



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPIID

Insurance Product Information Document

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Assurance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : PRÉVOIR VIE – GROUPE PREVOIR, entreprise immatriculée en France et régie par le Code des assurances

Distributeur et Gestionnaire : COVERLIFE, au travers de sa marque Cocoon Assurance

Assisteur : FRAGONARD ASSURANCES, entreprise immatriculée en France et régie par le Code des assurances, accorde la garantie Cocoon Assistance (branche 18 de l'article R. 321-1 du Code des assurances)

Produit : Cocoon Assurance Santé - Numéro de contrat : CVLSID Numéro contrat Assistance : 922623

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 a pour principal objet le remboursement de tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires, après remboursement du Régime obligatoire d'Assurance maladie, comporte 3 formules. Il inclut des prestations d'assistance. L'adhésion est ouverte aux personnes affiliées à un Régime obligatoire français d'Assurance maladie (régime général ou régime local Alsace Moselle). Ce produit s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants de prestations varient en fonction du type de soins et du niveau de garantie choisi par l'assuré. Ils sont détaillés dans le tableau de garanties figurant dans la notice d'information. Les remboursements sont effectués dans la limite des dépenses réellement engagées et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Hospitalisation : frais de séjour conventionné, honoraires, forfait hospitalier, transport du malade
- ✓ Frais dentaires : soins et prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie, implantologie, parodontologie
- ✓ Aide auditive : prothèses auditives, accessoires et frais d'entretiens
- ✓ Frais optiques : lunettes (montures et verres), lentilles remboursées ou non remboursées par le Régime obligatoire, Forfait vision
- ✓ Soins courants :
 - Pharmacie : médicaments remboursés par le Régime obligatoire
 - Matériel médical : prothèses orthopédiques et autres prothèses
 - Honoraires et soins médicaux courants (Dptam / hors Dptam) : consultations et visites des généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie), radiologie, échographie, imagerie médicales, auxiliaires médicaux
 - Analyses et examens laboratoire
- ✓ Confort et Prévention : Actes de prévention et cures thermales remboursés par le Régime obligatoire, sevrage tabagique, vaccins prescrits non remboursés, Booster Santé (ostéopathie, réflexologie ...)
- ✓ Services : réseau de soins Santéclair, actes de prévention remboursés par le Régime obligatoire
- ✓ Télétransmission des décomptes
- ✓ Tiers payant

PRESTATIONS D'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ Assistance en cas d'Hospitalisation supérieure à 3 jours ou en ambulatoire : enveloppe de services et aides à domicile
- ✓ Assistance en cas de maladie redoutée (ALD) : enveloppe de services et aides à domicile
- ✓ Les plafonds et modalités d'exécution des garanties d'assistance sont détaillés dans la notice d'information

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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale 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 la Sécurité sociale
- ✗ 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)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS - Ne sont pas couverts par le contrat au titre de :

La complémentaire santé

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux
- ! 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

L'assistance

- ! Le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du bénéficiaire
- ! Les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou en cours de traitement)
- ! Le fait intentionnel
- ! Les phobies scolaires

PRINCIPALES RESTRICTIONS - Au titre de :

La complémentaire santé

- ! Chambre particulière (en hospitalisation) : la prise en charge varie entre 40 € et 60 € par jour, avec une limitation de 30 jours par an.
- ! **Frais d'accompagnant** : varie entre 0 € et 20 € par jours avec une limitation de 30 jours par an
- ! **Dentaire** : Prise en charge des soins varie entre 2 000 € et 3 000 € par an et par bénéficiaire.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement optique tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Médecine douce** (Booster Santé) : varie de 30 € à 50 € par séance limitée à 5 par an et par bénéficiaire.

L'assistance

Les enveloppes forfaitaires :

- ! 350 € TTC en cas d'hospitalisation supérieure à 3 jours
- ! 150 € TTC en cas d'hospitalisation ambulatoire
- ! 700 € TTC en cas d'Affection de Longue Durée



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger dans la mesure où les dépenses de santé ont fait l'objet d'un remboursement préalable d'un Régime obligatoire d'Assurance maladie français et que les séjours en-dehors de France ne dépassent pas 2 mois par an en une ou plusieurs périodes.
- ✓ Les prestations d'assistance sont accordées uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine.



Quelles sont mes obligations ?

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

Lors de l'adhésion au contrat :

- Compléter avec exactitude le formulaire ou la demande d'adhésion,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat (ou adhésion) :

- Déclarer les événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours suivant leur connaissance (ces événements sont susceptibles d'entraîner une modification de la cotisation) :
 - Changement de situation : changement d'adresse, changement d'état civil, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des Régimes obligatoires français d'Assurance maladie, changement de compte bancaire,
 - Changement de profession : dans ce cas, fournir les justificatifs nécessaires à la prise en compte de la modification.

En cas de sinistre :

- Pour le règlement des prestations, fournir les décomptes originaux du Régime obligatoire (en l'absence de télétransmission), les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant des dépenses engagées, dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par le Régime obligatoire).



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement à la date indiquée dans le certificat d'adhésion.

Le paiement est accepté uniquement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation. L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion. Elle est conclue pour une durée d'un an et se reconduit automatiquement sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

A l'issue de cette première Année d'adhésion, l'Adhérent a la possibilité d'y mettre fin en procédant à sa résiliation moyennant un préavis de deux (2) mois.

Elle se renouvelle ensuite chaque année par tacite reconduction à la date d'échéance sauf résiliation notifiée par l'une des parties moyennant le respect d'un délai de préavis de deux (2) mois.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion au contrat soit en envoyant une lettre recommandée, soit en effectuant une déclaration faite contre récépissé, soit par acte d'huissier.

L'adhésion peut être résiliée :

- A l'issue de cette première Année d'adhésion, l'Adhérent a la possibilité d'y mettre fin en procédant à sa résiliation moyennant un préavis de deux (2) mois,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- Dans les 30 jours qui suivent l'envoi de la notification de l'évolution tarifaire,
- Dans le cas où l'adhérent est tenu de s'affilier, à titre professionnel, à un contrat d'assurance à adhésion obligatoire offrant des garanties de remboursement complémentaire santé.