



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPID

Insurance Product Information Document

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurance : PREVOIR-VIE GROUPE PREVOIR, société anonyme au capital de 81 000 000 euros.

Siège Social au 19 rue d'Aumale 75009 Paris. Inscrite au RCS de Paris, N° 343 286 183.

Distributeur / Délégataire de gestion : ECA ASSURANCES, courtier d'assurances immatriculé à l'Orias sous le n° 07 002 344 entreprise régie par le Code des assurances.

Assistance : FILASSISTANCE INTERNATIONAL, entreprise régie par le Code des assurances, inscrite au RCS sous le n° 433 012 689

Produit : ACTISAN



REF:IPID.Actisan.VDI10.2021

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce 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 ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 votre charge. L'âge limite de la souscription est de 20 à 55 ans, selon la formule choisie.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour conventionné, honoraires, forfait hospitalier, transport du malade.
- ✓ **Maternité** : frais de séjour, honoraires, forfait hospitalier.
- ✓ **Frais dentaires** : soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles remboursées ou non remboursées par le Régime Obligatoire, bonus si pas de remboursement l'année précédente.
- ✓ **Appareillage et prothèses non dentaire** : prothèses orthopédiques et auditives, petit et gros appareillage, prothèses mammaires et capillaires.
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Honoraires et soins médicaux courants (Dptam/hors Dptam)** : consultations et visites des généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie), radiologie, échographie, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales, transport.
- ✓ **Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire**
- ✓ **Télétransmission des décomptes**
- ✓ **Tiers payants**

GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière,
Actes de prévention non remboursés par le Régime Obligatoire.
Hospitalisation à domicile
Lit accompagnant
Bonus dentaire : Prothèse dentaire, orthodontie non remboursées par an
Chirurgie optique réfractive non remboursée par le Régime Obligatoire : forfait/ oeil et / an.

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

*DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour,
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale.
- ✗ 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 âgées dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière (en hospitalisation)** : la prise en charge varie entre 40 € et 85 € par jour.
- ! **Lit d'accompagnant** : enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30j/an
- ! **Frais dentaires** : Prise en charge des soins varie entre 700 € et 1200 € pour la première année, 1 000 € et 1 400 € pour la deuxième année et la troisième année.
- ! **Frais optiques** : prise en charge limitée à un équipement optique tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur (moins de 16 ans) ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Médecine douce** : 20 € par séance limité à 3/an pour la formule Medium, 30 € par séance limité à 3/an pour les formules Intégrale et Premium, 40 € par séance limité à 3/an pour la formule Serenité.



Où suis-je couvert(e) ?

La garantie du contrat s'exerce en France dont les DROM excepté à Mayotte.

Elle s'étend pour la garantie santé aux accidents et maladies, aux hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le Régime Obligatoire de l'Assuré s'applique et que les séjours en-dehors de France ne dépassent pas 2 mois par an en une ou plusieurs périodes.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension, de déchéance ou de nullité du contrat d'assurance ou des garanties.

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par le délégataire de gestion,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par le délégataire de gestion,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Informer le délégataire de gestion des événements suivants, par lettre recommandée, dans les deux mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements.
- Changement de situation : changement d'adresse, changement d'état civil, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie, changement de compte bancaire,
- Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir au délégataire de gestion les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Pour obtenir le règlement des prestations, vous devez adresser les décomptes originaux de votre régime obligatoire si vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission, les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant des dépenses engagées. Les demandes de remboursement au délégataire de gestion sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Le mensuel est accepté uniquement par prélèvement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement au 1^{er} janvier de l'année suivante sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à l'échéance annuelle fixée le 31 décembre moyennant le respect d'un préavis de deux mois par lettre recommandée ou courrier électronique recommandé, et à tout moment, après la première année d'adhésion conformément aux modalités fixées dans la notice d'information de votre contrat,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat.