



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

Produit assuré par : Mutuelle Générale des Cheminots (MGC), Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 775 678 550.

Produit :

MGC SANTÉ TNS (niveaux Hospi, Eco, 1, 2, 3, 4 et 5) – Garanties Responsables



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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Ce produit d'Assurance Complémentaire Santé 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 (AMO). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et il est éligible au dispositif de déductibilité fiscale des cotisations prévu par la loi dite « MADELIN », à l'exception du niveau HOSPI.



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 systématiquement prévues aux niveaux Éco à 5

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : consultations, visites de médecins, examens médicaux, participation forfaitaire sur les actes lourds, auxiliaires médicaux, pharmacie, prothèses, orthèses
- ✓ **Hospitalisation et maternité** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, honoraires (ticket modérateur), forfait patient urgences, participation forfaitaire sur les actes lourds
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implantologie, parodontologie
- ✓ **Aides auditives**
- ✓ **Prévention, médecines alternatives** : prévention, dépistages pharmacie en automédication, produits d'homéopathie prescrits

Les garanties systématiquement prévues au niveau Hospi

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, participation forfaitaire sur les actes lourds

Les garanties optionnelles aux niveaux Éco à 5

En fonction du niveau de garantie, les postes suivants peuvent être assurés :

- Soins courants et prescriptions médicales** : pharmacie en automédication
- Hospitalisation et maternité** : honoraires (dépassements), chambre particulière, frais d'accompagnement
- Optique** : chirurgie réfractive
- Dentaire** : prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par l'AMO
- Prévention, médecines alternatives** : praticiens non remboursés par l'AMO (diététicien, ostéopathe, chiropracteur, ...), vaccins non remboursés par l'AMO
- Allocations** : allocation naissance/adoption

Les services systématiquement prévus aux niveaux Éco à 5

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Téléconsultation médicale 7/7 24/24
- ✓ Action sociale

L'assistance systématiquement prévue

- ✓ Aide-ménagère en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation
- ✓ Garde des enfants, de l'aïdé en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation
- ✓ Soutien scolaire
- ✓ Venue ou transfert d'un proche en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins non remboursés par l'AMO sauf mention contraire
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de l'AMO en cas d'arrêt de travail
- ✗ 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.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO
- ✗ 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)
- ✗ Les soins résultant directement ou indirectement d'un fait intentionnel du bénéficiaire des garanties



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

Principales exclusions

- ! 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 aux niveaux Éco à 5

- ! **Hospitalisation et maternité** : après 1 mois d'adhésion, chambre particulière (si prévue dans la garantie) sans limite en médecine/chirurgie/obstétrique, 90 jours par an en convalescence et 30 jours par an en psychiatrie, frais d'accompagnement limités à 30 jours par an
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : pour la gamme « MGC Santé Indépendants », prise en charge des prothèses limitée entre 3 et 5 prothèses par an ; pour les autres gammes, prise en charge des prothèses limitée entre 2 500 € et 3 500 € par an, avec revalorisation à partir de la 3^e année
- ! **Médecines alternatives** : consultations diététicien et médecines alternatives limitées à 4 séances par an (si prévue dans la garantie)
- ! **Allocations naissance/adoption** : après 9 mois d'adhésion (si prévue dans la garantie)
- ! **Aides auditives** : participation limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans à compter de la date de la dernière facturation et pour les appareils relevant du panier libre dans la limite de 1700 euros par appareil (dont ticket modérateur et participation AMO)

Principales restrictions au niveau Hospi

- ! **Hospitalisation et maternité** : après 1 mois d'adhésion, chambre particulière sans limite de durée en médecine/chirurgie/obstétrique, 90 jours par an en convalescence et 30 jours par an en psychiatrie ; frais d'accompagnement limités à 30 jours par an



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Les soins engagés à l'étranger sont remboursés dans la limite du ticket modérateur à condition qu'ils soient pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par la Mutuelle ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ;
- Être à jour du paiement des cotisations à l'AMO.

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 mon AMO ;
- Informer la Mutuelle des événements suivants dans les quinze jours qui suivent la connaissance que j'ai de l'un de ces événements : 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, bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire, changement de statut professionnel.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, selon les modalités prévues au bulletin d'adhésion.

Les paiements peuvent être effectués annuellement par chèque ou être fractionnés mensuellement 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 bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, je dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.

La couverture prend fin en cas de perte de la qualité de Travailleur Non Salarié non agricole.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Je peux mettre fin à mon adhésion en notifiant ma démission à la Mutuelle par lettre, tout support durable, déclaration au siège ou chez le représentant de la Mutuelle, acte extra-judiciaire ou tout moyen de communication à distance utilisé pour l'adhésion :

- Chaque année, au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat, soit le 31 octobre au plus tard, pour une prise d'effet de la résiliation au 1^{er} janvier de l'année suivante ;
- Dans un délai de 1 mois à compter de la remise d'une notice rectificative, en cas de modification de mes droits et obligations pour une prise d'effet de la dénonciation dans un délai de 1 mois suivant sa notification ;
- Dans un délai de 3 mois à compter de la survenance de l'évènement, en cas de modification de ma situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis, pour une prise d'effet de la dénonciation dans un délai de 1 mois suivant sa notification ;
- À tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, pour une prise d'effet de la résiliation un mois après la réception par la Mutuelle de la notification de la résiliation ;
- En cas d'affiliation à titre obligatoire en qualité d'ayant à un contrat collectif de «frais de santé» d'attribution de la Complémentaire santé solidaire (CSS), pour une prise d'effet de la dénonciation à la date d'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire ou à la date d'ouverture des droits au dispositif de la Complémentaire santé solidaire.