



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

Compagnie : MUTUELLE DE L'ILE DE LA CITE
Mutuelle soumise au livre II du Code de la Mutualité – FRANCE

Produit : EQUILIBRE +

Nous vous remettons ce document d'information sur le produit d'assurance conformément à la loi. Les informations contenues dans ce document sont relatives aux garanties et exclusions essentielles du contrat de même qu'aux mécanismes essentiels de fonctionnement de votre contrat. Ce document complète la notice d'information et votre certificat d'adhésion ainsi que le tableau de garanties **qu'il est impératif de lire et de maîtriser** pour connaître le montant des garanties qui vous sont personnellement consenties (dans votre certificat d'adhésion et le tableau de garanties), ainsi que le détail et le libellé complet et exact de toutes les garanties et exclusions de votre contrat (dans votre notice d'information).

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

Il s'agit d'un contrat d'assurance collective Complémentaire Santé à adhésion facultative souscrit par l'association UGIP – Union Générale Inter Professionnelle. Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation, en complément du Régime obligatoire de la sécurité sociale française (ci-après « RO »). Le contrat respecte les conditions légales des contrats responsables et répond à l'objectif « Reste à charge "0" ou RAC « 0 » de la réforme 100% santé.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Dans la limite des plafonds fixés par le tableau de garanties en fonction du niveau de garantie choisi et sous réserve des conditions prévues dans la notice d'information. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent excéder les frais réels engagés et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Soins courants** : consultations, téléconsultations et visites de médecins généralistes et spécialistes, actes techniques et de spécialité, radiologie, échographie et imagerie médicale, participation forfaitaire sur les actes supérieurs à 120€, auxiliaires médicaux, infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, phoniatres, analyses médicales et actes de biologie, frais de transport ou d'ambulance, pharmacies prises en charge par le RO, homéopathies prescrites et non remboursées par le RO, praticiens de santé non remboursés par le RO (ostéopathe, chiropraticien, diététicien, nutritionniste, psychologue, sophrologue, pédicurie).
- ✓ **Hospitalisation y compris à domicile** : frais de séjour en secteur conventionné ou non, forfait hospitalier journalier, honoraires de médecins, de chirurgiens et d'anesthésistes, chambre particulière en médecine et maternité, cure thermale acceptée par le RO.
- ✓ **Dentaire** : consultations, soins dentaires, orthodontie acceptée par le RO et prothèse dentaire, inlay-core ; implantologie, parodontologie et endodontie non remboursées par le RO.
- ✓ **Optique** : équipement complet (2 verres + monture) avec 2 verres simples, avec 2 verres complexes et/ou hyper complexes, avec au moins 1 verre complexe ou hyper complexe ; prestation d'appairage et d'adaptation.
- ✓ **Prothèses et appareillage** : grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, etc.), petit appareillage (orthopédie, semelles, collants de contention, prothèses mammaires et capillaires).
- ✓ **Aides auditives** : prothèses auditives ; consommables, piles et accessoires remboursés par le RO.

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Le tiers payant pour éviter de faire l'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé.
- ✓ L'assistance fournie par l'association UGIP.

Les garanties uniquement incluses dans les options 2, 3 et 4 :

- **Hospitalisation** : chambre particulière en rééducation, convalescence, repos ou psychiatrie, lit de l'accompagnant d'un enfant hospitalisé âgé de moins de 16 ans, forfait annuel cure thermale.
Chambre particulière : limités à 15 jours en établissement de psychiatrie et à 30 jours en rééducation, convalescence et établissement de repos, lit accompagnant suite hospitalisation enfant moins 16 ans.
- **Optique** : participation lentilles remboursées ou non par le RO, participation chirurgie réfractive de la myopie uniquement.
- **Forfait plus** : forfait naissance ou adoption, pullule contraceptive et vaccin non remboursé par le RO.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- * L'assuré principal n'ayant pas le statut de travailleur non salarié (TNS).
- * Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- * L'assuré principal qui a moins de 18 ans.
- * Les personnes qui ont plus de 89 ans à la date d'adhésion pour les options 1 et 2 ; plus de 80 ans à la date d'adhésion pour les options 3 et 4.
- * Les participations forfaitaires, franchises médicales, majorations et dépassements d'honoraires laissés à la charge de l'assuré par le Code de la Sécurité Sociale en matière de « contrats responsables ».



