Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (D.I.P.A)
Aésio mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n°775 627 391
Produit - Aésio Santé Pro

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 exerçant une activité indépendante et des éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Le produit entre dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et est susceptible d'ouvrir droit aux avantages fiscaux prévus par l'article 154 bis du Code Général des Impôts.

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 urgence, chambre particulière avec nuitée en chirurgie, médecine, obstétrique, la chambre particulière en ambulatoire.
- ✓ **Soins courants :** 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, participation du patient, médicaments à Service Médical Rendu important, modéré ou faible, matériel médical, transport.
- ✓ **Dentaire :** soins, actes et consultations, inlay/onlay, orthodontie et prothèses dentaires remboursées par l'AMO.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, accessoires, entretien, piles, réparations.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture + verres), autres prestations sur verres et montures, lentilles remboursées par l'AMO.
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention, forfait vivre mieux pathologies lourdes, cures thermales (honoraires médicaux de surveillance, soins thermaux).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- **Hospitalisation** : chambre particulière en Soins Médicaux et de Réadaptation, en maison d'enfants à caractère sanitaire, en psychiatrie, frais d'accompagnement, prime de naissance et d'adoption.
- **Dentaire** : prothèses, orthodontie, implantologie, parodontologie et autres actes dentaires non remboursés par l'AMO.
- **Optique** : lentilles non remboursées par l'AMO, chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO.
- **Prévention – Bien-être** : pharmacie non remboursée par l'AMO, équipement asthme, allergies et aides respiratoires, forfait activité physique, médecines complémentaires, cures thermales (forfait hébergement et transport).

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Consultation médicale à distance
- ✓ Deuxième avis médical
- ✓ Réseau de soins
- ✓ Espace adhérent
- ✓ Offre de prévention d'Aésio mutuelle : Prévaésio
- ✓ Fonds de solidarité Aésio mutuelle

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Des services spécifiques aux professionnels indépendants pratiques en cas de coups durs ou d'aléas

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 actes non pris en charge par l'AMO, sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau de garanties. Les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'AMO s'ils ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties
- ✗ Les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, non pris en charge par l'AMO.
- ✗ 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, psycho pédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées – MAS).
- ✗ Pour la garantie « Forfait Activité Physique » sont exclus de ce forfait la pratique des sports reconnus comme extrêmes ou réputés dangereux et les sports relatifs à la chasse ou au tir.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS du contrat responsable

- ! La participation forfaitaire de 2€ et les franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et la franchise sur 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 (selon le niveau de garantie)

- ! **Hospitalisation** : Chambre particulière avec nuitée : soins médicaux et de réadaptation (dont centre de rééducation fonctionnelle), maison d'enfants à caractère sanitaire, psychiatrie : limite de 75 jours par année civile. Sur présentation de la facture nominative acquittée. Frais d'accompagnement : prise en charge limitée à 30 jours par année d'adhésion.
- ! **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 ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Prévention – Bien-être** : Forfait valable jusqu'au 31/12 de la 3ème année civile suivant le 1er achat, puis renouvelable par période de 4 ans au 1er janvier, par bénéficiaire dans la limite des dépenses engagées.
- ! Délai de carence : pour forfait « Vivre mieux - pathologies lourdes » il sera appliqué un délai de carence de 90 jours à compter de l'adhésion.

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 de l'AMO française, quelle que soit la dépense engagée.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

A l'adhésion :

- Remplir les conditions cumulatives suivantes : exercer une activité non salariée ou conjoint collaborateur, relever de l'Assurance Maladie Obligatoire française, être à jour du paiement des cotisations dues au titre de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance vieillesse et le justifier, être membre de l'association souscriptrice de la garantie,
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle et fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion ;

En cours de contrat :

- Signaler à la Mutuelle tout changement concernant l'état civil, le domicile, le statut professionnel ou la situation familiale du membre participant et de ses ayants droits ;
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat ;

En cas de sinistre :

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

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance 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 prélèvement automatique.
Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire ou par 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 1er janvier de chaque année.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'adhérent ou par l'association souscriptrice. 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 lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

En cas de contrat conclu à distance, le membre participant peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours calendaires, qui commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris l'effet, ou à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion (si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion).

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut résilier son adhésion :

- A 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.
- Dans le délai d'un mois suivant la remise de la nouvelle notice d'information en cas de modification des droits et obligations
- En cas de couverture dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire (attestation à fournir). La demande de résiliation doit-être faite dans les trois (3) mois suivant la mise en place de cette couverture obligatoire. La résiliation prend effet au 1er jour du mois qui suit la demande.