

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.

Harmonie Fonction Publique n° SIREN 790 314 017 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Produit : MGEN Santé Prévoyance Ministères Sociaux

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 Santé Prévoyance Ministères Sociaux est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré 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. L'offre 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 + un niveau sur-complémentaire), et figurent dans le tableau de garanties joint à cette fiche.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité :**
 - Honoraires, frais de séjour, forfait journalier, transport et frais d'accompagnant : **Toutes offres** ;
 - Dépassement d'honoraires, chambre particulière : **Offres Santé 2, Santé 3 et Santé 4** ;
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :**
 - Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, actes d'anatomie et de cytologie biologique, auxiliaires médicaux, pharmacie remboursée par la Sécurité sociale : **Toutes offres** ;
 - Dépassements d'honoraires : **Offres Santé 2, Santé 3 et Santé 4** ;
- ✓ **Frais optiques :**
 - Lunettes et lentilles remboursées ou non par la Sécurité sociale : **Toutes offres** ;
 - Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale : **Offres Santé 2, Santé 3 et Santé 4** ;
- ✓ **Frais dentaires :**
 - Soins conservateurs, prothèses, orthodontie et implantologie remboursées par la Sécurité sociale : **Toutes offres** ;
 - Orthodontie et implantologie non remboursées par la Sécurité sociale : **Toutes offres** ;
 - Prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : **Offres Santé 2, Santé 3 et Santé 4** ;
- ✓ **Appareillage :**
 - Audioprothèses et prothèses : **Toutes offres**.

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

LA GARANTIE OPTIONNELLE

Niveau Sur-complémentaire (accessible avec les offres Santé 2, Santé 3 ou Santé 4).

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

L'ASSISTANCE PREVUE :

- ✓ Garde ou transfert de l'enfant en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, aide en cas de mobilité professionnelle ;
- ✓ Service d'information juridique ;
- ✓ Accompagnement pour la gestion et l'analyse du budget en cas de situations délicates ;
- ✓ Accompagnement pour préparer le passage à la retraite.

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 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** : plafond de couverture par personne et par année civile ;
- ! **Chambre particulière et frais d'accompagnant** : limitation de durée pour des chambres particulières en soins de suite et de réadaptations et psychiatrie ;
- ! **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.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), 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 ou équivalent, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Pour les soins remboursés par intervention de la mutuelle seule, seules les garanties préalablement remboursées par le régime obligatoire d'assurance maladie française ou équivalent sont couvertes par l'offre.



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 la Sécurité sociale ou, le cas échéant de la facture ;
- Informer la Mutuelle des événements listés dans les 15 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, ou par prélèvement mensuel sur compte bancaire.



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'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 :

- 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 cas d'adhésion à un contrat groupe obligatoire, sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois suivants la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, pour une prise d'effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

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.

TABLEAUX DES PRESTATIONS DE L'OFFRE MGEN SANTE PREVOYANCE MINISTERES SOCIAUX

Prestations	<i>Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale</i> Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits				
	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 4	Sur-complémentaire
Soins courants					
Honoraires					
Consultations / Visites médecins généralistes avec OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	100% BR	140% BR	140% BR	-
Consultations / Visites médecins généralistes hors OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Consultation / Visite médecins spécialistes avec OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	130% BR	160% BR	200% BR	-
Consultation / Visite médecins spécialistes hors OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	110% BR	140% BR	180% BR	-
Actes Techniques Médicaux avec OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Actes Techniques Médicaux hors OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Honoraires des sages femmes	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Honoraires des auxiliaires médicaux	100% BR	100% BR	120% BR	120% BR	-
Radiologie					
Actes de radiologie et d'imagerie avec OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	130% BR	140% BR	160% BR	-
Actes de radiologie et d'imagerie hors OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	110% BR	120% BR	140% BR	-
Ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale (par acte)	50 €	50 €	50 €	50 €	-
Laboratoire					
Actes d'anatomie et de cytologie biologique	100% BR	100% BR	120% BR	140% BR	-
Analyses et examens de laboratoires	100% BR	100% BR	120% BR	140% BR	-
<p>*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents.</p> <p>La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.</p>					
Pharmacie : Médicaments, produits de la pharmacopée ou préparations magistrales					
Médicaments à service médical important et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 65%)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Médicaments à service médical modéré et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 30%)	Sécurité sociale (30% BR)	100% BR	100% BR	100% BR	-
Médicaments à service médical faible et honoraires de dispensation (pris en charge par la Sécurité sociale à 15%)	Sécurité sociale (15% BR)	100% BR	100% BR	100% BR	-
Vaccins pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	-	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	-
Médicaments et contraceptifs non pris en charge par la Sécurité sociale	-	40 €	50 €	60 €	-
Substituts nicotiques dont Sécurité sociale 150 € (sur prescription médicale et par année civile)	200 €	200 €	225 €	250 €	-
Substituts nicotiques pour les femmes enceintes et les personnes âgées de 20 à 30 ans dont Sécurité sociale 150 € (sur prescription médicale et par année civile)	200 €	200 €	225 €	250 €	-

Prestations	Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale				
	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 4	Sur-complémentaire
Forfait prévention et médecines douces					
Selon les conditions définies à l'article 5 des Conditions particulières					
Ostéopathe					
Psychothérapie					
Acupuncture					
Diététicien					
Nutritionniste					
Chiropracteur		100 €	120 €	140 €	100 €
Psychomotricien	-				
Podologue/Pédicure					
Shiatsu, réflexologie, étio-pathie, sophrologie, phytothérapie, naturopathie et micro kinésithérapie.					
Amniocentèse par année civile	-	65 €	80 €	100 €	
Caryotype fœtal par année civile	-	120 €	135 €	150 €	

Prestations	Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale				
	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 4	Sur-complémentaire
Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait.					
En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits					
Hospitalisation					
Selon les conditions définies à l'article 6 des Conditions particulières					
Forfait journalier	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	-
Frais de séjour	100% BR	100% BR	150% BR	180% BR	-
Participation forfaitaire visée par l'article R. 160-16 du Code de la Sécurité sociale (18 €)	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	-
Honoraires					
Honoraires médicaux et chirurgicaux avec OPTAM/OPTAM-CO**	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	-
Honoraires médicaux et chirurgicaux hors OPTAM/OPTAM-CO**	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR	-
Dépassement sur péridurale**	-	50 €	70 €	80 €	-
Fécondation in vitro (par acte)**	85 €	85 €	85 €	85 €	-
Frais liés à l'hébergement : chambres particulières					
Chambre particulière avec nuitée en unités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Maternité***	-	40 €	55 €	70 €	20 €
Chambre particulière avec nuitée en unités de Psychiatrie (dans la limite de 60 jours par an) ***	-	30 €	50 €	60 €	-
Chambre particulière avec nuitée en unités de Soins de suite et de réadaptation (dans la limite de 90 jours par an) ***	-	20 €	40 €	50 €	-
Chambre particulière en ambulatoire***	-	15 €	25 €	25 €	5 €
Autres frais liés à l'hébergement					
Forfait télévision (par jour)	-	2 €	3 €	5 €	-
Forfait d'accompagnement (par jour)****	25 €	30 €	35 €	35 €	-
Transport					
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-

**Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Pour les dépassements sur péridurale et fécondation in vitro remboursés par la sécurité sociale, limitation aux actes réalisés par aux médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

***Pour la chambre particulière (séjours avec nuitée(s) et séjours ambulatoires), si le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un établissement conventionné avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), il peut bénéficier de tarifs négociés ainsi que de la dispense d'avance de frais dans la limite des prestations définies ci-dessus.

**** Pour les enfants de moins de 16 ans, les enfants handicapés quel que soit l'âge et pour accompagner les personnes de plus de 70 ans.

