

SMATFLEX 100	SMATFLEX 150	SMATFLEX 200	SMATFLEX 250	SMATFLEX 350
RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)

Date d'effet : 01/03/2022

HOSPITALISATION**

HONORAIRES

Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (DPTAM)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux, y compris actes médicaux (non DPTAM)	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier illimité (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
---	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

AUTRES PRESTATIONS

Frais de séjour en établissements conventionnés (y compris hospitalisation à domicile)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre particulière (par jour), hors ambulatoire (2)	-	45 €	55 €	60 €	80 €
Chambre particulière en ambulatoire (par jour)	-	35 €	45 €	50 €	70 €
Frais d'accompagnant (hors cure)	-	15€/ jour limité à 150€/ an	15€/ jour limité à 150€/ an	15€/ jour limité à 150€/ an	15€/ jour limité à 150€/ an

SOINS COURANTS

TÉLÉCONSULTATION

Consultation de médecine générale par téléphone, 24h/24, 7j/7, partout dans le monde, n° de tel sans surcoût depuis la France au 36 33 et un programme de prévention digital My Easy Santé aide l'assuré à préserver et améliorer sa santé au quotidien.	CF. NOTICES	CF. NOTICES	CF. NOTICES	CF. NOTICES	CF. NOTICES
--	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

HONORAIRES MÉDICAUX

Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes (DPTAM)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR	350 % BR
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes (non DPTAM)	100 % BR	130 % BR	160 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (DPTAM)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Actes de radiologie, d'imagerie médicale, d'échographie (non DPTAM)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	130 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (DPTAM)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR
Actes techniques médicaux et chirurgicaux (non DPTAM)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	130 % BR

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Honoraires auxiliaires médicaux (3)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR
-------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR	150 % BR	150 % BR
------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

MÉDICAMENTS

Médicaments à service médical rendu majeur	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu modéré	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments à service médical rendu faible	15 % BR	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Fournitures et accessoires pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

MATÉRIEL MÉDICAL

Prothèses médicales, orthèses, divers (autres que dentaires, orthopédiques et auditives) pris en charge par le RO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	175 % BR
---	----------	----------	----------	----------	----------

OPTIQUE (4)

ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% SANTÉ (MONTURE + VERRES) ▣

ÉQUIPEMENT OPTIQUE 100% santé (monture et verres) - à partir du 01/01/2020 (classe A prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Une monture de classe B (associée à deux verres de classe A)	100 % BR	60 €	80 €	100 €	100 €
Adaptation de la correction visuelle (renouvellement par opticien)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prestation d'appairage	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Supplément pour verres avec filtre	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Autres suppléments (prisme, système antiptosis, verres iséiconiques)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PANIER LIBRE (MONTURE + VERRES) ▣

Une monture de classe B	100 % BR	60 €	80 €	100 €	100 €
Un verre simple	100 % BR	30 €	40 €	60 €	125 €
Un verre complexe	100 % BR	85 €	100 €	125 €	225 €
Un verre très complexe	100 % BR	107.50 €	135 €	175 €	325 €
Autres prestations : Prestation d'adaptation de la prescription des verres correcteurs dans le cadre du renouvellement de l'équipement	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES

Lentilles prises en charge ou non par le RO	100 % BR / Néant	100 % BR / Néant +	100 % BR / Néant +	100 % BR / Néant +	100 % BR / Néant +
---	------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

SMATFLEX 100	SMATFLEX 150	SMATFLEX 200	SMATFLEX 250	SMATFLEX 350
RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE	RESPONSABLE
Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)	Remboursement Total (dont RO*)

Date d'effet : 01/03/2022

OPTIQUE (4)

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES

Chirurgie réfractive de l'œil et implants oculaires (par œil)	-	60 €	80 €	120 €	150 €
		-	-	200 €	400 €

DENTAIRE

SOINS DENTAIRES HORS 100% SANTÉ

Soins dentaires remboursés par le RO hors cadre du panier de soins 100% santé	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---	----------	----------	----------	----------	----------

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ ☐

Soins et actes prothétiques entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
Prothèses amovibles et réparations	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES MODÉRÉS ☐

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	100 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires modérés	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR

PROTHÈSES - PANIER HONORAIRES LIBRES

Actes prothétiques hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	100 % BR	200 % BR	250 % BR	300 % BR	400 % BR
Inlays et onlays d'obturation / Inlay core hors du cadre panier de soins 100% santé entrant dans le champ des paniers honoraires libres	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR

