

# Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399, MGEN Vie n°441 922 002 et MGEN Filia n°440 363 588 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682. Produit : MGEN Santé Prévoyance (MSP)



**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 ?

MGEN Santé Prévoyance 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 varient en fonction de l'offre choisie (4 niveaux), et figurent dans le Règlement mutualiste. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. 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, chambre particulière, forfait journalier, transport et frais d'accompagnant : *Toutes offres*
- Dépassements d'honoraires : *Offres Equilibre, Référence et Intégrale*

#### ✓ Soins courants et prescriptions médicales :

- Honoraires médecins, radiologie, analyses et examens de laboratoire, honoraires paramédicaux, médicaments, matériel médical remboursés par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Dépassements d'honoraires : *Offres Equilibre et Intégrale*

#### ✓ Optique :

- Lunettes et lentilles : *Toutes offres*
- Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale : *Offres Référence et Intégrale*

#### ✓ Dentaire :

- Soins conservateurs, prothèses et orthodontie : *Toutes offres*
- Implantologie : *Offres Référence et Intégrale*

#### ✓ Aides auditives :

- Audioprothèse, entretien, réparation : *Toutes offres*

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

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

### L'ASSISTANCE PREVUE

- ✓ Aide-ménagère à domicile, garde d'enfant et présence d'un proche au chevet de l'adhérent en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation temporaire au domicile
- ✓ Aide déménagement en cas de mutation professionnelle
- ✓ Informations juridiques, sociales et vie pratique.

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

- ! **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 ansCertaines 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, 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
- ✓ A l'étranger, les consultations d'ostéopathe, d'acupuncture, de diététicien, de chiropraxie et de psychothérapeute ne sont pas prises en charge.



## 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 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, 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<sup>er</sup> 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 ou un recommandé électronique 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 ou un recommandé électronique, pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> jour du 4<sup>ème</sup> mois suivant la réception de la demande, ou du 1<sup>er</sup> 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 suivant 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 ou un recommandé électronique. Elle prend effet au 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la réception de la demande.

# Assurance Complémentaire Prévoyance

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN n° SIREN 775 685 399, MGEN Vie n°441 922 002 et MGEN Filia n°440 363 588 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité ; MGEN Action sanitaire et sociale n°441 921 913 et MGEN Centres de santé n°477 901 714 - Mutuelles soumises aux dispositions du livre III du Code de la mutualité. Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682.  
Produit : MGEN Santé Prévoyance (MSP)



**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 prise en charge sont détaillés dans le Règlement mutualiste.**

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

MGEN Santé Prévoyance est destinée à attribuer un complément de revenus en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité pour les personnes couvertes au titre de l'exercice d'une activité professionnelle, des prestations en cas de dépendance ou de perte d'autonomie et un capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) ou de décès.



## Qu'est-ce qui est assuré ?

Les prestations varient en fonction de l'offre choisie (5 niveaux) par l'adhérent ou sont définies selon son statut. Le détail et les conditions figurent dans le Règlement mutualiste.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

✓ **Allocations journalières** : allocations versées en cas d'arrêt de travail. Taux appliqué au salaire de référence sous déduction des ressources

Offres prévoyance Initiale / Actif : 77% ; Actif Renforcée : 85%.

✓ **Allocations d'invalidité** : allocations versées si retraite pour invalidité ou obtention d'une pension d'invalidité catégorie 2 et 3 au sens du Code de la Sécurité sociale. Taux appliqué au salaire de référence sous déduction des ressources.

Offres prévoyance Initiale / Actif / Actif Renforcée : 50%.

✓ **Prestation invalidité décès** : capital versé en cas de PTIA ou de décès

Taux appliqué sur l'assiette de cotisation annuelle, ou montant forfaitaire selon l'offre

Offres prévoyance Actif : 85% ; Actif Renforcée : 100% ;

Affinité : forfait 2 500€ ; Retraité : forfait 3 500€.

Majoration par enfant à charge : Montant forfaitaire

Prévoyance Actif : 10 000€ ; Actif Renforcée 15 000€ .

Affinité : 1 250€ ; Retraité : 10 000€.

✓ **Perte temporaire d'autonomie** : prestation trimestrielle

Offres prévoyance Actif / Actif Renforcée / Affinité : 400€ / trim.

✓ **Dépendance totale** : rente viagère versée en cas de situation de dépendance totale

Offres prévoyance Actif / Actif Renforcée / Affinité / Retraité : 120€ / mois + 500€ / an si maintien à domicile.

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

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ Service d'aide à domicile

### L'ASSISTANCE PREVUE

✓ Aide-ménagère à domicile, garde d'enfant et présence d'un proche au chevet de l'adhérent en cas d'hospitalisation, de maternité ou d'immobilisation temporaire au domicile

✓ Aide déménagement en cas de mutation professionnelle

✓ Informations juridiques, sociales et vie pratique.

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
- ✗ Les conséquences d'un fait générateur intervenant pendant le délai d'attente.



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! **Prestation invalidité décès** : le suicide intervenant lors de la 1<sup>ère</sup> année d'assurance est exclu ; Autres exclusions prévues au sein du Règlement Mutualiste.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Délais d'attente applicables pour les prestations : Allocations journalières, Allocations d'invalidité, Dépendance totale, Prestation invalidité décès
- ! **Allocations journalières** : non prise en charge du jour de carence Fonction publique  
Prévoyance Actif/Initiale : pas d'indemnisation pendant les périodes à plein traitement  
Salaire de référence limité à celui correspondant à l'assiette de cotisation reconstituée à partir du taux et de la cotisation plafond  
Prévoyance Actif Renforcée : prise en charge à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail continu ou discontinu décompté sur les 12 mois précédant l'arrêt de travail à indemniser.
- ! **Allocations d'invalidité** :  
Prévoyance Actif / Initiale : plafond de 10 815 € annuel  
Prévoyance Actif Renforcée : plafond de 21 630 € annuel
- ! **Perte temporaire d'autonomie** : prise en charge accordée à l'issue d'un délai de franchise de 30 jours continus et limitée à 4 trimestres
- ! **Prestation invalidité décès** :  
Le versement de la prestation en cas de PTIA met fin à la garantie décès
- ! **Dépendance totale** : prise en charge accordée à l'issue d'un délai de franchise continu de 90 jours.



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), dans les collectivités d'outre-mer (COM) et 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 décès, la demande de capital décès par le(les) bénéficiaire(s) doit être effectuée en respectant le délai de prescription de 30 ans suivant le décès.

En revanche, pour toutes les autres demandes de prestation, celles-ci doivent être formulées par l'adhérent 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 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, 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<sup>er</sup> 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 ou un recommandé électronique 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 ou un recommandé électronique, pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> jour du 4<sup>ème</sup> mois suivant la réception de la demande, ou du 1<sup>er</sup> 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 suivant 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 ou un recommandé électronique. Elle prend effet au 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la réception de la demande.