



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 d'assurance : Réunion des Mutuelles d'Assurances Régionales (REMA), société d'assurance à forme mutuelle inscrite au RCS sous le n° 775 626 377 - Agrément n°4030351.

Déléataire de gestion / Distributeur : ECA ASSURANCES, courtier d'assurances immatriculé à l'Orias sous le n° 07 002 344.

Assistance : FILASSISTANCE INTERNATIONAL, société anonyme régie par le Code des assurances, inscrite au RCS sous le n° 433 012 689.



Produit : **Capital Senior**

REF : IPID.Capital-senior.062021

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 ce produit 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 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, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale ou chirurgicale** : frais de séjour et honoraires conventionnés et non conventionnés, forfait hospitalier, hospitalisation à domicile, transport, chambre particulière, frais de location TV
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles, matériel amblyopie.
- ✓ **Honoraires et soins médicaux courants (Dptam*/hors Dptam)** : consultations et visites des généralistes ou spécialistes, consultations de psychiatrie et de neuropsychiatrie, actes techniques médicaux, actes de spécialistes (dont ostéodensitométrie), radiologie, échographie, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales.
- ✓ **Appareillage et prothèses non dentaire** : prothèse orthopédiques et auditives, petit et gros appareillage, accessoires, pansements, prothèses mammaires et capillaires
- ✓ **Autres** : cures thermales, actes de prévention, soins à l'étranger.
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par le Régime Obligatoire. Médicaments à service médical rendu majeur ou important et remboursés à hauteur de 65 % par le régime obligatoire

GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière,
Implantologie/prophylaxie/endodontie/parodontologie,
Lentilles non remboursées par le Régime Obligatoire,
Chirurgie optique réfractive,
Médecine complémentaire,
Lit accompagnant,
Bonus dentaire : prothèse dentaire ou orthodontie non remboursées par le Régime obligatoire.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Recherche d'un médecin,
- ✓ Organisation des soins à domicile,
- ✓ Transfert et garde des animaux,
- ✓ Téléassistance médicalisée,
- ✓ Information santé d'ordre général,
- ✓ Garde des enfants de moins de 16 ans,
- ✓ Acheminement de médicaments,
- ✓ Avance de fonds en cas de décès.

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

*DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.



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 DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur 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

- ! **Chambre particulière** : le remboursement varie entre 30 € et 100 €..
- ! **Frais dentaires** :
 - Prise en charge plafonnée entre 500 € et 700 € pour la première et deuxième année, selon les formules.
 - Prise en charge plafonnée entre 1 000 € et 1 400 € pour la troisième année selon les formules.
- ! **Frais de location TV** : le remboursement est limité à 5 € et 15 jours par an.
- ! **Médecine complémentaire** : le remboursement varie entre 60 € et 120 € dans la limite de 30 € par séance.
- ! **Frais optiques** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Pharmacie** : les médicaments à service médical rendu modéré et à service médical faible respectivement remboursés à hauteur de 30% et 15% par le régime obligatoire.



Où suis-je couvert(e) ?

En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.

Dans les cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension, de déchéance ou de nullité du contrat d'assurance ou des garanties.

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par délégataire de gestion,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par délégataire de gestion,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursements au délégataire de gestion dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Régime Obligatoire,
- Informer le délégataire de gestion des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements,
- 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, l'assuré doit fournir au délégataire de gestion les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel).

Le mensuel est accepté uniquement par prélèvement.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré 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 fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A l'expiration d'un délai d'un an, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois ; puis, ce délai d'un an passé, à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- A tout moment, après un an d'adhésion. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation. Les cotisations sont dues jusqu'à la date effective de la résiliation de l'adhésion.
- En cas de modification du tarif décidée en fonction de l'évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs formules ou sur une catégorie de risques ou de garanties, et ce dans les 30 jours suivant la date de notification de cette modification.
- En cas de modification du contrat par l'Assureur, dans le cadre la mise en conformité des contrats responsables et dans les conditions prévues à l'article L 112-3 du code des assurances.
- Dans tous les cas, votre demande doit nous parvenir par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique ou tout autre moyen prévu à l'article L 113-14 du code des assurances.