

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 nicotiniques.
- ✓ **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.