

Assurance collective complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur : 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

Ministère de la Culture et les établissements publics rattachés



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 précontractuelle 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 actifs et retraités de la Fonction publique de l'Etat et de leurs ayants droit, en complément du régime obligatoire de l'Assurance Maladie du fait de la possibilité d'être adhérent CFE. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables (hors panier de soins spécifique pour les agents affectés à l'étranger).



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 ».

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, forfait journalier hospitalier, 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.
- ✓ **100% santé** : équipements optiques, aides auditives et soins dentaires sans reste à charge définis réglementairement.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles prescrites, chirurgie réfractive (dont kératotomie).
- ✓ **Frais dentaires** : prothèses et soins hors 100% Santé (couronnes, bridges, appareils amovibles, Inlays Core), implants, orthodontie, parodontologie.
- ✓ **Aides auditives** : équipements hors 100% Santé, frais d'entretien et réparation (piles, écouteurs, embouts remboursés par la Sécurité sociale).
- ✓ **Autres postes** : cures thermales, médecine douce, psychologue, aide à la reprise du sport pour une ALD.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (3 niveaux)

Amélioration de tout ou partie des garanties ci-dessus dites « systématiquement prévues »

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

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

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



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...) et plus largement dans les établissements ne relevant pas du Code de la Santé publique.
- ✗ Les frais d'hébergement dans les établissements de long séjour (exemple : les maisons de retraite).



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

EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire sur les consultations et actes réalisés par un médecin, les actes d'imagerie médicale, les analyses et examens de laboratoire 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 6 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 les enfants jusqu'à 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à 1 équipement par oreille par période de 4 ans.
- ! **Psychologue** : prise en charge limitée à 4 séances par an (ou 6 si options), en complément du dispositif « Mon soutien psy ».



Où suis-je couvert ?

- En France métropolitaine, dans les 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 ou à la Caisse des Français de l'Etranger.
- A l'étranger, lors d'un séjour temporaire dans les limites contractuelles sous réserve de prise en charge par la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion :

- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'organisme complémentaire, nécessaires à l'inscription

En cours du contrat :

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

En cas de rupture de la relation de travail ou de suspension non indemnisée de celle-ci :

- 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) des agents actifs

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

Cotisation aux garanties optionnelles et cotisation des retraités et ayants droit

Le paiement de ces cotisations est entièrement à la charge du membre participant 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 pour les agents déjà présents dans l'effectif ;
- 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 retraités, à la date de cessation d'activité ou au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande ;
- Pour les ayants droits, à la même date d'effet de l'affiliation de l'agent actif ou retraité, 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 ou mariages ou PACS où les garanties prennent effet à la date de l'événement c'est-à-dire à la date de naissance ou adoption de l'enfant ou à la date du mariage ou PACS) sous réserve que la Mutuelle reçoive la demande d'adhésion dans les 3 mois suivant l'événement.

Les garanties optionnelles facultatives prennent effet :

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

Les garanties cessent :

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

Pour les agents actifs : l'adhésion aux garanties socle étant obligatoire, la résiliation n'est pas possible.

Pour les agents actifs (garanties optionnelles) et les retraités et les ayants droit (garanties socle et optionnelles), la résiliation s'effectue :

- Au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- À tout moment après l'expiration d'un délai minimal d'adhésion d'un an. La résiliation prend effet 1 mois après que la Mutuelle en a reçu la notification ;
- Dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information en cas de modifications apportées à leurs droits et obligations.

La résiliation à l'échéance annuelle ou en cours d'année est notifiée à la Mutuelle, au choix du membre participant, 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 souscription par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.