

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399 et MGEN Vie n° SIREN 441 922 002 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité

Produit : MGEN DUO

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 remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties. De quel type d'assurance s'agit-il ?

MGEN DUO 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 sont soumis à des plafonds et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : dépassements d'honoraires sur les honoraires hospitaliers, frais de séjour, forfait journalier, chambre particulière, frais d'accompagnant et transport ;
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, radiologie, actes de laboratoire, auxiliaires médicaux et pharmacie remboursée à 65% et 30% par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture/verres), lentilles de contact remboursées ou non par la Sécurité sociale et chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires dont inlay onlay, prothèses dentaires remboursées ou non par la Sécurité sociale, implants dentaires et orthodontie ;
- ✓ **Appareillages** : audioprothèses, prothèses et orthèses ;
- ✓ **Autres prestations** : psychothérapie, ostéopathie, contraception, vaccins du voyageur prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, sevrage tabagique et prestation naissance, amniocentèse et frais d'hébergement en cure thermique ;
- ✓ **Prestations d'action sociale**.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens et audioprothésistes, chirurgiens-dentistes, centres dentaires et établissements hospitaliers ;
- ✓ Service d'analyse de devis.

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 rajeunissement et les frais de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- ✗ Les frais de séjours facturés par les établissements d'hébergement médico-sociaux (hors Instituts médico-éducatifs (IME) en régime d'internat).



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 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

- ! **Hospitalisation et maternité** : limitation au ticket modérateur de la prise en charge des frais d'hospitalisation après 12 mois ou 365 jours d'hospitalisation en cas de séjours successifs (réouverture des droits après 6 mois sans hospitalisation) ;
- ! **Chambre particulière et frais d'accompagnant** : prise en charge limitée à 12 mois ou 365 jours d'hospitalisation en cas de séjours successifs (réouverture des droits après 6 mois sans hospitalisation) ;
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue ;
- ! **Dentaire** : prise en charge de 2 implants pour 2 années civiles ;
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 2 appareils par an sauf adhérent de moins de 20 ans ou atteint de cécité ;
- ! **Ostéopathie** : 2 séances par année civile et par bénéficiaire dans la limite de 22,50€ par séance.
- ! **Psychothérapie** : 150 séances par année civile et par bénéficiaire dans la limite de 8€ par séance.



Où suis-je couvert ?

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



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 ;
- Informer la mutuelle des événements suivants dans le mois qui suit, 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... 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, par prélèvement mensuel sur compte bancaire ou par chèque semestriellement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée au 1^{er} jour du mois de la demande, du mois suivant la demande si l'adhérent est déjà couvert par une offre du groupe MGEN ou du mois librement choisi dans un délai maximum de 7 mois, à compter de la demande. Elle est indiquée sur le courrier notifiant l'adhésion.

L'assuré 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 :

- À la date d'échéance annuelle du contrat, fixée au 31 décembre, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- En cours d'année, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, pour une prise d'effet au 1^{er} jour du 4^{ème} mois suivant la réception de la demande, ou du 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande en cas d'adhésion à un contrat groupe obligatoire, sous réserve dans ce dernier cas d'en faire la demande dans les 3 mois suivants la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

Vous pouvez mettre fin à la couverture de vos éventuels bénéficiaires, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception. Elle prend effet au 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la réception de la demande.