

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance



GRUPE vyv

COMPAGNIE : MGEN n° SIREN 775 685 399 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
PRODUIT : Accès Santé (produit coassuré)

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions de la notice d'information. 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 annexé.

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

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire. Le produit figure sur la liste des contrats « ACS » sélectionnés à l'issue de la procédure de mise en concurrence prévue à l'article L.863-6 du code de la Sécurité sociale. Il est réservé au(x) bénéficiaire(s) d'une attestation-chèque d'Aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) et à ses ayants droit figurant sur l'attestation-chèque ACS. Il respecte les conditions légales des contrats solidaires et 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 annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations médecin, analyses et examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à Service Médical Rendu (SMR) important et modéré (prise en charge à 65 % et 30 % par l'Assurance maladie obligatoire).
- ✓ Transport sanitaire.
- ✓ Appareillage remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Frais optiques : monture et/ou verres, lentilles remboursées par l'Assurance maladie obligatoire.
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires et inlays-core, orthodontie acceptés par l'Assurance maladie obligatoire.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de partenaires opticiens, dentistes et audioprothésistes.
- ✓ Prévention personnalisée.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.



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

EXCLUSIONS du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports (en cas de prolongation de l'adhésion).
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée règlementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres exclusions

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle (notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : limité à un équipement optique tous les deux ans (sauf évolution de la vue ou pour les mineurs). Remboursement de la monture limité à 150 € par équipement.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Dans le monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion

- M'engager à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle, notamment l'attestation ACS délivrée par ma caisse d'Assurance maladie obligatoire.

En cours de garantie

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées (sauf tiers payant intégral) ou autres justificatifs nécessaires pour obtenir le paiement des prestations prévues au tableau de garanties.
- Faire parvenir les demandes de remboursement à la mutuelle dans un délai de deux ans suivant la date de décompte de l'Assurance maladie obligatoire ou, le cas échéant de la facture.
- Faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par l'Assurance maladie obligatoire, soit par la mutuelle.
- Déclarer à la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), **sous peine de suspension des garanties.**



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le chèque ACS vient en déduction du montant total de la cotisation applicable à l'assuré et à ses éventuels bénéficiaires.

La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.

Le paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion au contrat prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée au bulletin d'adhésion pour une durée d'un an à compter de cette date.

Pour renouveler votre adhésion au contrat Accès Santé, vous devez déposer une demande de renouvellement de votre droit à déduction auprès de votre caisse d'Assurance maladie obligatoire au plus tard deux mois avant la date d'échéance de votre droit et au plus tôt quatre mois avant. Si vous êtes toujours éligible au dispositif ACS votre caisse d'Assurance maladie obligatoire vous délivrera une nouvelle attestation de droits que vous devrez fournir à la mutuelle.

Si vous n'êtes plus éligible à l'ACS, la mutuelle vous proposera :

- pour le maintien sur votre contrat Accès santé pour une durée d'un an,
- ou le cas échéant pour l'adhésion à un autre contrat sélectionné proposé par la mutuelle au même tarif que les bénéficiaires de l'ACS (sans la déduction du montant de l'aide).



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin à mon adhésion au contrat :

- chaque année, en adressant à la mutuelle ou à l'Union gestionnaire une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).
- chaque année lors du renouvellement de l'adhésion, par lettre recommandée, dans les vingt jours après envoi de l'appel de cotisation (cachet de la Poste ou horodatage certifié faisant foi)
- en cas d'attribution de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), en cas de perte du bénéfice du régime d'assurance obligatoire français, en cas de perte de l'ACS, en cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire frais de santé, dans les conditions fixées à la notice d'information.

HARMONIE MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, numéro Siren 538 518 473. Numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57. Siège social: 143, rue Blomet - 75015 Paris.

ADREA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 311 799 878 - siège social: 25, Place de la Madeleine - 75008 PARIS.

APREVA MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 775 627 391 - siège social: 30, avenue Denis Cordonnier - 59000 Lille.

EOVI-MCD MUTUELLE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 317 442 176 - siège social 173, rue de Bercy, CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12.

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 383 143 617 - siège social 47, rue Maurice Flandin - 69003 LYON.

MUTUELLE CIVILE DE LA DEFENSE (MCD#f), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 784 621 476 - siège social 45 rue de la Procession - 75739 PARIS CEDEX 15.

MUTUELLE GENERALE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE (MGEFI), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 499 982 098, - siège social 6 rue Bouchardon, CS 50070 - 75481 PARIS Cedex 10.

MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE (MGEN), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 775 685 399 - siège social 3 square Max-Hymans - 75015 PARIS.

