

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES SALARIÉS

mgas
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

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.

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 : MGAS Entreprises

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 produit d'assurance de groupe 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. Il est réservé aux membres du personnel salarié de l'entreprise qui souscrit, dont le contrat de travail est en cours et aux anciens salariés bénéficiaires du maintien des garanties au titre de la portabilité. Le produit MGAS Entreprises 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 à 65% par le RO, matériel médical.
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgence.
- ✓ **Prévention, soutien et médecine douce** : vaccins prescrits pris en charge par le RO, substituts nicotiniques non pris en charge par le RO, actes de dépistage et de prévention prévus à la législation du contrat responsable, dispositif MonPsy.
- ✓ **Autres prestations** : frais de transport pris en charge par le RO.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires et prothèses 100% Santé, soins et prothèses hors 100% Santé, orthodontie prise en charge par le RO.
- ✓ **Optique** : équipements 100% Santé, monture et verres hors 100% Santé, lentilles prescrites et prises en charge par le RO.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, accessoires et piles pris en charge par le RO.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)

- **Soins courants** : dépassements d'honoraires, médicaments pris en charge à 30% et 15% par le RO, pharmacie prescrite non prise en charge par le RO.
- **Hospitalisation** : chambre individuelle y compris en ambulatoire, frais d'accompagnant.
- **Prévention et médecine douce** : vaccins prescrits non pris en charge par le RO, médecine douce : séances d'ostéopathie, acupuncture, diététicien, étiothérapie, chiropractie, podologie / pédicure, shiatsu, réflexologie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie, micro kinésithérapie
- **Autres prestations** : allocation naissance, cures thermales prises en charge par le RO (honoraires et forfaits et frais de transport et d'hébergement).
- **Dentaire** : orthodontie non prise en charge par le RO, implantologie, parodontologie non prise en charge par le RO, prothèses dentaires non prises en charge par le RO.
- **Optique** : chirurgie réfractive, lentilles prescrites non prises en charge par le RO.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUE (en fonction de la formule choisie)

- ✓ Conseil social, information juridique, médicale, recherche d'un médecin
- ✓ Assistance à domicile : en cas d'accident, de maladie soudaine et imprévisible entraînant 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 entraînant 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 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 :

- ! Les participations forfaitaires 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.
- ! 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 :

- ! Hospitalisation : frais de séjour en établissement non conventionné sont limités à 90 jours.
- ! Hospitalisation : prise en charge de la chambre individuelle limitée à 60 jours par année civile pour les séjours en service ou établissement psychiatrique, et à 90 jours par année civile 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 un ascendant de plus de 70 ans.
- ! Médecine douce : lorsque la formule choisie le prévoit, la prise en charge est limitée, par an, à 3 séances et à un remboursement maximum par séance. Les professionnels de santé doivent être 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.
- ! 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 et en principauté de Monaco (DROM, COM).



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription :

- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Signer les documents contractuels,
- Remettre la Notice d'information du contrat aux salariés.

En cours d'adhésion :

- Affilier les salariés appartenant à la catégorie objective du contrat dès leur embauche (hors cas de dispense prévus par la réglementation),
- Régler la cotisation indiquée aux conditions particulières (par le souscripteur telle qu'indiquée aux conditions particulières, par le salarié telle qu'indiquée sur le certificat de garanties pour les garanties facultatives si prévues au contrat)
- Informer la mutuelle de toute sortie des salariés,
- Informer la Mutuelle en cas de changement relatif à l'entreprise.

Pour le versement des prestations :

Il appartient aux Membres participants et leurs éventuels ayants droit de :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au remboursement des soins prévus au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date des soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations relatives aux garanties de base obligatoires sont payables par le souscripteur à terme échu aux échéances prévues au contrat (trimestriellement ou mensuellement).

Les paiements peuvent être effectués par virement bancaire, ou prélèvement automatique.

Les cotisations relatives aux garanties complémentaires facultatives sont à la charge unique des salariés et sont payables mensuellement.

Les paiements peuvent être effectués par virement bancaire, 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 aux conditions particulières.

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 par le souscripteur 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.

La faculté de résiliation est également offerte au salarié pour les seules garanties facultatives, si prévues au contrat, dans les mêmes conditions que précédemment.