

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 ; Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée le n° SIREN 444 269 682.



Produit : MGEN Territoires et Education (MTE)

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 Territoires et Education 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 (3 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 recourez 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 : *Toutes offres* ;
- Dépassements d'honoraires : *Offres MGEN Territoires et Education 2 et MGEN Territoires et Education 3.*

✓ 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 MGEN Territoires et Education 2 et MGEN Territoire et Education 3.*

✓ Optique :

- Lunettes et lentilles : *Toutes offres* ;
- Chirurgie réfractive non remboursée par la Sécurité sociale : *Toutes offres.*

✓ Dentaire :

- Soins conservateur, prothèses, orthodontie, implantologie : *Toutes offres.*

✓ Aides auditives :

- Audioprothèse, entretien, réparation : *Toutes offres.*

Ces garanties sont complétées par des allocations et des aides d'action sociale et solidaires.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Aide 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 en France ;
- ✓ Accompagnement et prestations d'assistance spécifiques aux aidants ;
- ✓ Soutien en cas de décès du bénéficiaire.

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 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, 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 actes et séances non pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français ne sont pas pris en charge.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire 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 30 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 compte bancaire ou paiement en ligne via l'Espace personnel de l'adhérent.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée, au plus tôt, au lendemain de la demande, soit le lendemain de la réception par MGEN du dossier signé et complet, ou à la date librement choisie dans un délai maximum allant jusqu'au 1^{er} jour du 7^{ème} 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, pour vous et vos éventuels bénéficiaires :

- À la date d'échéance annuelle du contrat, fixée au 31 décembre, si la demande est faite au plus tard le 31 octobre ;
- Au 1^{er} jour du mois suivant la demande, en cas de souscription à un contrat groupe obligatoire ;
- En cours d'année, un mois après la réception de la demande, si vous justifiez d'un an d'ancienneté (condition d'ancienneté non exigée pour vos éventuels bénéficiaires) à compter de la prise d'effet de l'adhésion au contrat.

Vous pouvez adresser votre demande de démission 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, par voie électronique ou lorsque l'adhésion a été conclue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Votre demande de démission peut également être adressée à la Mutuelle par l'organisme auprès duquel vous souhaitez souscrire un nouveau contrat.