

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit co-conçu par **Groupe Santiane Holding** - 38 avenue des Champs Élysées - 75008 Paris - SAS au capital de 455 524 € - RCS Paris 812 962 330 - ORIAS n° 19 004 119 et distribué par **Néoliane Santé** (sous la marque Orys Santé) - 455 Promenade des Anglais - Imm. Nice Plaza 5ème - 06200 Nice - SAS au capital de 2 000 000 € - RCS Nice - B 510 204 274 - Intermédiaire en assurances - Immatriculé à l'Orias sous le N° 09 050 488 (www.orias.fr).

Assuré par **AÉSIO mutuelle** - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - immatriculée sous le n° 775 627 391 - 4 rue du Général Foy - 75008 Paris.

Produit : **ORYS TRANQUILLITÉ**

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 contractuelles et précontractuelles sur le produit ORYS TRANQUILLITÉ sont disponibles dans d'autres documents 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 ORYS TRANQUILLITÉ est un produit d'Assurance Complémentaire Santé.

En cas d'accident, de maladie ou de maternité, il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'Adhérent et des éventuels ayants-droits, après l'intervention de son Régime Obligatoire et, dans certains cas expressément identifiés dans le tableau de garanties, des frais non remboursés par ce dernier. Le produit ORYS TRANQUILLITÉ 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 ORYS TRANQUILLITÉ 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 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** : Frais de séjour (y compris maternité), Forfait journalier hospitalier, Honoraires, Frais de transport, Chambre particulière, Frais accompagnant, Frais de transport ;
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses, Soins dentaires, Inlays-onlays, Parodontologie, Inlay-Core, Implantologie et Orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ;
- ✓ **Optique** : Lunettes (monture et verres), Lentilles ;
- ✓ **Soins courants** : Médicaments, Honoraires médicaux (médecins généralistes et spécialistes), Honoraires paramédicaux, Actes techniques médicaux, Actes d'imagerie médicale, Analyses et examens de laboratoire, Médecines naturelles (Ostéopathie, Chiropractie, Homéopathie, Acupuncteur, Naturopathe, Étiopathie, Diététicien, Kinesithérapie, Podologue), Cure thermale, Matériel médical ;
- ✓ **Aides auditives** : Équipements 100% Santé (Classe I - Panier 100% Santé), Prothèses auditives de la Classe II ;

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

- ✓ Tiers Payant, via le réseau Viamedis (dispense d'avance de frais chez de nombreux professionnels de santé) ;
- ✓ Espace client.

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE :

- ✓ Assistance IMA en cas d'événements traumatisants, d'immobilisation, d'hospitalisation, de chimio/radiothérapie, de perte d'autonomie ou de décès.

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



QU'EST CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ;
- ✗ Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, sauf ceux expressément mentionnés dans le tableau de garanties.
- ✗ Les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par les Régimes Obligatoires, 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.
- ✗ 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.



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 transport ;
- ! La majoration du ticket modérateur et les franchises des 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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge pour les séjours en gériatrie, en Instituts Médico-Pédagogiques, en unités de soins longs séjours (USLD), en établissements d'hébergement pour personnes âgées, les soins effectués à des fins esthétiques, les cures de toutes natures.
- ! La chambre particulière et le lit accompagnant ne sont pas pris en charge dans les établissements ou services suivants : psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie, maisons de rééducation, de repos, de convalescence, soins de suite et de réadaptation (SSR).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Frais accompagnant** : Prise en charge dans la limite de 30 jours ;
- ! **Frais de séjour** : Prise en charge dans la limite de 10 jours pour les établissements et services de psychiatrie, neuropsychiatrie et assimilés et 60 jours par an et par assuré en rééducation fonctionnelle et soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ! **Optique** : La fréquence de remboursement pour un équipement optique est tous les deux ans pour les plus de 16 ans et tous les ans chez les moins de 16 ans, avec possibilité de renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue. Période ramenée à un an en cas d'évolution justifiée de la vue ;
- ! **Aides auditives** : Depuis le 01/01/2021, pour chaque oreille indépendamment, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.



OÙ SUIS-JE COUVERT ?

Les garanties d'assurance frais de santé ne bénéficient qu'aux seuls Adhérents résidant en France métropolitaine, Guadeloupe et Martinique pour des frais engagés en France métropolitaine, Guadeloupe et Martinique.
Elles s'étendent aux accidents survenus et maladies contractées à l'Étranger lors de voyages ou de séjours de moins de trois mois, si le Régime Obligatoire de l'Adhérent s'applique.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine, en fonction de l'obligation non respectée, de non garantie, de perte du droit à garantie ou de résiliation du contrat :

À la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande d'adhésion ;
- Résider en France métropolitaine, Guadeloupe et Martinique ;
- Être âgé(e) à la date de signature de la demande d'adhésion entre dix-huit (18) ans minimum et quatre-vingt-neuf (89) ans inclus,
- Être adhérent(e) à l'Association Groupement pour la Prévoyance et la Santé pour Tous ;
- Relever du Régime Obligatoire ;
- Fournir tout document justificatif demandé par la Mutuelle ;
- Régler la cotisation indiquée sur la demande d'adhésion.

En cours de vie du contrat :

- Déclarer toute circonstance nouvelle pouvant avoir des conséquences sur l'exécution du contrat (déménagement, changement d'état civil ou de domiciliation bancaire, souscription d'un autre contrat couvrant les mêmes risques, etc.) ;
- Régler la cotisation prévue à l'échéancier.

En cas de sinistre :

- Déclarer le sinistre à l'assureur dans les meilleurs délais et en tout état de cause dans un délai maximum de 24 mois à compter du sinistre ;
- Transmettre dans les délais prévus les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat et suivant les modalités choisies lors de la souscription précisées au sein de la demande d'adhésion.
La périodicité du paiement peut être mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle. Les cotisations sont payables d'avance, par prélèvement. Le paiement par chèque n'est accepté que pour les règlements annuels.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

L'adhésion prend effet à la date convenue entre les parties et figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve du bon encaissement de la première cotisation. L'adhésion est conclue pour une durée initiale d'un an. Elle se renouvelle tacitement la première année à sa date anniversaire. Puis, les années suivantes, elle se renouvelle à l'échéance au 1er janvier de chaque année, sauf en cas de résiliation.

L'Adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours qui commence à courir soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'Adhérent a reçu les conditions contractuelles et les informations particulières si cette dernière date est postérieure.

La couverture prend fin :

- à la date de résiliation par l'une des parties dans les cas prévues dans la notice d'information ;
- en cas de décès de l'Adhérent.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'Adhérent peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire puis à chaque échéance annuelle moyennant un préavis de deux mois :

- par lettre ou tout autre support durable, par acte extra judiciaire ou par déclaration au siège social à : **SANTIANE – Service Résiliation – 455 promenade des Anglais – Immeuble Nice Plaza 5ème – 06200 Nice**
- par lettre ou tout support durable annexé au formulaire accessible sur le site : **www.santiane.fr/service-client, rubrique « Je souhaite résilier ou me rétracter ».**

Une fois la première année de souscription écoulée, l'Adhérent bénéficie de la même faculté qu'il peut toutefois exercer à tout moment. La résiliation prend alors effet un mois après réception de la notification de résiliation par l'assureur.

Enfin, en cas de désaccord suite à une modification de ses droits et obligations ou à l'augmentation de sa cotisation, l'Adhérent peut résilier dans le délai d'un mois suivant la date de réception de la lettre l'en informant.