

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 ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (A.M.O.). A l'exception du Niveau Hospitalisation, le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Cette information est précisée dans la documentation précontractuelle et contractuelle.



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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, actes et soins, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient urgences
- ✓ **Soins courants** : transport
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention pris en charge dans le cadre des contrats responsables

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement, fécondation in vitro non remboursée par l'A.M.O.

Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, psychologues adhérents au dispositif MonSoutienPsy, analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et de chirurgie, médicaments à service médical rendu important, modéré ou faible, orthopédie, accessoires, appareillage, produits, prothèses capillaires et mammaires

Soins, actes et consultations (dentaire), prothèses dentaires, inlay onlay, inlay core, orthodontie, actes dentaires non remboursés par l'A.M.O. (implantologie, parodontologie, prothèses)

Lunettes (monture et verres), lentilles, chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O., prestations d'appairage, filtres, prismes et adaptation de la prescription

Aides auditives, accessoires, entretien, piles, réparations, implants cochléaires

Cures thermales prescrites remboursées par l'A.M.O. et forfait hébergement et transport, médecines complémentaires, pharmacie non remboursée par l'A.M.O., équipement asthme, allergies et aides respiratoires.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Consultation médicale à distance
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Deuxième avis médical
- ✓ Prévaésio
- ✓ Fonds de Solidarité AÉSIO mutuelle

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Des services pratiques en cas de coups dur ou d'aléas de santé.

Les *garanties précédées d'une ✓* 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 traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie.
- ✗ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnels.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'A.M.O. sauf ceux expressément mentionnés dans les tableaux de garanties.
- ✗ Les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, sauf précisions contraires dans les tableaux de garanties.



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

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins pour les contrats responsables.
- ! 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 (Si prévu dans la garantie)

- ! **Délai de carence** : Les droits aux prestations sont ouverts, pour le niveau de garantie non-responsable (Hospitalisation), après l'application d'un délai de carence de 1 mois.
- ! **Hospitalisation** : Chambre particulière illimitée en médecine, chirurgie, obstétrique. Dans la limite de 30 jours par année civile en soins médicaux et de réadaptation (dont centre de rééducation fonctionnelle), maisons d'enfants à caractère sanitaire, psychiatrie.
- ! **Soins pratiqués en dehors du parcours de soin** : Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins peuvent être pris en charge après déduction d'une franchise dont le montant dépend de l'acte.
- ! **Optique** : 1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes de 16 ans et plus. 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.
- ! **Aides auditives** : Limité à une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.
- ! **Dentaire** : Plafond (si prévu dans la garantie) par année civile et par bénéficiaire. Ce plafond s'applique aux remboursements de l'A.M.C. pour les prothèses dentaires et l'inlay core remboursés par l'A.M.O., hors ticket modérateur. Une fois ce plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le 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 au titre des "soins à l'étranger".



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion et notamment la photocopie des attestations de droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Signaler à la Mutuelle tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale.
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat.
- En cas de modification de garantie, faire la demande au plus tard le 31 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de chaque année.

Pour le versement des prestations :

- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins
- Fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel, Semestriel, Annuel). Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour le paiement par prélèvement automatique. Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire et prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive. La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année. La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), ou à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant la réception de la demande de résiliation infra-annuelle par la mutuelle (hors radiation des ayants droit) ou cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations. La couverture cesse à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies. Lorsque la souscription du contrat a été réalisée intégralement à distance, vous pouvez renoncer à la couverture dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des documents contractuels.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre, tout autre support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre (soit au plus tard le 31 octobre). Il peut également être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie. Lorsque l'avis d'échéance annuel des cotisations vous est envoyé après le 15 octobre, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour demander la résiliation de votre adhésion. Lorsque ce droit à résiliation n'est pas porté à votre connaissance sur l'avis d'échéance annuel, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion, par lettre, tout autre support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, à tout moment à compter de la date de renouvellement du contrat. Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation obligatoire à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre accompagnée de l'attestation de l'employeur.