

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. MAIF - société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9, entreprise régie par le Code des assurances.

Produit : Contrat de sortie de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS)



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 ?

Le contrat de sortie CSS est destiné 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. Le montant de ce contrat est fixé par arrêté, en fonction de l'âge, Il est proposé aux personnes dont le droit à la CSS arrive à expiration.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations 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 réglementaire dit « 100% Santé », en dentaire, optique et audiologie.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité :**
 - Honoraires, frais de séjour, forfait journalier, transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :**
 - Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments, matériel médical remboursés par la Sécurité sociale,
- ✓ **Optique :**
 - Lunettes et lentilles remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire :**
 - Soins conservateurs, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Aides auditives :**
 - Audioprothèse, entretien, réparation

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

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 boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports ;
- ! La majoration du ticket modérateur si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ;
- ! Les dépassements d'honoraires.

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 bulletin 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.



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.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée au 1^{er} jour de la date de fin de la Complémentaire santé solidaire. Le contrat de sortie prend fin de manière impérative dans l'hypothèse où la personne obtiendrait, à nouveau, des droits à la Complémentaire santé solidaire.

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 / 12 mois.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat est d'une durée de 1 an non renouvelable. Il prend fin de plein droit à son échéance.

Il peut être résilié au 31 décembre, en notifiant la volonté de résiliation 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, lorsque la mutuelle propose la conclusion du contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.