



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

Assureur : ACHEEL • 128 rue La Boétie • 75008 Paris - SIREN 879605350 • SA au capital de 46 812,48 euros

• Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR, 4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris) Distribué par Meilleurlaux Santé (marque d'AFI Assurances société du groupe Meilleurlaux) –, 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry Courcouronnes Cedex – RCS Evry 404414583 - SAS au capital de 10.000 euros Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n°07 027 969 et régi par le Code des assurances

Produit : Meilleurlaux Optimum 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 complètes sur ce produit sont fournies dans les documents précontractuels et contractuels et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

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 remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation : Honoraires, Forfait journalier Hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ Dentaire : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ Optique : Équipements verres et montures de la Classe A – Panier 100% Santé, Monture et verre (équipement de la classe B), Lentilles de contact remboursées ou non par le RO – Régime Obligatoire.
- ✓ Soins courants : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Imagerie médicale, Analyses et examens de laboratoire.
- ✓ Pharmacie : Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO – Régime Obligatoire.
- ✓ Aides auditives : Équipements 100% Santé (Classe I – Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II, remboursées dans les conditions fixées dans le tableau de garantie.
- ✓ Prévention et Bien-être : Cure thermale prise en charge par le RO - Régime Obligatoire

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Assistance Mutuaide

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



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 ;
- × Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- × La chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale
- × Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf cas particuliers prévus à l'adhésion,
Cette liste n'est pas exhaustive.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits "responsables",
- ! La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ! Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et la franchise sur les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Chambre particulière : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours,
- ! Lit accompagnant non pris en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ! Forfait hospitalier : Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées,
- ! Optique : Renouvellement tous les deux ans pour les personnes de plus de 16 ans - Anticipé en cas d'évolution de la vue dans la limite de 100 € par monture,
- ! Aides auditives : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition,
- ! Hospitalisation : Délai d'attente en hospitalisation de 1 mois sur les remboursements au-delà du ticket modérateur hors hospitalisation consécutive à un accident.
- ! Médecine naturelle remboursement limité à un montant annuel forfaitaire selon la formule choisie
Cette liste n'est pas exhaustive.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, y compris Corse, hors DROM COM et hors Monaco
- ✓ Dans les pays où le Régime Obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention en cas de séjour en dehors de France métropolitaine de moins de TROIS (3) mois consécutifs.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON GARANTIE :

A la souscription du contrat

- Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, par questionnaire, lettre, proposition ou tout autre moyen.
- Fournir tous documents ou justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Déclarer dans les 15 jours toute circonstance nouvelle modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) aux dates indiquées au contrat.

Pour le versement des prestations

- Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents ou justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



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 de l'assuré.

Les paiements peuvent être effectués suivant les modalités prévues au contrat (prélèvement automatique, chèque, carte bancaire).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.

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).

Il 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.

La couverture prend fin :

- A la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- Au décès de l'Adhérent,
- A la date à laquelle l'ayant droit perd le statut de bénéficiaire.



Comment le contrat peut-il être résilié ?

- À la date d'échéance du contrat, en nous adressant votre demande sur tout support durable au moins deux mois avant cette date.
- À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation prend effet 1 mois après la réception de votre notification. Cette résiliation peut être réalisée par le nouvel assureur à votre demande.
- En cas de modification de votre situation ou celle de vos ayants droit ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas d'évolution des cotisations ou de modification du contrat dans le respect des conditions prévues aux articles 6-14 et 20 de la Notice d'information.