

# ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE

**Compagnie : AÉSIO mutuelle** - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le n° 775 627 391 - Siège social : 4 Rue du Général Foy - 75008 PARIS  
**Produit : GÉNÉSIA**



Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle 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 « GÉNÉSIA » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



### Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

Les garanties systématiques, sur l'ensemble des formules, sont :

#### Pôle soins courants et aides auditives ; Garanties Plus

- ✓ **Honoraires médicaux**  
Consultations et visites - médecin généraliste ou spécialiste.
- ✓ **Actes médicaux**  
Imagerie médicale et échographie, actes techniques médicaux et actes de chirurgie.
- ✓ **Analyses et examens de laboratoire**
- ✓ **Honoraires paramédicaux**
- ✓ **Médicaments pris en charge par le régime de base**
- ✓ **Matériel médical**  
Petit appareillage, accessoires et orthopédie (hors aides auditives); grand appareillage.
- ✓ **Actes de prévention**
- ✓ **Cures thermales prises en charge par le régime de base**
- ✓ **Aides auditives, accessoires, entretien et réparation**  
Aide auditive de Classe II, autres prestations liées aux aides auditives. Équipement du panier 100% Santé
- ✓ **Psychologues adhérents au dispositif MonParcoursPsy**

#### Garanties Plus

- ✓ **Allocation obsèques**
- ✓ **Prime de naissance**

#### Pôle hospitalisation

- ✓ **Hospitalisation moyens séjours en établissements de soins médicaux et de réadaptation et services de psychiatrie**  
Frais de séjour, honoraires médicaux, forfait journalier hospitalier, transport pris en charge par le régime de base.
- ✓ **Hospitalisation courts séjours, chirurgie, médecine, obstétrique, ambulatoire, chirurgie (hors dentaire) et forfait patient urgence**  
Frais de séjour, honoraires médicaux, forfait journalier hospitalier, transport pris en charge par le régime de base ; frais d'accompagnement.
- ✓ **Maternité**  
Frais de séjour, honoraires médicaux, frais supplémentaires, forfait journalier, maternité, examen divers non pris en charge mais ordonnancés.

#### Pôle optique - dentaire

- ✓ **Optique**  
Équipement (1 monture + 2 verres), suppléants et prestations ; lentilles avec prise en charge par l'AMO, chirurgie réfractive ; Équipement du panier 100% Santé optique.
- ✓ **Dentaire**  
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire) et parodontologie ; prothèses dentaires ; inlay-onlay, inlay-core, implantologie pris en charge par le régime de base, orthodontie pris en charge par le régime de base ; Soins et prothèses du panier 100% Santé.



### Qu'est-ce qui est assuré ? (suite)

#### Pôle autres prestations

✓ Vaccins, bilan nutritionnel, sevrage tabagique, pédicure, podologue, médecine naturelle, dermatologue, ostéodensitométrie osseuse.

Les garanties complémentaires, sur les niveaux 2 à 5 sont :

- **Pôle hospitalisation** : chambre particulière (hospitalisation courts et moyens séjours et maternité).
- **Pôle optique-dentaire** : prothèses dentaires, parodontologie, implantologie et orthodontie non prises en charge par le régime de base.

#### Services systématiquement inclus :

- Assistance (selon convention RMA)
- Protection Juridique (Selon convention CFDP)
- Consultation Médicale à distance (via le service Médecin direct : [www.medecindirect.fr](http://www.medecindirect.fr))
- Accès au fonds action social (selon règlement interne de la commission action sociale)



### Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - Dans les établissements et services sociaux.
  - Dans les établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques.
  - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
  - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, sauf ceux expressément mentionnés dans les tableaux de garanties.
- ✗ Les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, s'ils ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans les tableaux de garanties et dans la limite des montants exprimés.



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

Les principales exclusions du contrat responsable sont les suivantes :

- ! La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et l'exclusion de la franchise des dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés en dehors du parcours de soins.



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

! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

**Les principales restrictions sont les suivantes :**

! Grand appareillage : prise en charge limitée à deux mille euros (2 000,00€) par bénéficiaire tous les ans.

! Chambre particulière : prise en charge limitée à trente (30) jours par an et par bénéficiaire pour les hospitalisations courts et moyens séjours et prise en charge exclue en établissements psychiatriques.

! Optique :

- Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.

- Remboursement monture limité à 100,00€ par équipement.

! Frais d'accompagnement pour :

- Enfant de moins de 16 ans (limité à 20 jours par année civile)

- Adulte de plus de 75 ans (en courts séjours) et prise en charge limitée à 10 jours par an et par bénéficiaire.

! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans dans la limite de 1 700,00€ (Classe II).

! Autres prestations : prise en charge limitée à 150,00€ par an et par bénéficiaire, tout postes confondus.



## Où suis-je couvert(e) ?

✓ En France métropolitaine (**hors Monaco**), dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Martin (**territoire français**) ou à Saint-Barthélemy.

✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



## Quelles sont mes obligations ?

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

- **À la souscription du contrat**

- Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant 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 ;

- **En cours de contrat**

- Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement de situation familiale, changement d'adresse, changement du département de résidence, changement de régime de base, changement de compte bancaire débité ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- **En cas de sinistre**

- Faire parvenir les demandes de remboursements au gestionnaire dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Assurance Maladie Obligatoire ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat.

Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).

Le paiement peut être effectué par chèque ou prélèvement bancaire.



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

L'adhésion prend effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'ASRAMA GESTION (gestionnaire) du Bulletin d'Adhésion, complété, daté et signé. Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion, dans les conditions propres à la vente à distance ou au démarchage à domicile. Le contrat est conclu pour l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties, Membre participant ou Association souscriptrice, dans les cas et conditions fixées au contrat. 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 en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le membre participant peut résilier son adhésion en utilisant tout support énuméré à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, adressé à ASRAMA GESTION (gestionnaire du contrat) :

- A la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année, au moins deux mois avant la date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.

