

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.). 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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, actes et soins, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention remboursés par l'A.M.O., cures thermales prescrites remboursées par l'A.M.O., médecines complémentaires
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations, inlay-onlay, orthodontie, prothèses dentaires et inlay core remboursés par l'A.M.O.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par l'A.M.O., prestations d'appairage, filtres, prismes et adaptation de la prescription
- ✓ **Soins courants** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et de chirurgie, médicaments à service médical rendu important ou modéré, orthopédie, accessoires, appareillage, produits, transport **Aides auditives** accessoires, entretien, piles, réparations, implants cochléaires.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement
Pharmacie prescrite non remboursée par l'A.M.O. et automédication, actes de prévention non remboursés par l'A.M.O.
Actes dentaires non remboursés par l'A.M.O. (Implantologie, parodontologie, prothèses et autres actes dentaires)
Lentilles non remboursées par l'A.M.O., chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.
Médicaments à service médical rendu faible
Forfait pour l'achat d'un glucomètre ou d'un autotensionnètre (connecté ou non acheté en pharmacie)

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ MEDECINDIRECT : Consultation médicale à distance
- ✓ Réseaux de soins
- ✓ Ateliers prévention santé
- ✓ Repérages santé
- ✓ Fonds d'action sociale

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 indemnités versées en complément de l'A.M.O. en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le remboursement des dépenses de soins pour les personnes résidant à l'étranger non couvertes par l'A.M.O.
- ✗ 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).
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'A.M.O.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ instaurée sur les actes médicaux.
- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins pour les contrats responsables.
- ! Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins.
- ! Les remboursements qui découlent d'un événement caractérisant un cas de force majeure.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière (si prévue dans la garantie) limitée à 90 jours par an en soins de suite et de réadaptation portée à 180 jours en centre agréé de rééducation fonctionnelle, limitée à 90 jours par an en psychiatrie et en maisons d'enfants à caractère sanitaire.
- ! **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.
- ! **Dentaire** : Plafond (si prévu dans la garantie) par an et par bénéficiaire. Ce plafond s'applique aux remboursements de l'Assurance Maladie Complémentaire pour les prothèses dentaires et l'inlay core remboursés par l'A.M.O., hors ticket si souscrit. Une fois ce plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge.
- ! **Aides auditives** : Limité à une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), AÉSIO mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime d'Assurance Maladie Obligatoire français au titre des "soins à l'étranger".



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion :

- Avoir moins de 72 ans à 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.
- 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.
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat.
- Signaler à la Mutuelle tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale.
- 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 (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour le paiement par prélèvements automatiques. Les paiements peuvent être effectués par chèque, prélèvement automatique ou en ligne (sous certaines conditions). Le paiement en espèces est autorisé uniquement sous la forme de mandat compte.



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 1er 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 recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. 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 (Résiliation infra-annuelle). 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 recommandée, 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 recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.