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues à la notice.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les sinistres nés en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les sinistres ne donnant pas lieu à prise en charge par le régime obligatoire de la Sécurité sociale
- ✗ une rechute, c'est à dire une nouvelle cessation d'activité professionnelle consécutive à un premier arrêt de travail ayant débuté pendant le délai de stage ou avant l'adhésion du Membre au présent contrat.

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 conséquences

- ! de la participation à des paris, défis, tentatives de records sauf lorsqu'ils sont réalisés dans le cadre d'une course ou compétition sportives qui nécessitent au préalable une autorisation administrative ou sont soumise à une obligation d'assurance légale,
- ! de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- ! de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
- ! de vols sur ailes volantes, planeur, ULM, parapente, sauts à l'élastique ou en parachute, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié titulaire des brevets et autorisations nécessaires à un tel encadrement,
- ! de courses motocyclistes et automobiles,
- ! d'activité sportive pratiquée sans respecter les règles de sécurité recommandées par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- ! d'usage de stupéfiants, drogues non autorisées, produits toxiques,
- ! d'ingestion de médicaments non prescrits par un médecin ou absorbés abusivement,
- ! d'Accidents dont est victime le Membre participant alors qu'il se trouve avec un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux fixé par la réglementation au jour de l'accident, lorsque sa responsabilité est engagée.

En ce qui concerne la garantie « Décès », outre les exclusions citées ci-dessus, sont également exclus:

- ! Le suicide ou le fait intentionnel pendant la première année suivant l'adhésion au présent contrat,
- ! Le meurtre commis par un bénéficiaire du capital décès sur la personne de l'Assuré, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné, auquel cas aucune somme n'est due à ce bénéficiaire

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS :

Un délai de stage de 6 mois s'applique sur l'ensemble des garanties (sauf en cas d'ancienneté dans la Fonction Publique inférieure à 5 ans

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail :

- ! Ne sont prises en compte et indemnisées que les primes récurrentes liées au poste occupé.
- ! Aucune prestation ne peut être versée pendant une journée de carence pour maladie.

La liste des exclusions n'est pas exhaustive, se référer à la **Notice d'information**



Où suis-je couvert(e)?

France Métropolitaine, DROM, COM (Départements Régions d'Outre-mer, Collectivités d'Outre-Mer) et Nouvelle Calédonie et à l'étranger.



Quelles sont mes obligations?

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,
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au certificat de garanties,
- Informer la Mutuelle des événements suivants :
 - Mutation, changement d'échelon, de grade et d'indice,
 - congé parental, congé de formation professionnelle, disponibilité pour tous motifs, invalidité, retraite,
 - suspension, révocation, radiation des cadres.



Quand et comment effectuer les paiements?

Conformément aux dispositions de la Notice, la cotisation est fixée annuellement mais les cotisations sont payables mensuellement 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 au certificat 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 valable 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 ou en cas de résiliation de l'adhésion à la garantie frais de santé ; Les garanties cessent au jour du passage à la retraite et au plus tard au 31 Décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint 67 ans.



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 ou recommandée électronique postale ou électronique, auprès de la Mutuelle.