



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

AÉSIO MUTUELLE - mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – Immatriculée sous le n° 775 627 391 dont

le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS

Produit – 3CAO TNS

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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 ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime obligatoire (A.M.O).

Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Ce produit entre dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et est susceptible d'ouvrir droit aux avantages fiscaux prévus par l'article 154 bis du Code Général des Impôts



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 et de transports, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences, participation assuré, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins médicaux courants** : consultations, visites médecins généralistes et spécialistes, examens médicaux, radiologies, participation assuré, analyses, auxiliaires médicaux, médicaments, matériel médical, transport
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), prestations sur verres et monture (prismes, filtres, adaptation de la prescription) lentilles remboursées ou non par l'AMO, chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO.
- ✓ **Dentaire** : soins, prothèses, orthodontie
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, accessoires, entretien, piles, réparations
- ✓ **Prévention - Bien être** : Pack bien-être dont diététicien, sevrage tabagique, pédicure-podologue...
- ✓

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Assistance

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Fonds d'action sociale : voir conditions dans le règlement interne de la commission action sociale
- ✓ Réseaux de soins à tarifs négociés (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)

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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajeunissement).
- ✗ 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.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O. sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches garanties.
- ✗ Les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, sauf précisions contraires dans les fiches « garanties ».
- ✗ 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 du contrat responsable :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et et la franchise sur 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 (selon le niveau de garantie) :

- ! **Hospitalisation** : Chambre particulière de 50€ à 100€
- Frais d'accompagnement** : 15 à 30€/jour limité à 10 jours par an
Pour les bénéficiaires hospitalisés de plus de 75 ans uniquement
- ! **Optique** : 1 monture et 2 verres tous les 2 ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus. 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Pack bien-être** : limité à 150€ par an et par bénéficiaire
- ! **Dentaire** : Plafond annuel



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année et payable d'avance
Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvement ou par chèque.
Le paiement des cotisations peut être fractionné au mois, au trimestre ou au semestre.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

- **A l'adhésion :**
 - Être affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français.
 - Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
 - Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
 - Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée.
- **En cours de contrat :**
 - Informer la mutuelle de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires.
 - Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le règlement mutualiste.
- **Pour le versement des prestations :**
 - Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
 - Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive.

La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'adhérent ou par l'association souscriptrice. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants-droit) ou cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

Lorsque la souscription du contrat a été réalisée intégralement à distance ou dans le cadre d'un démarchage, vous pouvez renoncer à la couverture dans un délai de 14 jours calendaires dans les conditions précisées aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- Chaque année, à échéance annuelle du contrat en envoyant la demande par lettre, tout autre support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre (soit au plus tard le 31 octobre).
- En cours d'année en envoyant la demande par lettre, tout autre support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.
- Dans le délai d'un mois suivant la remise de la nouvelle Notice d'information en cas de modification des garanties, droits et obligations.