

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

## DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE



**Produit assuré par ACHEEL SA** - SA au capital de 46 812,48€ - 128 Rue La Boétie - 75008 PARIS - RCS 879 605 350 Paris - Entreprise régie par le Code des assurances.

**Distribué par MATEO** - Intermédiaire d'assurance - SAS au capital de 500 000€ - 1050 Chemin des Exquerts - ZA la Tapy 84170 MONTEUX- RCS AVIGNON 840 862 411 - N°Orias : 18 005 930 (www.orias.fr)

**Géré par ASRAMA** - Société de Gestion et de Courtage d'Assurance au capital de 425 000€ - 25 Cours Albert Thomas 69003 LYON - RCS LYON 842 565 111 - N°Orias 18 006 620 (www.orias.fr) - SIRET n°842 565 111 000 15

**Assisté par RMA Assistance** - Union d'assistance soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - 46 Rue du Moulin - CS 32427 - 44124 VERTOU - SIREN N°444 269 682.

**Produit : ESSENTIA**

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. Toutes les informations complètes sur ce produit sont fournies dans les documents précontractuels et contractuels et, notamment, dans le tableau de garanties ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.

### De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit « **ESSENTIA** » est un produit d'Assurance complémentaire santé. En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son Régime Obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit **ESSENTIA** est « responsable » car il respecte les obligations et interdictions de prise en charge fixées par la législation. Il est également « solidaire » car il ne prévoit pas de questionnaire d'état de santé et son tarif ne dépend pas de l'état de santé de l'Adhérent.

Le produit **ESSENTIA** est conforme au dispositif «100% Santé» qui permet à l'Adhérent de bénéficier d'un zéro reste à charge sur les paniers optique, dentaire et aides auditives.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance ne peuvent pas être plus élevés que les dépenses engagées. Ils sont soumis à des plafonds qui varient en fonction de la formule et par conséquent une somme peut rester à votre charge. Le détail de ces plafonds figure au tableau des garanties ci-joint.

#### Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, Forfait journalier Hospitalier, Frais de séjour, Frais de transport remboursés par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100% Santé (Panier 100% Santé), Soins dentaires, Prothèses dentaires, Orthodontie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Optique** : Équipements verres et montures de la Classe A – Panier 100% Santé, Monture et verre (équipement de la classe B), Lentilles de contact remboursées ou non par le RO (Régime Obligatoire).
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, Honoraires paramédicaux, Imagerie médicale, Analyses et examens de laboratoire.
- ✓ **Pharmacie** : Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO (Régime Obligatoire).
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I – Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II.

#### Les garanties non systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais d'accompagnement, Chambre individuelle, Confort hospitalier.
- ✓ **Prévention et Bien-être** : Médecine naturelle, Cure thermale prise en charge par le RO (Régime Obligatoire)

#### Les services systématiquement inclus :

- ✓ **Tiers Payant** : Via le réseau ALMERYS (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé).
- ✓ **Espace client**

#### L'assistance systématiquement incluse :

- ✓ **Assistance** (selon convention RMA)

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf cas particuliers prévus à l'adhésion,
- ✗ Les adhérents de moins de 18 ans et de plus de 90 ans pour les formules 1 à 3,
- ✗ Les adhérents de moins de 30 ans et de plus de 90 ans pour la formule 4.

**Cette liste n'est pas exhaustive.**



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

**Les principales exclusions du contrat responsable sont les suivantes :**

- ! Les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits «responsables»,
- ! La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ! Les cures d'amaigrissement, de sommeil, de désintoxication ou les séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires,
- ! Les garanties ne s'exercent pas en cas :
  - De guerre civile ou étrangère, d'émeutes ou mouvement populaires,
  - D'une aggravation due à l'inobéservation intentionnelle par l'Assuré des prescriptions du médecin,
  - Des désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes.

**Les principales restrictions sont les suivantes :**

- ! Chambre particulière : Prise en charge par an et par bénéficiaire, pour une durée limitée à 30 jours,
- ! Lit accompagnant : Garantie disponible à partir de la deuxième année d'assurance dans la limite de 15 jours par an,
- ! Forfait hospitalier : Exclu pour les séjours en gériatrie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées,
- ! Optique : Renouvellement tous les deux ans pour les personnes de plus de 16 ans – Anticipé en cas d'évolution de la vue dans la limite de 100 € par monture,
- ! Aides auditives : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition,
- ! Hospitalisation : Délai d'attente en hospitalisation de 1 mois sur les remboursements au-delà du ticket modérateur hors hospitalisation consécutive à un accident.

**Cette liste n'est pas exhaustive**



### 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 la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail,



## Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine y compris CORSE, hors Monaco et hors DROM COM,
- ✓ Dans les pays où le Régime Obligatoire français intervient sur la base du tarif de convention, de même qu'en cas de séjour en dehors de France métropolitaine de moins de TROIS (3) mois.



## Quelles sont mes obligations ?

**Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :**

- **À la souscription du contrat**
  - Répondre exactement aux questions posées par l'assureur, par questionnaire, lettre, proposition ou tout autre moyen,
  - Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquent la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir,
  - Être affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française,
  - Fournir tous documents ou justificatifs demandés par l'assureur.
  - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
  - Déclarer dans les 15 jours toute circonstance nouvelle modifiant les déclarations faites lors de la souscription et qui aurait pour effet de les rendre inexacts ou caduques.
  - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) aux dates indiquées au contrat.
- **Pour le versement des prestations**
  - Fournir dans les délais prévus au contrat tous documents ou justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue dans le contrat.  
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).  
Les paiements peuvent être effectués par carte bancaire et/ou prélèvement automatique.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée au Certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation.  
En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Il est conclu 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 fixés au contrat.

La couverture prend fin :

- A la date de résiliation selon les conditions prévues au contrat,
- Au décès de l'Adhérent,
- A la date à laquelle l'ayant droit perd le statut de bénéficiaire.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

A la date d'échéance du contrat, en nous adressant une notification sur tout support durable au moins deux mois avant cette date. L'adhérent peut ensuite résilier son adhésion à tout moment après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat.

La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'Adhérent (L.113-15-2 du Code des Assurances).

En cas de modification de la situation concernant les assurés ayant une influence directe sur les risques garantis.

En cas d'évolution des cotisations ou de modification du contrat dans le respect des conditions prévues aux articles 6-14 et 20 des Conditions Générales.