



**Mon Gustave**  
le comparateur #malin



**Mutuelle Santé**

## **Conditions générales**

**Comparez les offres**

**[www.mongustave.fr](http://www.mongustave.fr)**

# Assurance Complémentaire Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Conçu par : Groupe SMISO Mutuelle des Cadres (GSMC) 7/9 Place du théâtre 59800 LILLE. Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n°324 310 614

Produit : Senior 100% Nous

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 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 **Senior 100% Nous** 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 et de maladie, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Peuvent adhérer toute personne physique âgée de 50 ans et plus.



## 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** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport
- ✓ **Soins et prestations inopinés à l'étranger, pris en charge par le régime de base**
- ✓ **Frais médicaux courants** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux
- ✓ **Pharmacie** : remboursés à 65% et 30% par la Sécurité sociale
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie pris en charge par l'Assurance maladie
- ✓ **Prothèses médicales** : audioprothèses, prothèses et orthèses prises en charge par l'Assurance maladie
- ✓ **Chambre particulière, lit accompagnant**
- ✓ **Actes de prévention remboursés par le régime de base**

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

En souscrivant à un niveau supérieur, il est possible de bénéficier, en fonction du niveau choisi, des garanties suivantes :

Implants dentaires, médecine douce, cure thermale prise en charge par l'Assurance maladie, vaccins, médicaments non remboursés par la Sécurité sociale, forfait supplémentaire pour les prothèses liées à la chimiothérapie (capillaires, mammaires), orthodontie non prise en charge par l'Assurance maladie

### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires) et site Web d'orientation dans le système de soins
- ✓ Service d'analyse de devis

### L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Tiers payant et remboursements automatisés par télétransmission
- ✓ Assistance santé
- ✓ Protection juridique médicale

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

Les garanties sont détaillées en annexe dans le tableau de garantie.



## Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les frais non pris en charge par la Sécurité Sociale et les actes hors nomenclatures Sécurité sociale, ou classification commune des actes médicaux, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale, y compris les hospitalisations,
- ✗ Les frais annexes ne se rapportant pas directement au traitement médical de l'assuré (téléphone fixe, de télévision, etc.)
- ✗ L'hospitalisation pour rééducation professionnelle et dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, les séjours en maison de convalescence, de diététique, non pris en charge par la Sécurité Sociale,
- ✗ Les soins dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ 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.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : remboursement limité à 90 jours par an pour une hospitalisation chirurgicale et médicale et 30 jours pour une hospitalisation en maison de santé, centre de rééducation, établissement ou service psychiatrique
- ! **Lit accompagnant** : forfait par jour limité à 30 jours par année civile et 5 jours par hospitalisation
- ! **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.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 1600 ou 1800 euros par an en fonction de la garantie
- ! **Médecine douce** : lorsque le tableau de garantie le prévoit, il s'agit d'un forfait annuel



## Où suis-je couvert ?

- ✓ **En France et à l'étranger**
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire ou celui de des ayants droit ou par la Caisse des Français de l'Étranger. Le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



## Quelles sont mes obligations ?

### Sous peine de suspension des garanties

#### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la mutuelle et fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,
- 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
- Informer la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans le mois qui suit la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
  - o 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,

#### Changement de garanties :

Pour changer de garantie, il faut être adhérent de la gamme Senior 100% nous depuis plus de 12 mois. Le changement pour une garantie supérieur est subordonné à un délai d'attente, qui court à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la date de réception de la demande de changement. Il est fixé à :

- o 3 mois pour les frais médicaux, paramédicaux et frais d'hospitalisation
- o 6 mois pour les garanties dentaire et optique

Tout changement de garantie implique un renouvellement du contrat pour une période de 12 mois.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles et l'intégralité de la cotisation annuelle est due, y compris en cas de résiliation en cours d'année. Toutefois, le paiement des cotisations s'effectue en 12 mensualités ou 4 trimestrialités. Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique. En cas de paiement par chèque, les cotisations sont payées trimestriellement d'avance.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion.

L'adhésion initiale prend effet à la date fixée dans le bulletin d'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite annuellement au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par reconduction tacite pour une période de 12 mois calendaires.

#### L'adhésion de l'assuré prend fin :

- le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties qu'il a souscrit, sous réserve de son adhésion à un nouveau régime de garanties,
- le jour du décès de l'assuré, dans ce cas la Mutuelle propose aux éventuels ayants droit de souscrire une adhésion. Ces personnes disposent d'un délai de 6 mois à compter du décès pour adhérer à la Mutuelle. L'adhésion répondant à ces critères prend effet à titre exceptionnel au jour du décès de l'assuré (la Mutuelle exigera tous les documents justificatifs nécessaires),
- le jour de son exclusion conformément aux statuts de la mutuelle
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de modification substantielle des conditions dans lequel le contrat a été conclu : changement de domicile, de situation matrimoniale, de situation professionnelle. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation et un mois après sa notification.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

#### Il est possible de mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- infra-annuellement : après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, en respectant un préavis d'un mois,
- en cas de modification de la situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis. La résiliation peut alors intervenir dans un délai d'un mois à compter de sa notification.
- en cas de révision des cotisations, en adressant à la mutuelle une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du règlement mutualiste, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par la mutuelle.