



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

Produit assuré par: Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit:

ZEN (niveaux Zen Hospi, Zen Éco, Zen, Zen Plus, Zen Extra) – Garanties Responsables à l'exception du niveau Zen hosp



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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.



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 systématiquement prévues aux niveaux Zen Éco, Zen, Zen Plus, Zen Extra

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites de médecins, examens médicaux, participation forfaitaire sur les actes lourds, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursée à 65% et 30% par l'AMO), prothèses, orthèses, glucomètre, protections pour l'incontinence.
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, transport, participation forfaitaire sur les actes lourds.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implantologie et parodontologie remboursés.
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Prévention, médecines alternatives** : praticiens non remboursés par l'AMO (ostéopathe, chiropracteur, podologue-pédicure...), pharmacie en automédication, produits d'homéopathie prescrits, prévention et dépistages.

Les garanties systématiquement prévues au niveau Zen Hospi

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, transport, chambre particulière sauf en psychiatrie, participation forfaitaire sur les actes lourds.

Les garanties optionnelles aux niveaux Zen Éco, Zen, Zen Plus, Zen Extra

En fonction du niveau de garantie, les postes suivants peuvent être assurés :

- Soins courants et prescriptions médicales** : pharmacie à service médical rendu (SMR) faible (remboursée à 15% par l'AMO).
- Hospitalisation et maternité** : chambre particulière, frais d'accompagnement.
- Optique** : chirurgie réfractive et implant oculaire posé dans le cadre de l'opération de la cataracte.

Les services systématiquement prévus aux niveaux Zen Éco, Zen, Zen Plus, Zen Extra

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires).
- ✓ Service d'analyse de devis.
- ✓ Téléconsultation médicale 7/7 24/24.
- ✓ Action sociale.

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.
- ✓ Garde des enfants, des ascendants dépendants en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation.
- ✓ Rapatriement médical en France, rapatriement de corps en France et à l'étranger.

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

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

Ce 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 (AMO). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables à l'exception du niveau Zen Hospi.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins non remboursés par l'AMO sauf indication contraire.
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de l'AMO 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 l'AMO.
- ✗ 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).



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

Principales exclusions

- ! 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.
- ! Les montants au-delà des prix limites de vente ou honoraires limites de facturation pour les soins et actes relevant du panier 100% santé.

Principales restrictions aux niveaux Zen Éco, Zen, Zen Plus, Zen Extra

- ! **Hospitalisation et maternité** : après 2 mois d'adhésion, chambre particulière sans limite en médecine/chirurgie/obstétrique et ambulatoire, limitée à 60 jours par an en convalescence et 30 jours par an en psychiatrie ; frais d'accompagnement limités à 21 jours par an (si prévus dans la garantie).
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, et à 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à leur visage.
- ! **Dentaire** : prise en charge limitée à 1 600 € par an pour les prothèses dentaires remboursées par l'AMO.
- ! **Aides auditives** : participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans à compter de la date de la dernière facturation et pour les appareils relevant du panier libre dans la limite de 1700 € par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO).
- ! **Médecines alternatives** : consultations diététicien et médecines alternatives entre 3 et 5 séances par an ; consultations podologue-pédicure limitées à 2 et 4 séances par an.

Principales restrictions au niveau Zen Hospi

- ! **Hospitalisation et maternité** : après 2 mois d'adhésion, chambre particulière sans limite en médecine/chirurgie/obstétrique et ambulatoire, limitée à 60 jours par an en convalescence et non prise en charge en psychiatrie.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Les soins engagés à l'étranger sont remboursés dans la limite du ticket modérateur à condition qu'ils soient pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la Mutuelle.
- 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.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle avant l'expiration du délai de prescription de 2 ans applicable à compter de la date de remboursement des soins de mon AMO.
- Informer la Mutuelle des événements suivants, dans les quinze jours qui suivent la connaissance que j'ai de l'un de ces événements : 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, bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, selon les modalités prévues au bulletin d'adhésion.

Les paiements peuvent être effectués annuellement par chèque ou être fractionnés mensuellement par prélèvement automatique.



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 bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus, qui commence à courir, s'agissant de l'adhésion à distance, à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion). S'agissant de l'adhésion à la suite d'un démarchage, le délai de 14 jours commence à courir à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin au contrat en notifiant ma démission à la Mutuelle par lettre, tout support durable, déclaration au siège ou chez le représentant de la Mutuelle, acte extra-judiciaire ou tout moyen de communication à distance susceptible d'être utilisé dans le cadre d'une adhésion.

- Chaque année, au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat, soit le 31 octobre au plus tard, pour une prise d'effet de la résiliation au 1^{er} janvier de l'année suivante.
- Dans un délai de 20 jours à compter de l'envoi de mon appel de cotisation, le délai de dénonciation courant à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié, pour une prise d'effet de la dénonciation à la date d'échéance du contrat ou, lorsque j'ai reçu mon appel de cotisation après la reconduction du contrat, le lendemain de la date de notification de la demande de démission.
- Dans un délai de 3 mois à compter de la survenance de l'évènement, en cas de modification de ma situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis, pour une prise d'effet de la dénonciation dans un délai d'un mois suivant sa notification.
- En cas d'adhésion au contrat collectif à adhésion obligatoire mis en place par mon employeur, en cas d'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS), pour une prise d'effet de la dénonciation à la date d'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire ou à la date d'ouverture des droits au dispositif de la Complémentaire Santé Solidaire.
- À tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, pour une prise d'effet de la résiliation un mois après la réception par la mutuelle de la notification de la démission.