

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. MAIF - société d'assurance mutuelle à cotisations variables - CS 90000 - 79038 Niort cedex 9, entreprise régie par le Code des assurances.

Produit : Efficience Santé



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 ?

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 varient en fonction de l'offre choisie (5 niveaux), et figurent dans le Règlement mutualiste. 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, forfait journalier, transport : *Toutes offres*
- Dépassements d'honoraires : *Offres Evolution, Extension et Optimale*
- Chambre particulière, frais d'accompagnant : *Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale*

✓ 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 Evolution, Extension et Optimale*

✓ Optique :

- Lunettes et lentilles remboursées par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Lentilles et chirurgie réfractive non remboursées par la Sécurité sociale : *Offres Evolution, Extension et Optimale*

✓ Dentaire :

- Soins conservateurs, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale : *Toutes offres*
- Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale : *Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale*
- Implantologie : *Offres Evolution, Extension et Optimale*

✓ 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, audioprothésistes et établissements hospitaliers : *Offres Découverte, Evolution, Extension et Optimale.*

L'ASSISTANCE PREVUE

- ✓ Aide-ménagère à domicile, garde d'enfants bénéficiaires, conseil social, en cas d'accident corporel, de maladie non-chronique, de maternité ou de décès.

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
- ✓ 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 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



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'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^{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 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^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la réception de la demande.