AUTRES PRESTATIONS DENTAIRES

Orthodontie remboursée par le RO (par semestre)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR	350 % BR
Implantologie et parodontologie non remboursées par le RO (par an) (5)(6)	-	-	450 €	600 €	800 €

Plafond dentaire sur les prothèses, en année d'adhésion, hors soins et panier 100% Santé, pour la 1ère et la 2ème année. Le plafond s'applique uniquement sur les paniers honoraires modérés et libres, ne s'applique pas sur les soins et prothèses 100% Santé, ni sur la ligne dentaire du pack optionnel.	1000 €	1000 €	1500 €	1500 €	2000 €
--	--------	--------	--------	--------	--------

Plafond dentaire sur les prothèses, en année d'adhésion, hors soins et panier 100% Santé, à partir de la 3ème année. Le plafond s'applique uniquement sur les paniers honoraires modérés et libres, ne s'applique pas sur les soins et prothèses 100% Santé, ni sur la ligne dentaire du pack optionnel.	1500 €	1500 €	2000 €	2000 €	2500 €
--	--------	--------	--------	--------	--------

AIDES AUDITIVES (7)

ÉQUIPEMENTS AUDITIFS 100% SANTÉ - À COMPTER DU 01/01/2021 ☐

Aides auditives entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé (classe I à prise en charge renforcée)	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral	Rbt intégral
--	--------------	--------------	--------------	--------------	--------------

ÉQUIPEMENTS AUDITIFS - PANIER HONORAIRES LIBRES - À COMPTER DU 01/01/2021 ☐

Aides auditives hors paniers de soins 100% santé (classe II à prix libres) dans la limite du contrat responsable (par oreille)	100 % BR	100 % BR + 200 €	100 % BR+ 350 €	100 % BR + 500 €	100 % BR + 700 €
Consommables et accessoires (piles, embouts...) pris en charge par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BIEN-ÊTRE

MÉDECINE DOUCE

Praticiens diplômés (8)	20 €/ séance (maximum 2 séances / an)	25 €/ séance (maximum 2 séances / an)	25 €/ séance (maximum 3 séances / an)	30 €/ séance (maximum 3 séances / an)	40 €/ séance (maximum 4 séances / an)
-------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

PRÉVENTION

Substituts nicotiques, vaccins prescrits, préservatifs masculin ou féminin, test de grossesse non pris en charge par le RO, par an	50 €	70 €	90 €	120 €	150 €
--	------	------	------	-------	-------

TRANSPORT

TRANSPORT MÉDICAL

Transport médical remboursé par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
---------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------

CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO

FRAIS MÉDICAUX, DE SÉJOUR, DE TRANSPORT

Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires), frais d'hébergement et de transport	65 % BR / 70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
--	-------------------	----------	----------	----------	----------

LEXIQUE

RO : Régime Obligatoire - BR : Base de Remboursement Régime Obligatoire - Rbt intégral : Remboursement intégral - TM : Ticket modérateur - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur fixée chaque année par décret publié au Journal Officiel) - DPTAM : Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM - CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - CAS : Contrat d'Accès aux Soins - OPTAM / OPTAM - CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée / Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les médecins exerçant une spécialité chirurgicale (chirurgien, ophtalmologue, oto-rhino-laryngologue, stomatologue et chirurgien oral) ou une spécialité de gynécologie obstétrique.

LEGENDE

(1) Forfait Journalier Hospitalier illimité : Exclu en établissements EHPAD et MAS.

(2) Chambre particulière limitée à 60 jours par année d'adhésion en médecine, chirurgie et obstétrique, en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation SSR (structures de moyens séjours). Exclusion de la chambre particulière en ambulatoire.

(3) Infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue ... remboursés par le régime obligatoire.

(4) Au 1er janvier 2020, les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% santé") sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) sont pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Sauf dérogations suivantes, la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de 2 ans de date à date pour les assurés âgés de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé*** prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale),
- par période de 1 an de date à date pour les assurés de plus de 6 ans et de moins de 16 ans,
- par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur

Par dérogation, la période de 2 ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

***Le renouvellement anticipé est autorisé lorsque survient une variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0.25 dioptrie sur chaque oeil ou variation significative de l'axe (entre 5° et 20° selon le cylindre)

Classe A : correspond au panier 100% Santé. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les montures à 30 €. Fixation d'un PLV (Prix Limite de Vente) pour les verres qui varient selon les codes LPP (le code LPP du verre est déterminé par la correction visuelle)

Classe B : correspond au panier tarifs libres. Remboursement de la monture limité à 100 €. Nouveaux plafonds de remboursements des Contrats Responsables 2020 définissant les montants planchers et plafonds.

