



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPID

Insurance Product Information Document

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information normalisé sur le produit d'assurance

Assureur : PREVOIR VIE – GROUPE PREVOIR, entreprise d'assurance immatriculée au RCS de PARIS sous le N° 343 286 344

Distributeur : MEILLEURTAUX SANTE, marque exploitée par AFI ASSURANCES immatriculée au registre de l'ORIAS sous le N° 07 027 969 en qualité de courtier en assurance

Gestionnaire : SG SANTE – AGEO immatriculée au registre de l'ORIAS sous le N° 15 001 350

Nom du Produit : Meilleurtaux Essentiel Santé Famille

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. Les garanties sont sous réserve d'acceptation médicale par l'assureur.

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

Ce produit s'assurance complémentaire santé a pour objet de garantir le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et / ou d'hospitalisation occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Les garanties du produit respectent les conditions légales des contrats responsables. Ce produit peut être éligible aux dispositions fiscales de la Loi N°94-126 du 11 février 1994 (dite « Loi 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 des garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge. L'âge limite d'adhésion au contrat est 55 ans.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : chirurgie, anesthésie, frais de séjour hospitalier, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgence, frais de transport, hospitalisation à domicile, Chambre particulière, lit d'accompagnement, téléphone, internet, télévision.
- ✓ **Médecine courante et pharmacie** : médecins spécialistes et généralistes, radiologie, imagerie, actes techniques médicaux, psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire, Analyse et examen de laboratoire, auxiliaire médicaux, médicaments prescrits remboursés.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% santé » et hors « 100% santé », lentilles prescrites remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% santé » et hors « 100% santé », prothèse dentaires, inlays-core et implantologie hors « 100% santé » remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillage auditif** : équipement « 100% santé » et hors « 100% santé ».
- ✓ **Prévention et bien être** : prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable.

LES SERVICES INCLUS

- **Assistance santé** (garantie souscrit auprès de MUTUAIDE SANTE immatriculée au RCS de CRETEIL sous le N° 383 974 086)
- **Tiers payant**
- **Décompte en ligne**
- **Bonus fidélité dès la 3^{ème} année**

Les garanties précédées d'une ✓ 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
- ✗ Les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.



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

Les exclusions spécifiques aux garanties sont détaillées dans la notice d'information du contrat.

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La contribution forfaitaire et la franchise médicale
- ! La majoration du ticket modérateur de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soin.
- ! Une part forfaitaire sur le dépassement d'honoraires des spécialistes consultés hors parcours de soin

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation et maternité** : pendant les 60 premiers jours suivants la date d'effet du contrat, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur (sauf en cas d'hospitalisation pour un accident)
- ! **Frais de séjour hospitaliers** : limités à hauteur de la garantie à 30 jours par bénéficiaire et par an en cas d'hospitalisation en milieu spécialisé. Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur.
- ! **Chambre particulière** : Durée limité à 30 jours par an
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement
- ! **Appareillage auditif** : prestations limitées à 1 équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'équipement



Où suis-je couvert ?

Les garanties ne bénéficient qu'aux seuls adhérents résident à titre principal en France. Les garanties remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et/ou d'hospitalisation de votre contrat s'exercent dans tous les pays à partir du moment où le Régime obligatoire français intervient.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie, vous devez :

Lors de l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire d'adhésion
- Fournir les documents justificatifs demandés.

En cours d'adhésion :

- Régler les cotisations selon la périodicité définie dans le contrat.
- Informer l'assureur de tout changement de situation

En cas de sinistre :

- Pour obtenir le règlement des prestations, fournir les décomptes originaux de votre régime obligatoire (an l'absence de télétransmission), les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant les dépenses engagées. Les demandes de remboursement sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement du soin par votre régime obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance en fonction de la périodicité choisie : annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. Elles sont prélevées sur le compte bancaire du payeur de cotisations.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion et les garanties prennent effet, après acceptation de l'assureur, à la date figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite chaque année à la date d'échéance principale par tacite reconduction, sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À tout moment, à l'expiration d'un délai de 1 an à compter de la première année d'adhésion
- Dans le délai d'un an à compter de la date d'adhésion :
 - o En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garanties
 - o Dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification de l'évolution tarifaire