



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

IPID

Insurance Product Information Document

Comparez les offres

www.mongustave.fr

Assurance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : PRÉVOIR VIE – GROUPE PRÉVOIR, 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 CLVSIDB 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 qui figure dans la notice d'information.

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. Il comporte 3 formules de garanties et inclut des prestations d'assistance.

L'adhésion au contrat est ouverte à toutes personnes affiliées à un Régime obligatoire d'assurance maladie ayant moins de 80 ans. Ce produit s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du type de soins et de la formule de garanties choisie par l'assuré. Les remboursements sont effectués dans la limite des dépenses réellement engagées et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Hospitalisation : frais de séjour conventionné, honoraires, forfait journalier 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 cure thermales remboursés par le Régime Obligatoire, sevrage tabagique, vaccins prescrits non remboursés, Booster Santé (ostéopathie, réflexologie ...)
- ✓ Services : réseau de soins Santéclair, protection juridique
- ✓ Télétransmission des décomptes
- ✓ Tiers payants

PRESTATIONS D'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ 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 exclusions et limites des prestations d'assistance sont détaillées dans la convention Cocoon Assistance ref 922623.

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 Etablissements d'Hébergement pour les Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés.
- ! 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

- ! **Chambre particulière (en hospitalisation)** : la prise en charge varie entre 30 € et 55 € par jour, avec une limitation de 30j/an.
- ! **Frais d'accompagnant** : varie entre 0€ et 20€/ jours avec une limitation de 30j/an
- ! **Dentaire** : le plafond de remboursement par an et par bénéficiaire varie entre 1000€ et 1500€.
- ! **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 0€ à 50€ par séance limitée à 3 séances/an et par bénéficiaire.



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 d'adhésion :

- Déclarer les événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements 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 obtenir le règlement des prestations, fournir les décomptes originaux de votre régime obligatoire (en l'absence de télétransmission), les originaux des notes d'honoraires ou des factures acquittées justifiant des dépenses engagées. Les demandes de remboursement sont à adresser dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance mensuellement, à la date indiquée sur 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 sur le au Certificat d'adhésion sous réserve du paiement de la 1ere cotisation.

Elle est conclue pour une durée d'un an et se reconduit automatiquement sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

A l'issue de la 1ere année d'adhésion, l'Adhérent a la possibilité d'y mettre fin à tout moment en procédant à sa résiliation. La résiliation prend effet un mois après que l'Assureur en ait reçu notification par l'assuré, par lettre ou tout autre support durable.

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



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité.
- Dans le délai d'un an à compter de la date d'adhésion :
 - 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.