Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. Ressources Mutuelles Assistance (RMA) n° SIREN 444 269 682 - Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Produit : Efficience Santé

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 sont détaillés dans le Règlement mutualiste.

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

Efficience Santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française ou via une intervention de la Mutuelle seule. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

Qu'est-ce qui est assuré?

Les montants des prestations varient en fonction de l'offre choisie (5 niveaux), et figurent dans le Règlement mutualiste. Une somme peut rester à votre charge sauf si vous recourrez aux équipements relevant des paniers définis par le dispositif règlementaire dit « 100% Santé », en dentaire, optique et audiologie.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Hospitalisation et maternité :**
- Honoraires, frais de séjour, forfait journalier, transport : *Toutes offres*
- Dépassements d'honoraires : *Offres Evolution, Extension et Optimale*
- Chambre particulière, frais d'accompagnant : *Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale*

✓ **Soins courants et prescriptions médicales :**
- Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments, matériel médical remboursés par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Dépassements d'honoraires (consultations médecins spécialistes) : *Offres Evolution, Extension et Optimale*

✓ **Optique :**
- Lunettes et lentilles remboursées par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Lentilles et chirurgie réfractive non remboursées par la Sécurité sociale : *Offres Evolution, Extension et Optimale*

✓ **Dentaire :**
- Soins conservateurs, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : *Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale*
- Implantologie : *Offres Evolution, Extension et Optimale*

✓ **Aides auditives :**
- Audioprothèse, entretien, réparation : *Toutes offres*

Ces garanties sont complétées d'allocations d'action sociale et solidaire.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens, audioprothésistes et établissements hospitaliers : *Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale*.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

✓ Aide-ménagère à domicile, garde d'enfant et présence d'un proche au chevet de l'adhérent en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation temporaire au domicile ;

✓ Aide à l'organisation des obsèques, accompagnement psycho-social et service d'accompagnement et d'écoute Informations juridiques.

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 frais de traitement et opérations de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;

× Les frais de séjour facturés par les établissements d'hébergement médico-sociaux.

Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transports ;

! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement (une monture et 2 verres) par période de :
- 2 ans pour un bénéficiaire de 16 ans et plus, réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue ;
- 1 an pour un bénéficiaire de moins de 16 ans.

Certaines situations dérogatoires peuvent donner lieu à un renouvellement anticipé.

! **Aides auditives** : prise en charge limitée à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans.

Où suis-je-couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Pour les soins réalisés lors d'un séjour temporaire à l'étranger ou dans une collectivité d'outre-mer (COM), les prestations sont servies en complément de la couverture du régime obligatoire d'assurance maladie français ou équivalent.
- ✓ 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.
- ✓ Pour les soins remboursés par intervention de la Mutuelle seule, la couverture est étendue à l'étranger (sauf consultations d'ostéopathe, de diététicien ou de psychothérapeute).

Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion fourni par la Mutuelle ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) et les compléments de cotisation des éventuels bénéficiaires prévus au contrat ;
- Fournir tous les 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 de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou, le cas échéant de la facture.
- Informer la Mutuelle des évènements listés dans les 30 jours suivants, et fournir les justificatifs le cas échéant :
  - · Changement de situation personnelle : adresse, naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès ;
  - · Changement de situation au regard du régime obligatoire d'assurance maladie ;
  - · Changement de situation professionnelle : cessation ou reprise d'activité, suspension ou nouveau contrat de travail, modification des ressources si celles-ci sont prises en compte pour le calcul des prestations.

  Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations et compléments de cotisation annuels sont payables à la date indiquée sur l'échéancier de cotisations.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvement mensuel sur compte bancaire ou en une seule fois par chèque ou paiement en ligne via l'Espace personnel de l'adhérent.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée, au plus tôt, au lendemain de la demande, soit le lendemain de la réception par MGEN de du dossier signé et complet, ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1er jour du 7ème mois, à compter de la demande. Elle est indiquée sur le courrier notifiant l'adhésion.
L'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 30 jours, à compter de la date à laquelle il a été informé de la prise d'effet de son adhésion.
Le contrat est conclu pour une durée d'un an. Il se renouvelle annuellement, par tacite reconduction, à sa date d'échéance fixée au 31 décembre, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat, pour vous et vos éventuels bénéficiaires :

- À la date d'échéance annuelle du contrat, fixée au 31 décembre, si la demande est faite au plus tard le 31 octobre ;
- Au 1er jour du mois suivant la demande, en cas de souscription d'un contrat groupe obligatoire ;
- En cours d'année, un mois après la réception de la demande, si vous justifiez d'un an d'ancienneté (condition d'ancienneté non exigée pour vos éventuels bénéficiaires) à compter de la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

Vous pouvez adresse votre demande de démission : par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou au sein d'une section départementale, par acte extrajudiciaire, ou lorsque l'adhésion a été conclue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Votre demande de démission peut également être adressée à la Mutuelle par l'organisme auprès duquel vous souhaitez souscrire un nouveau contrat.