Prestations	Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR), sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale ou forfait. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits				
	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 4	Sur-complémentaire
Optique					
Lunettes enfants					
Monture	100% BR	45 €	65 €	80 €	-
Verre unifocal simple	100% BR	35 €	50 €	70 €	30 €
Verre unifocal complexe	100% BR	85 €	90 €	100 €	30 €
Verre multifocal complexe	100% BR	95 €	100 €	110 €	50 €
Verre multifocal très complexe	100% BR	100 €	110 €	120 €	50 €
Lunettes adultes					
Monture	50 €	65 €	80 €	90 €	50 €
Verre unifocal simple	20 €	35 €	40 €	45 €	30 €
Verre unifocal complexe	75 €	75 €	80 €	85 €	30 €
Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2290396/2291183)	75 €	75 €	100 €	125 €	50 €
Verre multifocal complexe (codes LPP verre 2227038/2299180)	75 €	100 €	130 €	160 €	50 €
Verre multifocal très complexe	80 €	115 €	150 €	170 €	50 €
Suppléments					
Suppléments optique	100% BR	120% BR	150% BR	200% BR	-
Lentilles					
Lentilles de contact prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)	100 €	140 €	160 €	180 €	50 €
Lentilles de contact prescrites et non prises en charge par la Sécurité sociale (par œil et par année civile)					
Autres soins					
Chirurgie réfractive (par œil et par année civile)	-	250 €	350 €	450 €	-

Quand le Membre Participant ou le Membre Bénéficiaire a recours à un opticien lunetier agréé OPTISTYA ou e-OPTISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés (sur les équipements agréés en vigueur) et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des montures, des verres, des suppléments divers et des lentilles correctrices dans la limite des prestations définies ci-dessus. Les coordonnées des opticiens lunetiers agréés OPTISTYA ou e-OPTISTYA sont disponibles auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr.

Les lunettes (monture et verres) sont remboursées par la Mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale.

LIMITES DE REMBOURSEMENT pour les lunettes :

Pour les moins de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date d'adhésion.

A partir de 18 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date d'adhésion. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

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 total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des planchers fixés par le décret du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.

Afin de respecter la réglementation, le Membre Participant ou le Bénéficiaire accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Prestations	Sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale Sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ou forfait. En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion sauf forfaits				
	Santé 1	Santé 2	Santé 3	Santé 4	Sur-complémentaire
Dentaire					
Soins					
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue avec OPTAM/OPTAM-CO* ou par un chirurgien -dentiste	100% BR	100% BR	120% BR	140% BR	-
Soins dentaires, consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux remboursables par la Sécurité sociale réalisés par un médecin stomatologue hors OPTAM/OPTAM-CO*	100% BR	100% BR	100% BR	120% BR	-
Inlay / Onlay	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR	-
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (par année civile)	-	250 €	300€	400 €	-
Soins prothétiques pris en charge par la Sécurité sociale					
Inlay-Core	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR	30% BR
Prothèse dentaire	125% BR	300% BR	350% BR	400% BR	100% BR
Rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Dépassement sur rebasage, réparation, adjonction, renfort (par année civile)	-	200 €	200 €	200 €	-
Soins prothétiques non pris en charge par la Sécurité sociale					
Prothèse dentaire transitoire (par prothèse)	-	30 €	50 €	50 €	-
Prothèse fixe (par prothèse)	-	150 €	300 €	430 €	100 €
Implantologie					
Actes d'implantologie pris en charge ou non par la Sécurité sociale	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Couronne sur implant prise en charge la Sécurité sociale	100% BR	300% BR	350% BR	400% BR	-
Implant racine pris en charge ou non par le Régime obligatoire (maximum 2 implants par années civiles)	100% BR si RSS	450 €	650 €	800 €	-
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale					
Traitement actif d'orthodontie	125% BR	250% BR	350% BR	400% BR	-
1 ^e année de contention	100% BR- Sécurité sociale	250% BR	250% BR	250% BR	-
2 ^e année de contention et autres soins d'orthodontie	100% BR	250% BR	250% BR	250% BR	-
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale					
Traitement actif d'orthodontie ou 1 ^e année de contention pour les plus de 16 ans (par semestre)	70% BR	350 €	350 €	450 €	-

*Le remboursement par la Mutuelle des dépassements tarifaires sur les consultations et les actes des médecins, distingue ceux des médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée, Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée des Chirurgiens et des Gynécologues-Obstétriciens) prévus par la Convention nationale du 25 août 2016 applicable aux médecins libéraux de ceux des médecins non adhérents. La Mutuelle ne couvre les dépassements d'honoraires qu'en cas de respect du parcours de soins coordonnés.

Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un Centre dentaire relevant du Réseau National des Centres de Santé Mutualistes (RNCSSM), il bénéficie d'un panier de soins à tarifs négociés et de la dispense d'avance de frais, dans la limite des prestations définies ci-dessus.

Appareillages					
Appareillage					
Grand appareillage et véhicules pour handicapés	100% BR	200% BR	250% BR	300% BR	-
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention	100% BR	200% BR	250% BR	300% BR	-
Pansements, accessoires, petit appareillage, orthopédie	100% BR	135% BR	150% BR	200% BR	-
Autres équipements non pris en charge par la Sécurité sociale	-	25 €	50 €	75 €	-
Appareillage auditif					
Bilan acoustique du nouveau-né	23 €	23 €	23 €	23 €	-
Frais d'entretien de prothèse auditive, fournitures et accessoires	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	-
Prothèse auditive prescrite pour les 20 ans et plus (par appareil, par oreille et par année civile)	100% BR	600 €	700 €	800 €	-
Prothèse auditive prescrite pour les moins de 20 ans ou atteints de cécité	100% BR	170% BR	185% BR	200% BR	-

Autres prothèses					
Prothèse capillaire (par prothèse et par année civile)	150 €	500 €	500 €	500 €	-
Prothèse mammaire (par prothèse et par année civile)	350 €	600 €	600 €	600 €	-

Les prothèses auditives sont remboursées par la Mutuelle exclusivement en complément de la Sécurité sociale. Quand le Membre Participant ou son Bénéficiaire a recours à un audioprothésiste partenaire AUDISTYA, il bénéficie de tarifs encadrés et de la dispense d'avance de frais sur l'achat des prothèses auditives dans la limite des prestations définies ci-dessus.

Les coordonnées des audioprothésistes partenaires AUDISTYA sont disponibles auprès de la Mutuelle ou sur l'espace personnel sur le site mgen.fr.

Cure thermique					
Forfait thermal	-	100% BR	100% BR	100% BR	-
Frais d'hébergement pris en charge la Sécurité sociale	-	230 €	230 €	230 €	-
Frais de transport	-	100% BR	100% BR	100% BR	-
Honoraires médicaux	-	100% BR	100% BR	100% BR	-

Assurance Complémentaire Prévoyance

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.

Harmonie Fonction Publique n° SIREN 790 314 017 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité.

Produit : MGEN Santé Prévoyance Ministères Sociaux

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 Santé Prévoyance Ministères Sociaux permet le versement d'un complément de revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité et un capital en cas d'Invalidité permanente et absolue (IPA) ou de décès.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations varient en fonction de l'offre choisie (4 niveaux) par le Membre Participant Actif et figurent dans le tableau des prestations joint à cette fiche.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Incapacité temporaire de travail (ITT)** : versement d'un complément de revenus en cas d'arrêt de travail.
- ✓ **Invalidité** : versement d'un complément de revenus en cas de mise en retraite pour invalidité, d'obtention d'une pension d'invalidité catégorie 1, 2 ou 3 au sens du Code de la Sécurité sociale, ou d'obtention d'une Allocation d'Invalidité Temporaire (AIT) de 1^{er}, 2^{ème} ou 3^{ème} groupe au sens du Code de la Sécurité sociale.
- ✓ **Invalidité permanente et absolue (IPA)/Décès** : versement d'un capital en cas de décès ou d'IPA.

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 ne sont pas couvertes.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! **Invalidité permanente et absolue/Décès** : le suicide intervenant lors de de la 1^{ère} année d'assurance est exclu. Autres exclusions prévues au sein du Règlement Mutualiste.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Incapacité temporaire de travail (ITT)** : non prise en charge du jour de carence Fonction publique. Pas d'indemnisation pendant la période à plein traitement.
- ! **Invalidité** : la prestation cesse d'être versée à l'âge légal de départ à la retraite.
- ! **Invalidité permanente et absolue (IPA)/Décès** : Le versement de la prestation IPA met fin à la garantie décès.



Où suis-je couvert ?