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

Les principales exclusions :

! Les frais ou hospitalisations engendrés par les accidents ou les maladies et leurs suites qui résultent :

- ! de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- ! de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- ! d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente.

Exclusions spécifiques à la nature de l'établissement ou du service :

- ! L'indemnisation relative aux frais engagés et/ ou hospitalisations pour le séjour dans les établissements ou services suivants :
 - ! héliomarins ou de thalassothérapie,
 - ! les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour,
 - ! de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes,
 - ! les séjours et frais relatifs aux établissements de post cure, les centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) ainsi que les centres d'accueil et d'Accompagnement à la Rééducation de Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD),
 - ! les frais ou séjours en établissements médico-sociaux ainsi que les Lits Halte Soins Santé (LHSS).

Exclusions spécifiques aux hospitalisations et traitements :

- ! Les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident,
- ! Tous frais non consécutifs à un accident facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,
- ! Les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites,
- ! Les prothèses dentaires provisoires non remboursées par le RO de l'assuré.

Les principales restrictions :

- ! **Hospitalisation toutes options** : délai d'attente de 3 mois, sauf en cas d'accident. Pour les options 2, 3 et 4, si hospitalisation lors des 3 premiers mois de souscription (hors accident), le remboursement s'effectuera sur la base de l'option 1, sauf si garanties antérieures équivalentes et dont la date de radiation est inférieure ou égale à trois mois.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ **France Métropolitaine et départements d'outre-mer** (Martinique, Guadeloupe, St Martin, St Barthélemy, Réunion, Guyane et Mayotte).
- ✓ **Monde entier** : lorsque le régime de base de l'assuré s'applique.



Quelles sont mes obligations ?

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

- **A l'adhésion du contrat** : répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions qui sont posées, fournir les justificatifs qui sont demandés et régler la cotisation (ou fraction de cotisation) mentionnée sur le certificat d'adhésion.
- **En cours d'adhésion** :
 - Payer les cotisations,
 - Informer UGIP Assurances (courtier délégataire de gestion) dans les 15 jours de leur connaissance de toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion, des changements ou cessations d'affiliation d'un des assurés à un RO, des changements de domicile ou fixations du domicile en dehors de la France Métropolitaine.
- **En cas de sinistre** :
 - Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
 - Faire parvenir les demandes de remboursement ou de prestation à UGIP Assurances dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de cessation des soins.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le paiement de la cotisation intervient à l'adhésion au contrat et chaque année à l'échéance.

Le règlement de votre cotisation est selon votre choix mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel. Il s'effectue par chèque ou par prélèvement bancaire payable d'avance à UGIP Assurances.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par vous, la Mutuelle ou le souscripteur du contrat dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation doit être demandée par courrier recommandé ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception et adressée à UGIP Assurances dans les cas et conditions prévus au contrat.

L'adhérent peut mettre fin à son contrat notamment :

- A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) d'adhésion moyennant un préavis de deux mois au moins,
- Puis à chaque échéance principale fixée au 1^{er} janvier moyennant un préavis de deux mois au moins,
- En cas de diminution du risque, à défaut d'une réduction conséquente de la prime, moyennant un préavis de 30 jours,
- Dans les trois mois suivant le changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, la retraite professionnelle ou la cessation définitive d'activité professionnelle de l'adhérent, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation DIRECTE avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle,
- En cas de majoration des cotisations dans le délai d'un mois à compter de la réception de cette information par l'assuré,
- En cas de modification apportée aux droits et obligations de l'assuré dans le délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information à l'adhérent.