

PRESTATIONS	AÉSIO SANTÉ SURCO PRO 2
HOSPITALISATION	
Honoraires, actes et soins	
- Médecins non signataires DPTM*	+20 % BR*
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux	
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes - Médecins non signataires DPTM	+20 % BR
Actes d'imagerie	
- Médecins non signataires DPTM	+20 % BR
Actes techniques médicaux et de chirurgie	
- Médecins non signataires DPTM	+20 % BR

Ces garanties frais de santé n'ont pas le caractère de garanties dites « responsables » au sens de la réglementation en vigueur (article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale).

Les pourcentages s'appliquent en complément du niveau socle Aésio Santé Pro souscrit pour le même niveau.

*BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général

*DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée.

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. Soins à l'étranger : Les prestations exprimées en forfait, prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

Les pourcentages s'appliquent sur la base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des dépenses réelles et dans le respect du parcours de soins. En fonction du type d'acte, les prestations sont définies par rapport à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ; à la Liste des Produits et Prestations (LPP) ou à la Tarification à l'Activité (TAA). - Le taux du régime général de la Sécurité sociale peut varier en fonction de la situation personnelle (en cas d'A.L.D. par exemple) ou du régime obligatoire d'affiliation (régimes spéciaux), sans que cette variation au titre ALD ou régimes spéciaux ne puisse être répercutée sur le montant total de remboursement.

Assurance Surcomplémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (D.I.P.A)

ADREA mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n°311 799 878

Produit - Aésio Santé Surcomplémentaire 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 surcomplémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent exerçant une activité indépendante et de ses éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et du régime complémentaire de base souscrit.

Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables. Le produit n'entre pas dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et n'est pas 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 des médecins non-signataires d'un DPTM
- ✓ **Soins courants** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, actes techniques médicaux et de chirurgie, actes d'imagerie auprès des médecins non-signataires d'un DPTM

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Espace adhérent



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'AMO en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le remboursement des dépenses de soins pour les personnes résidant à l'étranger non couvertes par l'AMO.
- ✗ Les frais en établissements de long séjour et les séjours en sections de cures médicales.
- ✗ Les frais de cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de traitement esthétique, d'abus de l'alcool, de thalassothérapie, d'utilisation de stupéfiants non pris en charge par l'AMO.
- ✗ Les frais de séjour (y compris la prise en charge des forfaits journaliers) en maison d'accueil spécialisée (MAS)).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.



Où suis-je couvert ?

- ✓
- ✓ 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 la souscription du contrat :

- Remplir les conditions cumulatives suivantes : exercer une activité en tant que travailleur non salarié ou en tant que conjoint collaborateur, relever de l'Assurance Maladie Obligatoire française, et être affilié au régime complémentaire de base assuré par la Mutuelle ;
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle et fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion ;
- Etre à jour du paiement des cotisations dues au titre de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance vieillesse et le justifier ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

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) indiquée au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Assurance Maladie Obligatoire et fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au bulletin d'adhésion.

Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour le paiement par prélèvement automatique.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque, virement, ou prélèvement automatique. 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 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 au 1er jour du mois suivant la date à laquelle les conditions d'adhésion ne sont plus remplies (hors cas de départ en retraite du membre participant).

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 membre participant peut mettre fin au contrat :

- À la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date, ou en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties.
- Dans le délai d'un mois suivant la remise de la nouvelle notice d'information en cas de modification des droits et obligations issus du contrat.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

EXEMPLES	PRIX MOYEN PRATIQUE OU TARIF RÉGLEMENTÉ	REMBOURSEMENTS			RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
		DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	TOTAL			
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20 €	0 €	20 €	20 €	0 €	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.	Tarif réglementaire.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM* : l'OPTAM* ou l'OPTAM-CO*) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355 €	247,70 €	107,30 €	355 €	0 €	Une hospitalisation peut entraîner plusieurs types de frais (honoraires mais aussi séjour...). S'il est pratiqué un acte dit lourd, le patient doit s'acquitter d'une participation forfaitaire de 24 €, à sa charge ou à celle de son organisme d'Assurance Maladie Complémentaire.	Prix moyen national de l'acte.
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431 €	247,70 €	159,85 €	407,55 €	23,45 €		Prix moyen national de l'acte.
SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25 €	16,50 €	7,50 €	24 €	1 €	1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30 €	20 €	9 €	29 €	1 €		Tarif conventionnel - Reste à charge : participation forfaitaire.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44 €	20 €	23 €	43 €	1 €		Prix moyen national de l'acte.
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56 €	15,10 €	18,40 €	33,50 €	22,50 €		Prix moyen national de l'acte.
DENTAIRE							
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	28,92 €	0 €		Tarif conventionnel.
Orthodontie remboursée par l'AMO	611 €	193,50 €	96,75 €	290,25 €	320,75 €	Tarif pour un semestre.	Source : Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 2017.
Prothèse 100 % santé							
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100 % santé)	500 €	84 €	416 €	500 €	0 €		Honoraire limite de facturation.
Prothèse hors 100 % santé - Panier à honoraires maîtrisés							
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84 €	96 €	180 €	358,70 €		Prix moyen national de l'acte.
Prothèse hors 100 % santé - Panier à honoraires libres							
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	139,50 €	215 €	323,70 €		Prix moyen national de l'acte.
Implant							
Implants non remboursés par l'AMO	1 002 €	0 €	300 €	300 €	702 €	Dans la limite du forfait annuel.	Source : Prix moyen constaté dans les mutuelles du groupe AÉSIO en 2018.
OPTIQUE							
Équipement 100 % santé - Classe A							
Équipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125 €	22,50 €	102,50 €	125 €	0 €	Verres simples pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix limite de vente.
Équipement 100 % santé - Classe A							
Monture et verres progressifs (équipement 100% santé)	210 €	37,80 €	172,20 €	210 €	0 €	Verres complexes pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix limite de vente.
Équipement hors 100 % santé - Classe B							
Équipement optique de classe B (monture +verres) de verres unifocaux	345 €	0,09 €	159,91 €	160 €	185 €	Verres simples pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix moyen national de l'acte.
Équipement hors 100 % santé - Classe B							
Monture et verres progressifs	722 €	0,09 €	279,91 €	280 €	442 €	Verres très complexes pour un adulte de 16 ans et plus.	Prix moyen constaté en 2018 Source : SNIIRAM*.
AIDES AUDITIVES							
Équipement 100 % santé - Classe I							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950 €	240 €	710 €	950 €	0 €	Équipement pour un adulte de plus de 20 ans.	Prix limite de vente.
Équipement hors 100 % santé - Classe II							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476 €	240 €	310 €	550 €	926 €	Équipement pour un adulte de plus de 20 ans.	Prix moyen national de l'acte.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire (part Régime Obligatoire) / AMC : Assurance Maladie Complémentaire (part Mutuelle) / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général. / DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens) / SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie.

Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

Exemples de remboursements donnés à titre indicatif - Document non contractuel.