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



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 ;
- Concernant la Prestation Invalidité permanente et absolue/Décès, la demande de prestation peut être effectuée à tout moment (article L.221-11 du Code de la mutualité). En revanche, pour toutes les autres demandes de prestation, celles-ci doivent être formulées dans un délai de 2 ans maximum à compter de l'évènement qui ouvre droit à la garantie (voir conditions prévues au Règlement Mutualiste).
- Informer la Mutuelle des évènements listés dans les 15 jours suivants, et fournir les justificatifs le cas échéant :
 - Changement de situation personnelle : adresse, naissance, mariage, PACS, concubinage, divorce, décès ;
 - 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, ou par prélèvement mensuel sur compte bancaire.



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'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 :

- 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 cas d'adhésion à un contrat groupe obligatoire, sous réserve d'en faire la demande dans les 3 mois suivants la date d'adhésion au contrat groupe obligatoire, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, pour une prise d'effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

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.

TABLEAU DES PRESTATIONS PREVOYANCE

PRESTATIONS	Prévoyance 1	Prévoyance 2	Prévoyance 3	Prévoyance 4
Incapacité temporaire de travail (ITT) *	75 % ^{(1) (2)} Limité à 100 % du net	85 % ⁽¹⁾⁽²⁾ Limité à 100 % du net	95 % ⁽¹⁾⁽²⁾ Limité à 100 % du net	95 % ⁽¹⁾⁽²⁾ Limité à 100 % du net
Invalidité permanente partielle (IPP) *	NON PREVU	55 % SAR ^{(1)(2) * N} ^{(3)/66}	75 % SAR ^{(1)(2) * N} ^{(3)/66}	75 % SAR ^{(1)(2) * N} ^{(3)/66}
Ininvalidité permanente totale (IPT) *		55 % SAR	75 % SAR	75 % SAR
Ininvalidité permanente et absolue (IPA)⁽⁴⁾/Décès	70 % ⁽¹⁾	100 % ⁽¹⁾	130 % ⁽¹⁾	200 % ⁽¹⁾
Majoration pour charge de famille ⁽⁵⁾				5 000 €

¹⁾ Le niveau de garantie est exprimé en % du salaire annuel de référence (SAR) SAR = montant des revenus utilisés pour le calcul de l'assiette des cotisations :

- **Option 1** : traitement indiciaire brut ou salaire de base brut (hors primes et indemnités) ;
- **Option 2** : traitement indiciaire brut ou salaire de base brut + primes et indemnités de toute nature.

²⁾ Le montant de la prestation est égal au niveau de garantie après déduction des ressources :

- Pour la prestation ITT : sommes brutes versées par l'Administration, la Sécurité sociale et/ou tout autre organisme complémentaire ;
- Pour les prestations IPP/IPT : montants bruts des pensions ou allocations d'invalidité ou de retraite pour invalidité perçues au titre du ou des régime(s) obligatoire(s) et le cas échéant, d'autre rémunération perçue pendant la période indemnisée.

³⁾ « N » correspond au taux d'invalidité reconnu par la Commission de réforme ou par le médecin-conseil de la Sécurité sociale dans le cadre de la procédure d'invalidité, ou à défaut par le médecin-conseil de la Mutuelle.

⁴⁾ L'invalidité permanente et absolue (IPA) est reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle au regard des conditions cumulatives suivantes :

- incapacité définitive de se livrer à toute activité susceptible de procurer gain ou profit au Membre Participant, qu'il s'agisse ou non de sa profession ;
- recours obligatoire à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les 4 actes quotidiens de la vie, pendant toute la durée de celle-ci (se déplacer, s'alimenter, s'habiller, se laver).

⁵⁾ Les bénéficiaires sont les enfants à charge. On entend par « enfant à charge » tout enfant satisfaisant au jour du sinistre aux conditions cumulatives énoncées ci-après :

- être âgé de moins de 20 ans ou de plus de 20 ans et bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé ou être titulaire d'une carte d'invalidité / carte mobilité inclusion ;
- être à la charge du Membre Participant ou du bénéficiaire conjoint de manière effective et permanente.

* Une revalorisation annuelle est appliquée au 1er janvier de l'année N, calculée en fonction de l'évolution annuelle constatée entre le 30 septembre de l'année N-1 et le 30 septembre de l'année N-2 de l'indice des prix à la consommation de l'ensemble des ménages en France métropolitaine (hors tabac) publié par l'INSEE, et dans la limite de 1,2 % par an.