



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 : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Distributeur et co-concepteur : **Meilleurtaux Santé (AFI ASSURANCES)** - SAS - RCS B 404 414 583 - Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 027 969 dont le siège social est situé au 12 rue du Bois Guillaume - 91000 ÉVRY COURCOURONNES
Produit : RELAXEO 2

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 ?

Le contrat RELAXEO 2 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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.



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. Certaines prestations évoluent sous la forme de bonus fidélité à partir de la 3^{ème} année d'assurance

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Hospitalisation et maternité :

✓ Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, lit accompagnant.

Frais dentaires :

✓ Soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses remboursés par la Sécurité Sociale

Frais optique :

✓ Lunettes (monture et verres), lentilles (remboursées ou non par la Sécurité Sociale).

Soins courants - Pharmacie - Bien-être :

✓ Honoraires, hospitalisation à domicile, honoraires paramédicaux, laboratoires, pharmacie, matériel médical (prothèses orthopédiques, mammaires, capillaires et autres prothèses remboursées par la Sécurité Sociale, fournitures et accessoires remboursés par la Sécurité sociale), cures thermales, médecines douces non remboursées par la Sécurité Sociale, actes de prévention non remboursés par la Sécurité Sociale (au choix de l'assuré).

Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale.

Aides Auditives :

✓ Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale ;

Garanties accessoires

✓ Assistance accompagnement ;
✓ Télémedecine ;

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ **Service Tiers Payant**

✓ **Prise en charge hospitalière, optique, dentaire via le réseau de professionnel de santé**

✓ **Espace personnel client**



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ☒ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ☒ Les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins. La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.

! 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

! Hospitalisation :

Prestation limitée au Ticket modérateur pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet du contrat et à 30 jours /an en cas d'hospitalisation en maison de convalescence et de soins de suite et de rééducation dans la mesure où elle intervient dans la continuité d'une hospitalisation garantie.

Forfait journalier hospitalier : exclusion en gériatrie, unités de soins de longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées. Chambre particulière :

- ✓ limitée à 30 jours/an et par assuré en hospitalisation médicale et chirurgicale.
- ✓ Limitée à 30 jours/an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle suite à une hospitalisation,
- ✓ Non garantie lors d'une hospitalisation en ambulatoire et les séjours en secteurs de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique et gériatrie.

! **Frais optiques** : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Monture prise en charge à hauteur de 100,00 €

! **Dentaire** : Plafonds de remboursement y compris les prestations en 100% santé (hors soins) pour les niveaux 2 à 6

Non exhaustif. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle



Où suis-je couvert ?

- ✓ 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 nullité de l'adhésion ou de non garantie

Lors de l'adhésion :

- Remplir avec exactitude la proposition d'assurance fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Remplir les conditions d'adhésion

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé)
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
 - Changement de situation : adresse ou fixation hors de France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) possible sans frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel) ou par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet de l'adhésion au contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- L'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant de l'adhésion.
- L'adhésion est conclue 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 mon contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- 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.
- À tout moment, après un an d'adhésion. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation.
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.

Dans tous les cas, votre demande doit parvenir au siège de Meilleurtaux Santé, 12 rue du bois Guillaume, 91055 EVRY CEDEX, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à resiliationsante@meilleurtaux.com ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.