Verre simple :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verre complexe :

- verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

Verre très complexe :

- verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(5) Remboursement effectué sur présentation de la facture du chirurgien dentiste détaillant les frais selon les postes suivants : pose de l'implant et vis de cicatrisation (temps chirurgical) : 80% de la prestation et pose du pilier de prothèse (temps prothétique 1) : 20% de la prestation

(6) Le poste parodontologie concerne les actes suivants : surfaçage radiculaire, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire, greffe osseuse et assainissement parodontal par détartrage/Surfaçage à l'exclusion de tout autre acte.

(7) Au 1er janvier 2021, les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier "100% Santé") seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n°2019-21 du 14 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement. Sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans et à partir de la date de la dernière acquisition d'aides auditives. Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois des huit options de la liste telles que prévoit la législation en vigueur.

(8) Chiropracteur, ostéopathe, acupuncteur, diététicien, étiothérapeute, microkinésithérapeute, pédicure, podologue, psychologue, psychomotricien, sophrologue, réflexologie, aromathérapeute, phytothérapeute, naturopate, homéopathe, mésothérapeute, hypnotiseur, ergothérapeute

Justificatif à adresser : l'original de la facture ou pièce numérisée, au nom du bénéficiaire, détaillant les actes effectués en pièce justificative et indiquant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINISS du praticien.

Tous les forfaits et limites s'entendent par année d'adhésion et par bénéficiaire, sauf mention spécifique.

* Avant application, contribution forfaitaire de 1 € franchises et pénalités hors parcours de soins. Les taux de remboursement s'appliquent sur la base de remboursement du Régime Obligatoire. Les taux de remboursement indiqués ne visent que le régime général de la Sécurité Sociale, étant précisé que le régime local Alsace-Moselle fait l'objet de taux de remboursement différents pour lequel Smatis France intervient en complément. Le remboursement Smatis France est ajusté de sorte que le remboursement total, remboursement Régime Obligatoire + remboursement Smatis France, corresponde bien au remboursement total indiqué ci-dessus. Le total remboursé n'est jamais supérieur aux frais engagés.

**Hospitalisation (médecine, chirurgie et obstétrique) en établissements conventionnés et non conventionnés. Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en établissements non conventionnés, en long séjour, établissements spécialisés, gastroplastie (anneaux gastriques, By pass...).

▣ Tels que définis réglementairement. Dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV) et des plafonds du contrat responsable.

CONTRAT RESPONSABLE 2021 :

Les garanties, niveaux de remboursement, et tarifs pourront être révisés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les contrats responsables.

La mutuelle ne vous rembourse pas les franchises médicales et la participation forfaitaire de 1 € sur les consultations.

Hors parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

A compter du 1er janvier 2022, le forfait patient urgences facturé pour les passages aux urgences non suivies d'une hospitalisation est pris en charge par la mutuelle.

Le ticket modérateur est intégralement pris en charge par la mutuelle selon les conditions du contrat responsable, y compris pour les actes supérieurs à 120 euros en hospitalisation et pour les soins courants.

Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au moins remboursés au ticket modérateur (scellement des sillons sur les molaires avant 14 ans, détartrage annuel, premier bilan du langage oral ou écrit pour un enfant de 14 ans, dépistage de l'hépatite B, vaccinations, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans, ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans).

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SMATIS FRANCE – Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité N° SIREN 781166293

6, rue du Plave - CS 90000 - 16920 ANGOULEME CEDEX 9


Produit : SMATFLEX





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 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 SMATFLEX est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit destiné aux TNS (Travailleurs Non salariés) respecte les conditions légales du contrat responsable mis en conformité avec le nouveau cahier des charges "100% Santé" ou "Reste à charge 0" pour les postes optique, dentaire et audioprothèse. Le produit est éligible à la Loi Madelin. Il inclut également des options facultatives et des services associés.

