

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie :

MGEN Fila- Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - n° SIREN 440 363 588

Produit : Efficience Santé

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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 sont soumis à des plafonds. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi (5 offres), 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** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier, transport ;
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites médecins, actes techniques médicaux dont radiologie, actes de laboratoire, auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée à 65% et 30% par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (monture/verres), lentilles de contact remboursées par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires dont inlay onlay, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie ;
- ✓ **Appareillages** : audioprothèses, prothèses et orthèses.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Toutes offres sauf Essentielle : chambre particulière, frais d'accompagnant, orthodontie adultes et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale, forfait contraception ;

Offres Evolution, Extension et Optimale : dépassements d'honoraires, implants dentaires, lentilles de contact et chirurgie réfractive non remboursées par la Sécurité sociale, ostéopathie, Forfait Prévention Equilibre, vaccins du voyageur, allocation nouvel enfant ;

Offres Extension et Optimale : médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale ;

Offre Optimale : pharmacie remboursée à 15% par la Sécurité sociale.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Accords tarifaires avec de nombreux opticiens et audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et établissements hospitaliers (sauf offre Essentielle) ;
- ✓ Service d'analyse de devis.

L'ASSISTANCE PREVUE en cas de décès, hospitalisation, maternité ou immobilisation imprévue au domicile :

- ✓ Aide-ménagère, transfert et garde d'animaux ;
- ✓ Prise en charge des enfants de moins de 15 ans, déplacement d'un proche au chevet ;
- ✓ Location de téléviseur, soutien scolaire, conseil / bilan social, aide aux démarches administratives ;
- ✓ Mise en relation avec un prestataire funéraire.

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.



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 (formules Evolution, Extension et Optimale) ;
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à 2 appareils par an sauf adhérent de moins de 20 ans ou atteint de cécité ;
- ! **Ostéopathie** : 2 à 4 séances par année civile et par bénéficiaire dans la limite de 15€ à 30€ par séance ;
- ! **Allocation nouvel enfant** : délai d'attente de 9 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), 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, 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 cotisations 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 l'Assurance maladie obligatoire ou de la facture le cas échéant.



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 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 fixées 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.