



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur garanties santé : produit co-conçu et assuré par QUATREM (société du Groupe Malakoff Humanis), produit géré par APRIL Santé Prévoyance

Assureur garanties assistance : services assurés et gérés par AUXIA ASSISTANCE (société du Groupe Malakoff Humanis).

Nom du Produit : APRIL Moove 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. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit « APRIL Moove Santé » sont fournies au client dans d'autres documents, en particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Ce produit 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 ou non des remboursements de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et est éligible au dispositif fiscal Madelin.



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.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation en secteur conventionné** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, honoraires médicaux et chirurgicaux, chambre particulière, frais accompagnant, forfait patient urgence et forfait actes lourds.
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : forfait journalier hospitalier, frais de soins et frais séjours, forfait patient urgence et forfait actes lourds.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, forfait patient urgences et forfait actes lourds, matériel médical, analyses et examens de laboratoires, transport remboursé par la Sécurité sociale, médicaments (remboursés par la Sécurité sociale), forfait Monpsy.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% Santé », inlays-onlays, prothèses dentaires et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% santé », lentilles, chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie).
- ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé » et « Offre Libre », accessoires, entretien.
- ✓ **Autres prestations** : dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort Bien-Être : cure thermale, forfait pour les frais annexes de cure remboursés par la Sécurité sociale, pharmacie prescrite non remboursée, médecines naturelles, aide au sevrage tabagique, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Renfort Famille : Orthodontie remboursée et non remboursée par la Sécurité sociale, forfait naissance ou d'adoption, pharmacie prescrite non remboursée, médecines naturelles, vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale

Renfort Optique, Dentaire, Auditif : autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, renfort optique, aides auditives

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant.
- ✓ Programme d'avantages clients : réductions exclusives auprès de nombreux partenaires.
- ✓ Assistance AUXIA ASSISTANCE et Services délivrés par Malakoff Humanis : Coach et Moi, Mes attitudes santé, Deuxième avis médical, Compar'Hospit, Libhéros, Medoucine, accompagnement social
- ✓ Espace assuré : en ligne, accessible 24h/24, 7J/7.



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 centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours.
- ✗ Les frais de santé non consécutifs à un accident ou une maladie ou une maternité tels que les soins esthétiques, les cures ou thalassothérapies.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises légales sur les boîtes de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports sanitaires.
- ! 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.
- ! **Optique** : tout équipement composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de notre part, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/absence de médecin traitant).
- ! **Optique** : délai de renouvellement de 2 ans pour les assurés à compter de 16 ans (1 an en cas d'évolution de la vue), 1 an pour les enfants de moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie (Absence de délai en cas d'évolution liée à l'une des pathologies limitativement définies par arrêté ministériel).
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Aide auditive** : forfait renouvelable tous les 4 ans.
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Hospitalisation en secteur non conventionné** : prise en charge limitée et réduite à certains frais.
- ! **Chambre particulière en secteur conventionné** : prise en charge limitée à 45 jours par an et par assuré
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Limitation et délai d'attente** : Les garanties exprimées en % sont remboursées à 100% de la base de remboursement sous déduction du remboursement du régime obligatoire pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties (à l'exception des garanties 100% santé et des Honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'Hospitalisation à la suite d'un Accident). Les frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties.
- ! **Plafonnement des prestations** pour les frais liés aux prothèses "Offre Modérée" et "Offre Libre" remboursées par la Sécurité sociale.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France,
- ✓ A l'étranger : le remboursement se fait en euros, en complément du remboursement de la Sécurité sociale et la dépense doit faire suite à des frais de santé survenus en cas d'urgence, de manière inopinée et non programmée



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'assuré entraîne la nullité du contrat et la déchéance de tous droits aux prestations

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer des changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, par prélèvement automatique ou chèque.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion. Il est prévu un délai de renonciation de 14 jours qui court à compter de la date de 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 d'année en année à sa date d'échéance principale (le 31 décembre) sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée à APRIL Santé Prévoyance dans les conditions prévues au contrat :

- au 31 décembre de chaque année et au moins deux (2) mois avant cette date ;
- en cas de modification du contrat dans le délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'assureur ;
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, sans frais ni pénalité. La résiliation prend effet un (1) mois de date à date à compter de la réception par l'Organisme assureur, de la notification.

Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

- APRIL SANTE PREVOYANCE – 114 Boulevard Marius Vivier Merle – 69439 Lyon Cedex 03
- Par courriel : relationclient@april.com
- La résiliation peut également être demandée par tout autre moyen prévu par le Code des assurances