

Assurance Complémentaire Santé

Document d'Information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle Générale de l'Économie, des Finances et de l'Industrie (Mgéfi), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro 499 982 098

Produit : VICTERRIA SANTE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'assuré. L'information complète sur ce produit se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties du règlement mutualiste.

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

La complémentaire santé garantit à l'assuré le remboursement de tout ou partie des frais de santé occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité, en complément des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire. Les garanties respectent l'ensemble des conditions légales des contrats responsables et des contrats labellisés pour les agents territoriaux.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à charge de l'assuré.

Prestations systématiquement prévues

- ✓ **Hospitalisation (chirurgie, médecine psychiatrique, obstétrique) :** honoraires, frais de séjours, forfait journalier, frais de transport, forfait patient urgence, forfait acte lourd
- ✓ **Soins courants :** consultations et visites de médecins, actes médicaux et de radiologie, analyses médicales, auxiliaires médicaux, médicaments à service médical rendu élevé (remboursés à 65% par la Sécurité sociale), matériel médical remboursé par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique :** lunettes (monture et/ou verres)
- ✓ **Aides auditives :** prothèses auditives prescrites
- ✓ **Dentaire :** soins dentaires, orthodontie et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Prévention :** actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

Prestations santé supplémentaires selon la couverture choisie

Hospitalisation : chambre particulière et frais d'accompagnant

Soins courants : médicaments à service médical rendu moyen et faible (remboursés par la Sécurité sociale à 30% et 15%), médicaments prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale

Cures thermales : honoraires, frais d'établissement, hébergement, transport

Optique : lentille et chirurgie réfractive

Dentaire : implantologie, parodontologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale

Prévention : consultations de médecines douces, actes de prévention non remboursés par la Sécurité sociale (contraception, sevrage tabagique, vaccins prescrits...)

Services systématiquement prévus

- ✓ Tiers payant
- ✓ Espace Adhérent
- ✓ Réseaux de soins
- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Action sociale

Assistance systématiquement prévue

- ✓ Aide à domicile
- ✓ Garde des enfants, des ascendants et des animaux
- ✓ Informations administratives et juridiques
- ✓ Recherche de médecin et d'infirmière

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de couverture
- ✗ La chirurgie esthétique non remboursé par la Sécurité sociale



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

Principales exclusions du contrat responsable

- ! la participation forfaitaire pour consultation et actes médicaux dispensés par des médecins généralistes et spécialistes en ville, dans un établissement ou un centre de santé et pour les actes de biologie ;
- ! la majoration de la participation de l'assuré en cas de recours direct à un médecin autre que le médecin traitant ;
- ! les dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et consultations pour les assurés en cas de recours à un médecin spécialiste sans prescription préalable du médecin traitant ;
- ! le ticket modérateur en cas de refus d'accès au dossier médical personnel ;
- ! le ticket modérateur en cas de non présentation du protocole de soins dans les affections de longue durée ;
- ! les franchises sur les médicaments (à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation), les actes auxiliaires médicaux (à l'exception de ceux effectués au cours d'une hospitalisation) et les transports (à l'exception des transports d'urgences).

Principales restrictions

- ! la prise en charge des chambres particulières avec nuitée est limitée à 60 jours par an en court séjours ou maternité, limitée à 30 jours par an en psychiatrie ou soins de suite et réadaptation ;
- ! la prise en charge des dépassements d'honoraires médicaux est minorée de 20% du tarif conventionnel lorsque le médecin n'est pas signataire de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou de l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) ;
- ! la prise en charge des médecines alternatives est limitée à 3 séances par an ;
- ! Optique : la prise en charge est limitée à un équipement optique tous les deux ans. Elle est réduite à 1 an pour les bénéficiaires de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue ;
- ! Aides auditives : la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans à compter de la date de la dernière facturation.

« Les prises en charge sont soumises à des plafonds selon le niveau de garantie choisi, et sont réalisées dans la limite des frais engagés ».



Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France et à l'étranger.

Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle, le dater et le signer ;
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par la Mutuelle.

En cours de contrat :

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ;
- Déclarer, dans un délai de 2 mois à compter du fait générateur, tous les événements susceptibles d'influer sur les droits et obligations (changement de profession, de régime obligatoire, d'adresse, de votre composition familiale) ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement de soins de votre régime obligatoire ;
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et peut être fractionnée mensuellement.
Les paiements de cotisation peuvent être effectués notamment par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le droit aux garanties et services prend effet soit au plus tôt le 1^{er} jour suivant la date de signature, soit le lendemain de la date de fin des garanties complémentaires santé de l'assureur précédent dans le cas où la Mutuelle effectue les formalités de résiliation pour votre compte de vos garanties complémentaires santé auprès d'un autre organisme assureur.

Le contrat est conclu pour une période qui prend fin le 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion. Les garanties se renouvellent par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Le contrat prend fin :

- au jour de la prise d'effet de résiliation, de radiation ou d'exclusion prononcée par la Mutuelle ;
- au lendemain du décès de l'adhérent ;
- Au jour de la prise de connaissance de la perte de la qualité membre participant ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution législative ou réglementaire dès lors que l'adhérent refuse cette modification.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat à la date d'échéance annuelle en adressant votre demande de résiliation au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile. La résiliation prend effet au 1^{er} jour de l'année suivante.

En outre, les contrats souscrits depuis plus d'un an, peuvent être résiliés à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation prend alors effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification.

La notification de la résiliation peut être effectuée par lettre (à l'adresse suivante : Mgefi – 6, rue Bouchardon –CS 50070 –75481 Paris Cedex 10), tout autre support durable ou tout moyen prévu à l'article L. 221-10-3.