

Assurance collective complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : MGEN, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - SIREN n° 775 685 399

Produit : Protection sociale complémentaire de la Fonction Publique de l'Etat

La Juridiction administrative



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 le 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 ?

L'Assurance collective complémentaire Santé, définie par le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, est destinée à rembourser tout ou partie des frais occasionnés par une maternité, maladie ou un accident des agents de la Fonction publique de l'Etat, en complément de l'Assurance Maladie du régime obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Le niveau des prestations est soumis à des **plafonds** qui figurent dans le tableau des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées.

Une somme peut rester à votre charge sauf si vous recourrez aux équipements et soins relevant des paniers définis par le dispositif réglementaire dit « 100 % Santé », en dentaire, optique et audiologie.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, forfait journalier hospitalier, forfait hospitalier et frais de séjour, forfait patient urgences, forfait actes lourds, chambre particulière sans limitation de durée, frais d'accompagnement.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, honoraires paramédicaux, examens de laboratoire, médicaments (remboursés à 15, 30 et 65%), transport, pharmacie prescrite non remboursée (homéopathie, contraceptif, test de grossesse), appareillage et prothèses médicales.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles prescrites, chirurgie réfractive (dont kératotomie).
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses et soins incluant et hors et 100% Santé (couronnes, bridges, appareils amovibles, Inlays Core), implants, orthodontie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements hors et incluant 100% Santé (audioprothèses, prothèses et orthèses), frais d'entretien et réparation (piles, écouteurs, embouts remboursés par la Sécurité sociale).
- ✓ **Autres postes** : cures thermales, médecine douce, psychologue.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (3 niveaux)

Elles correspondent à la définition du contrat responsable.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Tiers-payant, réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Actions de prévention
- ✓ Aides aux retraités
- ✓ Assistance en inclusion*

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat. Les garanties précédées d'une ✗ sont systématiquement exclues.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de la validité du contrat
- ✗ Les soins reçus après la date de résiliation du contrat ou de cessation des garanties
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD), ESAT, maisons de convalescence, centres ou instituts pour enfance handicapée ou inadaptée (CMPP, IME, IMP, IMPRO, ITEP...).
- ✗ Les frais d'hébergement dans les établissements de long séjour (exemple : les maisons de retraite).
- ✗ les établissements ne relevant pas du Code de la Santé publique.



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

EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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.
- ! Tout autre acte, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Implantologie dentaire** : forfait par implant, limité à 2 implants par an.
- ! **Médecine douce** : remboursement forfaitaire par séance, limité à 2 séances (ou 3 si options) par an et par bénéficiaire.
- ! **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.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à 1 équipement par période de 4 ans.
- ! **Psychologue** : prise en charge limitée à 4 séances par an, en complément du dispositif « Mon soutien psy ».



Où suis-je couvert ?

- En France, départements et régions d'Outre-mer (métropole et DROM) y compris Mayotte et dans les COM, à condition d'être affilié à la Sécurité sociale française ou à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.
- A l'étranger, lors d'un séjour temporaire, à condition d'être soumise à la législation française de Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion :

- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'organisme complémentaire, nécessaires à l'inscription
- Exprimer un choix de niveau de garanties identiques pour l'agent et pour ses ayants droit

En cours du contrat :

- Informer la Mutuelle des événements suivants : changement d'adresse, modification de la composition familiale
- Régler la part de cotisation revenant à l'agent selon la périodicité et les modalités prévues au contrat

En cas de rupture du contrat de travail ou de suspension de celui-ci non indemnisée :

- Fournir tous les documents demandés par l'organisme complémentaire nécessaires au maintien des garanties



Quand et comment effectuer les paiements ?

Cotisation aux garanties Socle (panier de soins)

La cotisation relative aux garanties socle est précomptée mensuellement sur le salaire de l'agent par l'employeur qui la verse ensuite à la Mutuelle.

Cotisation aux garanties optionnelles et cotisation des ayants droit

Le paiement de ces cotisations est entièrement à la charge de l'agent qui doit les régler directement auprès de la Mutuelle. Les cotisations sont prélevées mensuellement d'avance dans les 5 premiers jours de chaque mois civil.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties Socle prennent effet :

- À la date d'effet du contrat collectif souscrit par l'employeur ;
- À la date d'embauche de l'agent lorsqu'elle est postérieurement à la date d'effet du contrat collectif ;
- À la date à laquelle une dispense d'affiliation prend fin ;
- Pour les ayants droits, à la même date d'effet de l'affiliation de l'agent actif, s'ils sont inscrits sur le bulletin d'affiliation. A défaut et pour les autres cas, au 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de la demande complète par la Mutuelle ; sauf pour les naissances ou adoptions où les garanties prennent effet à la date de naissance ou adoption de l'enfant sous réserve que la Mutuelle reçoive la demande d'adhésion dans les 3 mois suivant l'évènement.

Les garanties optionnelles facultatives prennent effet :

- À la même date d'effet que les garanties socle obligatoires, si elles sont demandées au même moment ;
- Au 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande d'extension.

Les garanties cessent :

- À la date à laquelle l'agent cesse d'appartenir à la catégorie de bénéficiaire ;
- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de suspension du contrat de travail sans maintien de salaire (sauf possibilité de maintien de garanties, moyennant le paiement de l'intégralité de la cotisation par l'assuré) ;
- En cas de rupture du contrat de travail (sauf portabilité des garanties dans les conditions contractuelles) ;
- A la date de radiation des ayants droit ;
- Au décès des bénéficiaires.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'employeur peut résilier le contrat collectif :

- À l'échéance annuelle, au plus tard au 31 octobre selon l'une des modalités prévues ci-dessous ;
- En cours d'année, après l'expiration d'une durée minimale de 12 mois à compter de la prise d'effet du contrat pour une résiliation effective un mois après que l'organisme assureur en a reçu notification selon l'une des modalités suivantes :
 - Par lettre ou tout autre support durable ;
 - Par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
 - Par acte extrajudiciaire ;
 - Par voie électronique ;
 - Lorsque la Mutuelle propose la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.