

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ DES SALARIES

mgas  
MUTUELLE | SANTÉ PRÉVOYANCE SERVICES

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 ?

Dans le cadre d'une adhésion facultative d'un contrat collectif, 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 anciens salariés de l'entreprise qui souscrit, à compter de l'ouverture de leur dossier d'instruction de retraite complémentaire ou de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite. Le produit MGAS MAS 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

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, forfait et frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire pour les actes lourds, forfait patient urgence, chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ **Soins courants** : honoraires pour les médecins généralistes, honoraires pour les médecins spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie médicale, ostéodensitométrie non prise en charge par le RO, transport, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments pris en charge par le RO, matériel médical
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives 100% Santé, aides auditives hors 100% Santé, accessoires prothèses auditives.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses 100% Santé, prothèses hors 100% Santé, Inlay et Onlay, implantologie, orthodontie prise en charge ou non par le RO.
- ✓ **Optique** : équipements 100% Santé, montures et verres hors 100% Santé, lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO, chirurgie réfractive dont kératotomie.
- ✓ **Autres prestations** : cure thermale (traitement, frais d'hébergement, transport, honoraires)
- ✓ **Médecine douce** : Ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étiope, chiropracteur, podologue-pédicure, psychologue.
- ✓ **Actes de prévention** : Actes de prévention, amniocentèse, dépistage Prénatal Non invasif, tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale, vaccins prescrits refusés SS, substituts nicotiniques en complément SS, consultation diététique, ostéodensitométrie osseuse, bilan parodontal, contraception / test de grossesse

### LES GARANTIES OPTIONNELLES (en fonction de la formule choisie)

- **Soins courants** : Prise en charge de la contraception non remboursée par le RO
- **Hospitalisation** : Fécondation in vitro refusée par le RO Honoraires médicaux
- **Actes de prévention** : Caryotype foetal refusés SS, équipement anti-asthme

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Téléconsultation
- ✓ 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 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 traumatissant)
- ✓ 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 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 :

- ! 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.
- ! Médecines douces : ne sont prises en charge qu'à la condition que le professionnel de santé soit titulaire d'un numéro ADELI / Finess / RPSS et que 2 à 5 séances par an selon les options.
- ! Psychologue : prise en charge limitée à 4 ou 8 séances par an selon les options.
- ! 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 et couronne sur implant, prise en charge limitée à 2 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 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 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.

Pour le salarié, le contrat prend fin en cas de départ de l'entreprise sauf maintien du contrat au titre de la portabilité ou de la loi Evin.

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](http://www.mgas.fr).