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 SIRENE sous le numéro SIREN 784 301 475 Siège social : 96 Avenue de Suffren - 75730 Paris Cedex 15.
Relyens Mutual Insurance - Société d'Assurance Mutuelle, 18 rue Edouard Rochet- 69372 LYON Cedex 08, Entreprise régie par le Code des assurances - SIREN 779 860 881 RCS Lyon.
Assisteur : 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 : MAS – 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 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 des auxiliaires médicaux et des sage-femmes, ostéodensitométrie non prise en charge par le RO, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO, matériel médical
- ✓ **Hospitalisation :** honoraires, fécondation in vitro non prise en charge par le RO, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgence, frais d'accompagnant, la cagnotte hospitalisation
- ✓ **Prévention, soutien et médecine douce :** vaccins prescrits pris en charge par le RO, actes de prévention, prévention de l'asthme et des allergies, sevrage tabagique pris en charge par le RO, dispositif MonPsy, forfait Isanté.
- ✓ **Dentaire :** soins et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors 100% Santé, Inlay et Onlay, orthodontie prise en charge par le RO, implantologie prise en charge par le RO.
- ✓ **Optique :** équipements 100% Santé, montures et verres hors 100% Santé, lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO.
- ✓ **Aides auditives :** aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, bilan acoustique du nouveau-né non pris en charge par le RO, accessoires et piles pris en charge par le RO.
- ✓ **Autres prestations :** frais de transport pris en charge par le RO, cure thermale (honoraires, forfait, frais de transport et d'hébergement)

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)

- **Soins courants** : médicaments et contraceptifs non pris en charge par le RO, le grand appareillage pris en charge par le RO, l'appareillage prescrit et non pris en charge par le RO
- **Hospitalisation** : chambre individuelle y compris en ambulatoire, forfait télévision.
- **Prévention et médecine douce** : vaccins non pris en charge par le RO, substituts nicotiniques prescrits non pris en charge par le RO, caryotype fœtal et amniocentèse non pris en charge par le RO, médecine douce et coaching (pédicure, podologue, psychologue, psychothérapeute, psychomotricien, ostéopathe, chiropracteur, diététicien, nutritionniste, acupuncture, étiopathie, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, microkinésithérapie),
- **Dentaire** : prothèse fixe et transitoire non prise en charge par le RO, parodontologie non prise en charge par le RO, dépassement sur rebasage, réparation, adjonction, renfort, orthodontie non prise en charge par le RO (par semestre), implant racine
- **Optique** : chirurgie réfractive non prise en charge par le RO.
- **Autres prestations** : allocation naissance.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Téléconsultation
- ✓ Responsabilité Civile Scolaire
- ✓ 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 entrainant 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 entrainant hospitalisation ou immobilisation, ou d'intervention chirurgicale) ;
- ✓ Soutien psychologique (en cas d'évènement 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 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.
- ! Les dépenses liées à des hospitalisations dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergements pour les personnes dépendantes (EHPAD) et Maison d'enfant 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 :

- ! Frais d'accompagnant : pris en charge limité 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.
- ! Chambre individuelle : prise en charge limitée à 60 jours par an en psychiatrie et 90 jours par an en soins de suite et réadaptation.
- ! Médecines douces : ne sont prises en charge qu'à la condition que le professionnel de santé soit titulaire d'un numéro ADELI / Finess / RPSS.
- ! 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 : implants racines, prise en charge limitée à 2 implants racines par an.
- ! 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 à **la Notice d'information.***

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 présentation du volet de décompte de la Sécurité sociale accompagné des factures acquittées et traduites.
✓ 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, en principauté de Monaco (DROM, COM).

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,

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 survenance d'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 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 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.