 QU'EST-CE-QUI EST ASSURÉ ?
<p>Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisie, 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, sauf pour ce qui concerne le panier de soins 100% Santé pour les postes optique, dentaire et audioprothèse qui est sans reste à charge.</p> <p>LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Hospitalisation : honoraires, forfait journalier hospitalier illimité, frais de séjour et transport✓ Soins courants : honoraires médicaux et paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments pris en charge à 65% et 35% par le Régime Obligatoire (RO) et matériel médical✓ Frais optiques : équipement optique (monture et verres) selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres. Lentilles prises en charge par le RO✓ Frais dentaires : soins et prothèses dentaires selon les paniers de soins 100% Santé, Honoraires modérés et Honoraires libres. Orthodontie prise en charge par le RO✓ Aides auditives : équipement selon les paniers de soins 100% Santé et Honoraires libres✓ Bien-être et Prévention : médecine douce, substitut nicotinique, vaccins prescrits, préservatifs masculin et féminin, test de grossesse non pris en charge par le RO✓ Téléconsultation Médicale (cf. conditions générales d'utilisation "Téléconsultation médicale")✓ Prise en charge de la participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 € en hospitalisation et en soins courants✓ Prise en charge du forfait patient urgences✓ Prise en charge des frais d'accompagnement de consultation psychologique✓ Actes de prévention conformément à l'Arrêté ministériel du 08/06/2006 <p>LES GARANTIES NON SYSTÉMATIQUEMENT INCLUSES</p> <p>Hospitalisation : chambre particulière en et hors ambulatoire et les frais d'accompagnant</p> <p>Soins courants : médicaments pris en charge par le RO à 15%</p> <p>Optique : lentilles de contact non prises en charge par le RO, chirurgie réfractive de l'oeil et implants oculaires</p> <p>Soins Dentaire : implantologie et parodontologie non prises en charge par le RO</p> <p>Médecines non conventionnelles : réalisées par un praticien inscrit sur un répertoire des professionnels de santé en France.</p> <p>Cures thermales</p> <p>LES GARANTIES OPTIONNELLES</p> <p>Pack Renfort : forfait supplémentaire sur l'optique tel que équipement lunettes prises en charge par le RO, verres très complexes, lentilles prises en charge ou non par le RO, protection lumière bleue ou chirurgie réfractive de l'oeil, sur le dentaire tel que les prothèses dentaires ou orthodontie prises en charge par le RO, parodontologie et implantologie, sur l'audioprothèse de classe 2.</p> <p>Pack Relax : forfait supplémentaire pour les médecines douces, les cures thermales, la pharmacie prescrite non remboursée et l'automédication et l'abonnement sportif</p> <p>Pack Confort : les garanties des Pack Renfort et Pack Relax réunies</p> <p>LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS *</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Tiers-payant, Réseau de soins Itelis, Assistance, Fonds d'action social, Espace adhérent,✓ My Easy Santé (application pour préserver sa forme et sa santé)✓ Hospiway (préparer au mieux son hospitalisation ou celle d'un proche)✓ Protection Juridique (droit vie privé, les recours médicaux, atteinte à l'intégrité physique ou morale)✓ Protection Juridique Pro (information juridique, protection pénale et disciplinaire) pour les TNS✓ ANGEL (une équipe pluridisciplinaire répond à toutes les questions médicales et sociales pour vous et vos proches) <p>* soumis à condition (cf. notice d'information)</p> <p><i>Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévues au contrat.</i></p>

 QU'EST-CE-QUI N'EST PAS ASSURÉ ?
<ul style="list-style-type: none">✗ les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat✗ les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail✗ le forfait journalier hospitalier en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)

 Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?
<p>LES PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT RESPONSABLE:</p> <p>PRINCIPALES EXCLUSIONS :</p> <ul style="list-style-type: none">! la participation forfaitaire de 1 € pour chaque consultation médicale ou acte de biologie médicale, la franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et actes paramédicaux et la franchise de 2 € sur les transports sanitaires! 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 aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)! Optique : Lunettes limitées à une paire tous les 2 ans (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue). Lentilles de contact non prises en charge par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive et implants oculaires limitée à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.! Aides auditives : sauf dérogations prévues par la réglementation, la période de renouvellement est décomptée par période de 4 ans à partir de la date de la dernière acquisition d'une aide auditive. <p>PRINCIPALES RESTRICTIONS :</p> <ul style="list-style-type: none">! Hospitalisation : Prise en charge limitée au Ticket Modérateur en établissements non conventionnés, en long séjour, établissements spécialisés et gastroplastie. Chambre particulière en et hors ambulatoire, ainsi que les frais d'accompagnant sont limités à un forfait en euros par jour et en nombre de jours par an et par bénéficiaire.! Dentaire : Implantologie et parodontologie non pris en charge par le RO limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire. Plafond dentaire sur les prothèses dentaires des paniers modérés et libres identique les 2 premières années d'adhésion et différé à partir de la 3ème année d'adhésion limités à un forfait en euros par an et par bénéficiaire.! Médecines douces, et prévention : limitées à un forfait en euros et éventuellement en nombre de séances, par an et par bénéficiaire.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ en France métropolitaine, dans les Départements et Territoires d'Outre-Mer, ainsi que dans les pays membres de l'Union Européenne
- ✓ 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.
- ✓ les garanties d'assistance s'appliquent uniquement à la France.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle (nullité du contrat, suspension des garanties, non garantie etc...)

