



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPIID

Insurance Product Information Document

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie d'assurances : MILTIS - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.

Co-concepteur : AFI assurances – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 027 969 et régi par le Code des assurances

Garantie : LIBERTEO 100% SANTÉ

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 cette garantie 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 « Liberteo 100% Santé » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. **Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.**

Les garanties de base, prévues sur l'ensemble des niveaux, sont les suivantes :

- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, transport (hors cures thermales).
- ✓ **Soins courants :** Consultations médicales, actes d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie ; radiologue, imagerie, échographie, actes techniques médicaux ATM, laboratoires ; hospitalisation à domicile ; analyses, auxiliaires médicaux.
- ✓ **Pharmacie :** Médicaments et homéopathie pris en charge par le régime obligatoire.
- ✓ **Optique :** Équipement optique, lentilles prises en charge par le régime obligatoire, 100% santé optique.
- ✓ **Dentaire :** Soins dont inlays, onlays, scellement des sillons), prothèses dentaires, inlays-core, implantologie et orthodontie pris en charge par le régime de base, 100% Santé dentaire
- ✓ **Appareillage et prothèses médicales :** Prothèses et appareillage (autres que dentaires et audio).
- ✓ **Aides auditives :** Prothèses auditives, 100% Santé Prothèses auditives.
- ✓ **Prévention et bien-être :** Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire (honoraires, frais d'établissement, transport et hébergement), prise en charge de tous les actes de prévention prévus dans le contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006).

Les garanties complémentaires, prévues uniquement sur les niveaux 2 à 8, sont les suivantes :

- **Hospitalisation et maternité :** chambre particulière, lit d'accompagnement, confort hospitalier (tel, internet, télévision).
- **Pharmacie :** médicaments non pris en charge par le régime obligatoire (y compris vaccins et contraceptifs).



Qu'est-ce qui est assuré (suite) ?

Les garanties complémentaires, prévues sur les niveaux 2 et 8, sont les suivantes (suite) :

- **Optique :** Forfait annuel pour lentilles prescrites non prises en charge par le régime obligatoire ; chirurgie réfractive de l'œil (par an et œil).
- **Dentaire :** Implants ou orthodontie adulte non pris en charge par le régime obligatoire.
- **Appareillage et prothèses médicales :** Complément pour petit appareillage.
- **Prévention et bien-être :** médecine naturelle.

La garantie optionnelle, prévue sur les niveaux 2 à 8 uniquement, est la suivante :

- **Option éco :** réduction de cotisation contre une non-prise en charge d'un bloc indissociable de garanties souscrites (chambre particulière et médicaments prescrits non prise en charge par le régime obligatoire).

Les services prévus sur l'ensemble des niveaux sont les suivants :

- ✓ **Assistance accompagnement,**
- ✓ **Tiers payant,**
- ✓ **Télé médecine,**
- ✓ **Réseaux de soins,**
- ✓ **Décompte en ligne.**

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les établissements et services sociaux.
 - Dans les établissements médico-sociaux et médicopédagogiques.
 - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
 - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

AFI assurances

Société de courtage en assurances, régie par le Code des Assurances. N. ORIAS 07 027 969 - Siège social : 12, rue du Bois Guillaume 91055 Evry-Courcouronnes Cedex SAS au capital de 10 000€ - Société inscrite au registre du commerce d'Evry-Courcouronnes B404414583 - APE 6622Z

Miltis

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817 - Siège social : 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON



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

Les principales restrictions du contrat responsable sont les suivantes :

- ! 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.

Les principales restrictions sont les suivantes :

! Hospitalisation et maternité :

- Prise en charge limitée au ticket modérateur et au forfait hospitalier dans les 30 jours suivants la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- Forfait journalier hospitalier : exclusion en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Chambre particulière : limitée à 90 jours par an (hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique) ou 30 jours (séjours en soins de suite consécutifs à une hospitalisation) et exclue en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement pour personnes âgées, en établissement médicosociaux, établissement ne relevant des soins de suite et réadaptation, les séjours en milieu spécialisé, en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
- Lit d'accompagnement et confort hospitalier : prise en charge limitée à 15 jours par an.

! **Optique** : monture prise en charge à hauteur de 100€ et un équipement tous les deux ans (réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue), (hors classe A).

! **Dentaire** : plafonds de remboursement (hors soins) pour les niveaux 2 à 8.

! **Prévention et bien-être** : limité à 40€ par consultation de médecine naturelle.

! **Séjours à l'étranger** : prise en charge de soins à l'étranger à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française lors de séjours n'excédant pas trois mois par an.

! **Option Eco** : toute résiliation est définitive et empêche de souscrire à nouveau à la présente option.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Pour les frais engagés en France métropolitaine (pour les résidents à titre principal en France métropolitaine et Corse).
- ✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat l'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

• À la souscription du contrat

- Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
- Être affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cours de contrat

- Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans les 15 jours qui suivent la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement d'état civil ou perte de qualité d'ayant-droit, changement d'affiliation au régime obligatoire, changement de domicile ou départ de France pour plus d'un an, changement ou cessation de profession, changement du département de résidence, changement de compte bancaire débité, existence ou cessation de garanties similaires auprès d'un autre assureur.
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cas de sinistre : fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).

Le paiement peut être effectué par chèque (paiement annuel uniquement) ou prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet au siège d'AFI Assurances (gestionnaire du contrat).

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours selon les modalités de la vente à distance ou du démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour l'année d'adhésion en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale du mois sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut résilier son adhésion en utilisant tout support énuméré à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, adressé au siège de AFI Assurances, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY Cedex.

- A la date d'échéance principale du contrat, au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.

AFI assurances

Société de courtage en assurances, régie par le Code des Assurances. N. ORIAS 07 027 969 - Siège social : 12, rue du Bois Guillaume 91055 Evry-Courcouronnes Cedex SAS au capital de 10 000€ - Société inscrite au registre du commerce d'Evry-Courcouronnes B404414583 - APE 6622Z

Miltis

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817 - Siège social : 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON