

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 ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III 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 : MGEN Santé Prévoyance (MSP)



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 ?

MGEN Santé Prévoyance 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 (4 niveaux), et figurent dans le Règlement mutualiste. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge sauf si vous recourez aux équipements relevant des paniers définis par le dispositif réglementaire dit « 100% Santé », en dentaire, optique et audiologie.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ Hospitalisation et maternité :

- Honoraires, frais de séjour, chambre particulière, forfait journalier, transport et frais d'accompagnant : *Toutes offres* ;
- Dépassements d'honoraires : *Offres Equilibre, Référence et Intégrale*.

✓ 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 : *Offres Equilibre et Intégrale*.

✓ Optique :

- Lunettes et lentilles : *Toutes offres* ;
- Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale : *Offres Référence et Intégrale*.

✓ Dentaire :

- Soins conservateurs, prothèses et orthodontie : *Toutes offres* ;
- Implantologie : *Offres Référence et Intégrale*.

✓ Aides auditives :

- Audioprothèse, entretien, réparation : *Toutes offres*.

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens et audioprothésistes et établissements hospitaliers.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide à domicile, garde d'enfant et présence d'un proche au chevet de l'adhérent en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation temporaire au domicile ;
- ✓ Informations juridiques, sociales et vie pratique.
- ✓ Soutien psychologique

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 2€ et les franchises sur les boîtes 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.
- ✓ A l'étranger, les consultations d'ostéopathe, d'acupuncture, de diététicien, de chiropraxie et de psychologue ne sont pas prises en charge.



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 événements 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 salaire ou pension, par prélèvement mensuel sur compte bancaire.



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 du dossier signé et complet, ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1^{er} jour du 7^{ème} 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 1^{er} 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 adresser votre demande de démission à la Mutuelle : par lettre ou tout autre support durable, par déclaration faite au siège social ou au sein d'une section départementale, par acte extrajudiciaire, par voie électronique 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.

Assurance Complémentaire Prévoyance

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 ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III 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 : MGEN Santé Prévoyance (MSP)

mgen^{*}

GRUPE vyv

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 prise en charge sont détaillés dans le Règlement mutualiste.

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

MGEN Santé Prévoyance est destinée à attribuer un complément de revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité pour les personnes couvertes au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, des prestations en cas de dépendance ou de perte d'autonomie et un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations varient en fonction de l'offre choisie (5 niveaux) par l'adhérent ou sont définies selon son statut. Le détail et les conditions figurent dans le Règlement mutualiste.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Allocations journalières** : complément de revenus en cas d'arrêt de travail. Taux de garantie appliqué au salaire de référence sous déduction des ressources : *Prévoyance Actif / Initiale* : 77% ; *Prévoyance Actif Renforcée* : 85%.
- ✓ **Allocations d'invalidité** : prestation versée en cas de retraite pour invalidité ou d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3. Prestation temporaire puis versement d'un capital l'année des 70 ans. Taux de garantie appliqué au salaire de référence sous déduction des ressources : Invalidité Permanente Partielle (taux d'invalidité < 60% ou catégorie 1 d'invalidité) : 2/3 de 70% ; Invalidité Permanente Totale (taux d'invalidité > = 60% ou catégorie 2, 3 d'invalidité) : 70%. Capital à l'entrée si la prestation est < 1 200€ annuels. Offres *Initiale / Prévoyance Actif / Actif Renforcée*.
- ✓ **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)/Décès** : capital versé en cas de PTIA ou de décès. Taux appliqué sur l'assiette de cotisation annuelle, ou montant forfaitaire selon l'offre. Offres *Prévoyance Actif* : 85% ; *Actif Renforcée* : 100% ; *Affinité* : forfait 2 500€ ; *Retraité* : forfait 3 500€. Majoration par enfant à charge : Montant forfaitaire. *Prévoyance Actif* : 10 000€ ; *Actif Renforcée* : 15 000€ ; *Affinité* : 1 250€ ; *Retraité* : 10 000€.
- ✓ **Perte temporaire d'autonomie** : prestation trimestrielle de 400€. Offres *Prévoyance Actif / Actif Renforcée / Affinité*.
- ✓ **Dépendance totale** : rente viagère versée en cas de situation de dépendance totale. Offres *Prévoyance Actif / Actif Renforcée / Affinité / Retraité* : 120€ par mois + 500€ par an si maintient à domicile.

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

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Service d'aide à domicile.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide 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 ;
- ✓ Informations juridiques, sociales et vie pratique.
- ✓ Soutien psychologique

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les conséquences d'un fait générateur antérieur à l'adhésion ;
- ✗ Les conséquences d'un fait générateur intervenant pendant le délai d'attente.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

! Décès :

Le suicide intervenant lors de la 1^{ère} année d'assurance est exclu ;

Le meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne du membre participant en cas de condamnation pénale ;

Des faits de guerre étrangère lorsque la France est belligérante sous réserves des conditions assurantielles sur la vie en temps de guerre.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! Délais d'attente applicables pour les prestations Allocations journalières, Allocations d'invalidité, Dépendance totale, Prestation Invalidité-décès.

! **Allocations journalières** : le jour de carence Fonction publique n'est pas indemnisé ;

Tout nouveau fait générateur doit faire l'objet d'une reprise d'activité de 30 jours minimum ;

Prévoyance Actif/Initiale : pas d'indemnisation pendant les périodes de congés à plein traitement ou à 90% du traitement ;

Prévoyance Actif Renforcée : Pour les périodes de congés à plein traitement, prise en charge à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu ou discontinu décompté sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail à indemniser ; pas d'indemnisation en cas de temps partiel thérapeutique.

Allocations d'invalidité : prestation temporaire plafonnée à 20 000€ annuels.

Perte temporaire d'autonomie : prise en charge accordée à l'issue d'un délai de franchise de 30 jours continus et limitée à 4 trimestres.

PTIA :

! La PTIA met fin à la garantie décès.

Dépendance totale : prise en charge accordée à l'issue d'un délai de franchise continu de 90 jours.



Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans les collectivités d'outre-mer (COM) et à l'étranger.



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 ;
 - Les demandes de prestations doivent être formulées par l'adhérent dans un délai de 2 ans maximum à compter de l'évènement qui ouvre droit à la garantie (voir conditions prévues à la notice d'information), à l'exception de la garantie Décès/PTIA, pour laquelle la demande de capital décès par le(les) bénéficiaire(s) doit être effectuée en respectant le délai de prescription de 30 ans suivant le décès.
 - 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 salaire ou pension, par prélèvement mensuel sur compte bancaire.



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 du dossier signé et complet, ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1^{er} jour du 7^{ème} 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 1^{er} 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 êtes couvert par une offre contenant des garanties santé et prévoyance, et que 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 ;
 - Au 1^{er} jour du 4^{ème} mois suivant la réception de la demande, si vous êtes couvert par une offre contenant uniquement des garanties prévoyance.

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