À la souscription du contrat :

- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion, le dater et le signer sous peine de nullité de votre contrat
- fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur
- régler la cotisation selon les modalités de règlement et la fréquence indiquées sur le bulletin d'adhésion.

En cours de contrat :

- fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- faire parvenir les demandes de remboursements sur la demande de l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre régime obligatoire
- informer l'assureur des événements suivants dès que vous en avez connaissance :
 - => changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité
 - => changement de profession : dans ce cas, vous devez fournir sur la demande de l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de votre contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification de votre contrat et de sa cotisation
- Honorer le paiement de vos cotisations.

En cas de sinistre :

- fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur pour percevoir les prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Vous devez régler vos cotisations aux échéances figurant sur votre bulletin d'adhésion. Vos cotisations sont annuelles et sont payables d'avance. Vous avez la possibilité de fractionner leur règlement qui peut être mensuel, trimestriel ou semestriel, selon le moyen de paiement défini lors de votre adhésion : par chèque ou prélèvement automatique. Votre avis d'échéance détaille le montant de vos cotisations suivant la périodicité et le mode de règlement que vous aurez choisis.

Dans le cas où vous adhérez en tant que TNS (travailleur non salarié), les cotisations à votre charge incluent la cotisation relative à l'adhésion à l'association A.N.P.I. (Association Nationale des Professions Indépendantes située : 140, Avenue de la République – 92327 CHATILLON CEDEX) ouvrant droit à la déduction fiscale des cotisations des bénéficiaires industriels, commerciaux ou non commerciaux (BIC, BNC) en application de la "Loi Madelin" n°94126 du 11 février 1994. Cette cotisation associative est de 1,56 euros par an.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Votre contrat prend effet :

- à la date précisée sur votre bulletin d'adhésion, étant toutefois précisé que la date d'effet de votre contrat ne peut pas être rétroactive à votre demande d'adhésion. La prise d'effet de votre adhésion est matérialisée par la signature de votre bulletin d'adhésion.
- Le contrat est renouvelé tacitement à son échéance fixée au 31 décembre de chaque année, sauf dénonciation ou résiliation.

Votre contrat prend fin :

- en cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile: vous pouvez, si vous le souhaitez, renoncer à votre adhésion en nous adressant une lettre recommandée. Vous disposez, pour ce faire, d'un délai de 14 jours calendaires qui commence à courir à compter du jour où votre contrat a pris effet ou, si cette date est postérieure, à compter du jour où vous avez reçu l'ensemble de la documentation contractuelle
- en cas de fausses déclarations intentionnelles
- en cas de résiliation de votre contrat auprès de l'assureur
- en cas de défaut de paiement de vos cotisations.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance de votre contrat, soit au 31 décembre de chaque année, en nous adressant une notification par lettre, support durable ou tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, au moins deux mois avant cette date, soit avant le 31 octobre ;
- lorsque l'avis d'échéance annuel de vos cotisations vous est adressé moins de 15 jours avant votre délai de préavis pour résilier votre contrat ou après cette date, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de votre avis d'échéance pour dénoncer votre contrat (sauf si vous êtes un Travailleur non Salarié)
- en cas de changement de votre situation: changement de domicile, changement de régime ou de situation matrimoniale, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation d'activité professionnelle, dont vous devez nous fournir les justificatifs. La fin de votre adhésion interviendra dans ce cas dans les 3 mois suivant la date de l'évènement ou de sa révélation. Elle prendra effet le premier jour du mois suivant la notification :
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription de votre garantie, à tout moment, par lettre ou support durable, seul (e) ou avec votre nouvel assureur si vous le souhaitez, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après la confirmation de la réception de votre notification.