



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

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 : Activ' Santé TNS

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 Activ' Santé TNS 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 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 et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, chambre particulière
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie
- ✓ **Frais optiques** : équipement 100% Santé (classe I) et équipement hors 100% Santé (classe II) lentilles de contact, Chirurgie réfractive de l'œil
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires panier de soins 100% Santé (classe I) et panier de soins hors 100% Santé (classe II)
- ✓ Orthodontie, implants dentaires pris en charge par l'AM
- ✓ **Audioprothèses équipement 100% Santé (classe I) et équipement hors 100% Santé (classe II)**
- ✓ **Appareillages** : prothèses et orthèses
- ✓ Addiction (tabac, alcool), Vaccins
- ✓ Prothèses liées à la chimiothérapie

LES GARANTIES OPTIONNELLES

En souscrivant à un niveau supérieur, vous pouvez bénéficier, en fonction du niveau choisi, des garanties suivantes : Frais d'accompagnant, prime de naissance, orthodontie et implantologie non pris en charges par l'AM, actes dentaires hors nomenclature, cure thermale prise en charge par l'AM, aide à la procréation, densitométrie osseuse, automédication, contraception, médecine douce

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
- ✓ Téléconsultation

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance santé
- ✓ Protection juridique médicale
- ✓ Téléconsultation

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 (antérieurs ou postérieurs)
- ✗ 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 dont les hospitalisations
- ✗ L'hospitalisation pour rééducation professionnelle
- ✗ L'hospitalisation 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

- ! **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.
- ! **Implants et prothèses** : forfait par dent, prise en charge limitée à 2000 ou 3500 euros par an en fonction de la garantie
- ! **Chambre particulière** : dans la limite de 30 jours par an
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement par période de 4 ans.



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, 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 :

- être âgé au moins de 18 ans et au plus 70 ans,
- être domicilié en France métropolitaine (hors départements de la Corse),
- bénéficiaire de la qualité de travailleur indépendant ou d'artisan ou de commerçant ou de gérant non-salarié d'une société ou exercer une profession libérale et relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat et fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle,

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 dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale

Informez la mutuelle des événements suivants, par lettre recommandée, dans le mois qui suit la connaissance qu'il a de l'un de ces événements : 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 et maternité,

Changement de garanties :

Pour changer de garantie, il faut en faire la demande avant le 31 décembre de l'année en cours pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante. L'adhérent ne peut procéder à un nouveau changement de garantie pendant une période de 2 ans à compter de la date d'effet du précédent changement de garantie.

En cours d'année, en cas de changement de situation de famille (mariage, concubinage, PACS, naissance, divorce, décès etc.). Ce changement prend effet au 1er jour du mois suivant cette demande de changement.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement d'avance. Les paiements sont effectués 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 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.

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,
- 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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de mettre fin au contrat :

A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, l'adhérent peut résilier le contrat sans frais ni pénalités. En cas de résiliation en vue de souscrire un contrat auprès d'un nouvel organisme, les formalités nécessaires à l'exercice de ce droit doivent être effectuées, pour le compte de l'adhérent par le nouvel assureur, lequel s'assurera ainsi de la permanence de la couverture. Cette résiliation prendrait effet un mois après que la mutuelle en aura reçu notification par le nouvel assureur