

# Assurance complémentaire santé

## Document d'information d'un produit d'assurance

Offre Assureurs complémentaires solidaires

Produit : **ACS**



Ce document vous 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 des bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Il permet d'assurer en complément de la Sécurité sociale française le remboursement de leurs dépenses de santé occasionnées par l'accident, la maladie ou la maternité. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

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



### 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Frais médicaux - Soins courants** : Consultations, visites médecins, actes de spécialités, radiologie, auxiliaires médicaux, analyses, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé ou modéré (remboursés à 65%, 30% par la sécurité sociale), transport.
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact remboursées par le régime obligatoire.
- ✓ **Prothèses médicales** : audioprothèses, prothèses et orthèses remboursées par la Sécurité Sociale
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.

#### LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Tiers payant.

#### LES SERVICES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

Réseaux de professionnels de santé (opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes).



### 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.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - dans les unités ou centres de long séjour,
  - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Les frais liés à des soins non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie.



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

#### Les principales exclusions :

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

#### Les principales restrictions :

- ! **Les dépassements d'honoraires** ne sont pris en charge que pour les prothèses dentaires et l'orthodontie acceptées par le régime obligatoire d'assurance maladie
- ! **Lunettes** : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Le forfait journalier** facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



## Dans quel pays suis-je couvert ?

- En France et à l'étranger sous réserve de prise en charge par la Sécurité sociale.
- 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.



## Quelles sont mes obligations ?

### A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin de souscription fourni par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

### En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements au gestionnaire dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer le gestionnaire par courrier postal ou électronique, des événements suivants, dans les quinze jours, à partir du moment où vous en avez connaissance :
  - changement d'adresse
  - modification de la composition familiale (naissance/décès ),
  - changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie,



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation annuelle est payable à terme à échoir :

- soit selon un échéancier mensuel ou trimestriel par prélèvement bancaire,
- soit annuellement par chèque ou prélèvement.

Le choix des modalités de règlement se fait dans le bulletin de souscription.



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

La souscription prend effet à la date de début de validité de l'attestation fournie par le régime obligatoire, si celle-ci est postérieure à la date de la souscription. Sinon, la date d'effet est celle de la présentation de l'attestation lors de la souscription. Cette date d'effet du contrat figure dans les conditions particulières remises au souscripteur.

Cette souscription est valable pour une période de 12 mois ou pour une durée inférieure si le souscripteur a bénéficié d'un contrat d'aide au paiement d'une complémentaire santé pour une période inférieure à 12 mois et demande à bénéficier du contrat « Assureurs Complémentaires Solidaires » pour la durée restante (reliquat).



## Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par le souscripteur dans les cas suivants :

- Dans les 30 jours qui suivent la date à laquelle il a eu connaissance d'une augmentation de sa cotisation.
- En dehors de l'échéance annuelle, s'il souhaite bénéficier d'un contrat groupe à adhésion obligatoire, protection complémentaire frais de soins, mis en place par son entreprise. Il doit alors fournir le justificatif de l'entreprise ou l'attestation de l'assureur.
- Si l'offre correspondant au contrat venait à être radiée de la liste des offres ACS (établie en application de l'article R.863-12 du code de la Sécurité sociale).