



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 : AVENIR MUTUELLE – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le n° 302 976 592

Produit : ZEN



Référence : 2021/1001/A

Ce document d'information non contractuel présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit ZEN. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. En particulier les montants des remboursements sont détaillés dans le tableau de garanties. Ils diffèrent selon le niveau de garantie souscrit.

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

Ce produit d'assurance est un contrat collectif à adhésion facultative assuré par Avenir Mutuelle. Il a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et de ses éventuels ayants droits en cas d'accident, de maladie ou de maternité après intervention de la Sécurité sociale. Ce contrat respecte le cahier des charges des contrats responsables. Il présente six (6) niveaux de garanties différents en fonction de vos exigences et besoins de couverture. Ce contrat est mis en place dans le cadre du dispositif dit « Loi Madelin » pour les Travailleurs Non-Salariés (TNS).



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont fonction du niveau de garanties choisi. En tout état de cause, ils ne peuvent dépasser le montant des frais réellement engagés. Ces informations figurent dans le tableau de garanties joint en annexe ainsi qu'au descriptif de garanties.

Garanties incluses dans le produit ZEN*

(* **excepté certains niveaux de garanties** - se reporter au tableau de garanties pour connaître les prestations incluses dans votre contrat)

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, Honoraires, Forfait hospitalier illimité, Transport, Chambre particulière*, Frais d'accompagnement*
- ✓ **Soins courants** : Honoraires, Actes de chirurgie (ADC), actes techniques médicaux (ATM), actes d'imagerie médicale (ADI), actes d'échographie (ADE)
- ✓ **Honoraires paramédicaux** : Analyses et examens de biologie médicale, Auxiliaires médicaux
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses du panier « 100% Santé », Paniers hors 100% Santé, Soins, Inlay Onlay, Consultations, Orthodontie
- ✓ **Optique** : Panier « 100% Santé » (Classe A), Panier hors 100% Santé (Classe B), Lentilles*, Chirurgie réfractive*
- ✓ **Aides auditives** : Panier 100% santé (Classe I), Panier hors 100% Santé (Classe II), Piles et autres accessoires et consommables remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Autres prestations**
 - Praticiens non remboursés par la Sécurité sociale : Ostéopathe, Chiropracteur, Diététicien, Nutritionniste, Psychologue, Sophrologue, Podologue...
 - Forfait naissance et adoption
 - Forfait annuel cure thermale*
- ✓ **PACK RENFORTS** (bonus fidélité prothèses auditives, orthodontie...)



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les prestations non prévues au tableau de garanties
- ✗ Les actes effectués antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties
- ✗ Les frais de soins déclarés après un délai de 2 ans suivant la date de survenance des soins pratiqués
- ✗ Les frais de soins engagés hors de France et non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie



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

Les principales restrictions liées au caractère responsable du contrat :

- ! La participation forfaitaire sur chaque consultation médicale et acte de biologie médicale
- ! Les franchises médicales appliquées sur les médicaments, les transports sanitaires et les actes paramédicaux
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins non-signataires des dispositifs OPTAM / OPTAM-CO
- ! Les minorations de remboursement en cas de non-respect du parcours de soins

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Chambre particulière (par an et par bénéficiaire)** : Limitée à 60 jours en médecine et chirurgie, à 30 jours en rééducation et convalescence et à 15 jours en psychiatrie
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement par périodes de deux ans, sauf cas particuliers (évolution de la vue, situation médicale particulière). La prise en charge de la monture est limitée à 30 euros (Classe A - 100% Santé) et à 100 euros en classe B.
- ! **Audioprothèse** : Prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par périodes de quatre ans suivant l'acquisition de l'aide.
- ! **Praticiens non remboursés SS** : Prise en charge dans la limite du forfait annuel (voir tableau de garanties).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger, sous réserve de l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.
- ✓ Concernant les soins à l'étranger, le remboursement s'effectue sur la base du régime obligatoire d'assurance maladie.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion

- Remettre à la mutuelle (ou son délégataire) le bulletin individuel d'adhésion complété et signé ainsi que les pièces justificatives demandées
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au bulletin individuel d'adhésion

Loi « Madelin »

- Si l'Adhérent souhaite adhérer à ce contrat dans le cadre de la loi « Madelin », il doit également joindre à sa demande d'adhésion une attestation de paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

En cours d'adhésion

- Fournir les justificatifs nécessaires au règlement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale
- Informer la mutuelle (ou son délégataire) par courrier (postal ou mail), et dans les (3) trois mois de leur survenance des événements suivants : changement d'état civil, d'adresse, de situation familiale (mariage, naissance, décès...)
- Régler la cotisation



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Le montant de la cotisation est annuel
- Le paiement est effectué par prélèvement automatique
- La cotisation est payable d'avance selon un fractionnement fixé au bulletin individuel d'adhésion



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est précisée au bulletin individuel d'adhésion
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an, à échéance du 31 décembre de l'année en cours
- Le contrat est renouvelé automatiquement à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- ✓ Vous pouvez mettre fin au contrat, dans les cas et conditions fixés au contrat :
- à sa date d'échéance principale
- à tout moment à l'issue d'un délai d'un an d'assurance
- en cas de modification du montant des cotisations