MUTUELLE NATIONALE TERRITORIALE (MNT), Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 775 678 584 - siège social 4 rue d'Athènes - 75009 PARIS.

MUTUELLE OCIANE GROUPE MATMUT, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 434 243 085 - siège social 35 rue Claude Bonnier - 33054 BORDEAUX Cedex.

UNION HARMONIE MUTUALITE, Union soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, numéro Siren 350 879 078 - siège social 143, rue Blomet - 75015 PARIS.

ACCÈS SANTÉ

Tableau de garanties

GARANTIES

		RO (en % de la BR)	Remboursement RO + mutuelle		
			Garantie ACCÈS SANTÉ A	Garantie ACCÈS SANTÉ B	Garantie ACCÈS SANTÉ C
MÉDECINE DE VILLE					
Honoraires médicaux	Consultations, visites : généralistes et spécialistes	70 %	100 %	100 %	100 %
Actes médicaux	Imagerie médicale - Actes de chirurgie - Actes techniques médicaux	70 %	100 %	100 %	100 %
Auxiliaires médicaux	Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthophonistes...	60 %	100 %	100 %	100 %
Analyses médicales	Examens de laboratoire	60 %	100 %	100 %	100 %
TRANSPORTS					
	Frais de transport (ambulances, véhicules sanitaires légers...)	65 %	100 %	100 %	100 %
PHARMACIE					
	Médicaments à Service Médical Rendu important	65 %	100 %	100 %	100 %
	Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30 %	100 %	100 %	100 %
	Médicaments à Service Médical Rendu faible	15 %	15 %	15 %	15 %
ACTES DENTAIRES					
	Soins dentaires - Stomatologie	70 %	100 %	100 %	100 %
	Prothèses dentaires fixes, inlays-core avec prise en charge RO ⁽¹⁾	70 %	125 %	225 %	300 %
	Prothèses mobiles avec prise en charge RO	70 %	125 %	225 %	300 %
	Orthodontie avec prise en charge RO	70 % ou 100 %	125 %	225 %	300 %
Les remboursements de la mutuelle concernent les prothèses dentaires inscrites à la nomenclature (CCAM). (1) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM.					
OPTIQUE ⁽²⁾					
	Équipement complet optique à verres simples ⁽³⁾	60 %	100 %	60 % + 100 €	60 % + 150 €
	Équipement complet optique à verres complexes ⁽⁴⁾	60 %	100 %	60 % + 200 €	60 % + 350 €
	Équipement complet optique à verres très complexes ⁽⁵⁾	60 %	100 %	60 % + 200 €	60 % + 350 €
	Équipement complet optique avec un verre simple et un verre complexe	60 %	100 %	60 % + 150 €	60 % + 250 €
	Équipement complet optique avec un verre simple et un verre très complexe	60 %	100 %	60 % + 150 €	60 % + 250 €
	Équipement complet optique avec un verre complexe et un verre très complexe	60 %	100 %	60 % + 200 €	60 % + 350 €
	Lentilles avec prise en charge RO	60 %	100 %	60 % + 100 €	60 % + 100 €
(2) Fréquence de renouvellement de l'équipement optique tous les 2 ans à compter de la date d'adhésion pour les garanties B et C, sauf enfant < 18 ans et évolution de la vue (renouvellement annuel autorisé). La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Le remboursement de la monture est limité à 150 € / équipement. ». (3) Verres simples foyers dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. (4) Verres simples foyers dont la sphère est hors zone de -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs. (5) Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.					
APPAREILLAGE					
	Prothèses médicales - Orthèses - Orthopédie avec prise en charge RO	60 %	100 %	100 %	100 %
	Prothèses auditives	60 %	100 %	100 %	60 % + 450 € par appareil
CURES THERMALES					
	Honoraires de surveillance	70 %	70 %	70 %	70 %
	Forfait thermal, hébergement et transport	65 %	65 %	65 %	65 %
PRESTATIONS HOSPITALIÈRES					
	Frais de séjour	80 % ou 100 %	100 %	100 %	100 %
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)	80 %	100 %	100 %	100 %
	Forfait journalier hospitalier, sans limitation, facturé par les établissements de santé	-	Frais réels	Frais réels	Frais réels
MATERNITÉ					
	Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100 %	100 %	100 %	100 %
ACTES SUPÉRIEURS À 120 €					
	Participation forfaitaire de 18 €	-	oui	oui	oui

Toutes les prestations sont soumises aux dispositions de la notice d'information de la garantie.
Les pourcentages sont exprimés sur la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (sauf précision contraire).
Ces garanties s'inscrivent dans le dispositif des contrats « responsables » conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2du Code de la Sécurité sociale.