FLEXADRÉA FRONTAMUT FF33

SOINS REMBOURSÉS PAR LE REGIME OBLIGATOIRE FRANÇAIS
Garantie responsable

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE **(AMO)** DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE **(AMC)**	TOTAL	
HOSPITALISATION				
Honoraires, actes et soins				
- Médecins signataires D.P.T.M.	80% B.R.	90% B.R.	**170% B.R.**	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation
- Médecins non signataires D.P.T.M.	80% B.R.	70% B.R.	**150% B.R.**	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	**Frais Réels**	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Séjours				
- Frais de séjour	80% B.R.	70% B.R.	**150% B.R.**	Pour les établissements non conventionnés, **dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.**
- Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	**Frais Réels**	
- Chambre particulière avec nuitée	Néant	60 € / jour	**60 € / jour**	**Hors ambulatoire.** **Dans la limite des tarifs signés par convention.** Durée illimitée en Médecine, Maternité et Chirurgie. **Durée limitée à :** **-60 jours par année civile en Soins de Suite et Réadaptation (Convalescence, Rééducation,...)** **-30 jours par année civile en Psychiatrie.**
- Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	Néant	20 € / jour	**20 € / jour**	**Hors box d'hospitalisation**
- Frais d'accompagnement	Néant	25 € / jour	**25 € / jour**	**Hors ambulatoire.** Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement et du bulletin d'hospitalisation. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée illimitée en Médecine, Maternité et Chirurgie. **Durée limitée à :** **-60 jours par année civile en Soins de Suite et Réadaptation (Convalescence, Rééducation,...)** **-30 jours par année civile en Psychiatrie.**
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations, visites des médecins généralistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	70% B.R.	**140% B.R.**	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	50% B.R.	**120% B.R.**	
Consultations, visites des médecins spécialistes				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	100% B.R.	**170% B.R.**	
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	80% B.R.	**150% B.R.**	
Sages-femmes	60% B.R. ou 70% B.R.	80% B.R. ou 70% B.R.	**140% B.R.**	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux dont infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60% B.R.	40% B.R.	**100% B.R.**	
Analyses et examens de laboratoire	60% B.R.	40% B.R.	**100% B.R.**	
Actes d'imagerie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	**100% B.R.**	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	30% B.R.	**100% B.R.**	
Actes techniques médicaux et de chirurgie				
- Médecins signataires D.P.T.M.	70% B.R.	100% B.R.	**170% B.R.**	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
- Médecins non signataires D.P.T.M.	70% B.R.	80% B.R.	**150% B.R.**	
Participation du patient	Néant	Frais Réels	**Frais Réels**	Pour les actes techniques médicaux supérieurs à 120 €.
Médicaments				
- Médicaments à Service Médical Rendu important	65% B.R.	35% B.R.	**100% B.R.**	
- Médicaments à Service Médical Rendu modéré	30% B.R.	70% B.R.	**100% B.R.**	
- Médicaments à Service Médical Rendu faible	15% B.R.	85% B.R.	**100% B.R.**	
Matériel médical				
- Accessoires, appareillages, orthopédie	60% B.R.	90% B.R.	**150% B.R.**	
- Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	100% B.R.	50% B.R.	**150% B.R.**	
Transports				
- Transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	**100% B.R.**	
Autres prestations				
- Vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'A.M.O. **(uniquement injections)**	Néant	Frais Réels	**Frais Réels**	
- Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par l'A.M.O.	65% B.R.	35% B.R.	**100% B.R.**	

ADREA Mutuelle, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 311 799 878 dont le siège social est sis 25 place de la Madeleine PARIS 8ème (75),
deviendra au 1er janvier 2021 AESIO Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391
dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS (sous réserve de l'accord de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)
Version 2021

FLEXADRÉA FRONTAMUT FF33

SOINS REMBOURSÉS PAR LE REGIME OBLIGATOIRE FRANÇAIS
Garantie responsable

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (**AMO**) DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (**AMC**)	TOTAL	
DENTAIRE				
Plafond global de remboursement de 800 € la 1ère année d'adhésion, 1 400 € la 2ème année d'adhésion, 2 000 € la 3ème année d'adhésion et les suivantes, par bénéficiaire, pour les actes dentaires désignés ci-dessous et hors ticket modérateur de 30% B.R. sur les prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O.				
- Soins, actes et consultations	70% B.R.	30% B.R.	**100% B.R.**	
- Orthodontie remboursée par l'A.M.O.	70% B.R. ou 100% B.R.	180% B.R. ou 150% B.R.	**250% B.R.**	
Soins et prothèses 100% santé (tels que définis réglementairement) **Panier de remboursement défini selon la localisation dentaire et le matériau utilisé** **Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.**				
- Prothèses	70% B.R.	Frais Réels moins 70% B.R.	**Frais Réels**	
Prothèses hors 100% santé **Panier de remboursement selon la localisation dentaire et le matériau utilisé**				
Panier à honoraires maitrisés				
- Inlays onlays	70% B.R.	30% B.R.	**100% B.R.**	Actes soumis à des honoraires limites de facturation.
- Prothèses	70% B.R.	180% B.R.	**250% B.R.**	Actes soumis à des honoraires limites de facturation. Actes soumis au plafond global de remboursement.
Panier à honoraires libres				
- Inlays onlays	70% B.R.	30% B.R.	**100% B.R.**	
- Prothèses	70% B.R.	180% B.R.	**250% B.R.**	Actes soumis au plafond global de remboursement.
- **Actes non remboursés par l'AMO**	Néant	200 €	**200 €**	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
OPTIQUE				
1 monture et 2 verres tous les deux ans de date à date pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (période ramenée à un an en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale). **1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans.**				
Equipements 100% santé (tels que définis réglementairement) (verres et/ou monture) **Classe A** **Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.**				
- Monture	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	**Frais Réels**	
- Verres (tous types de correction)	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	**Frais Réels**	
- Prestations d'appairage	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	**Frais Réels**	Prestation appliquée lorsqu'un équipement comporte des verres de corrections différentes
Equipements hors 100% santé (verres et/ou monture) **Classe B - Tarifs libres**				
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins				
- Monture	60% B.R.	70 € moins 60% B.R.	**70 €**	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	50 € moins 60% B.R.	**50 €**	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	115 € moins 60% B.R.	**115 €**	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	115 € moins 60% B.R.	**115 €**	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins				
- Monture	60% B.R.	50 € moins 60% B.R.	**50 €**	Forfait par monture et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre simple	60% B.R.	40 € moins 60% B.R.	**40 €**	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre complexe	60% B.R.	95 € moins 60% B.R.	**95 €**	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
- Verre très complexe	60% B.R.	95 € moins 60% B.R.	**95 €**	Forfait par verre et par bénéficiaire. Y compris Ticket Modérateur.
Autres prestations sur verres et monture : filtres, prismes et adaptation de la prescription	60% B.R.	40% B.R.	**100% B.R.**	
Basse Vision : Kepler et téléagrandisseur	Néant	75 €	**75 €**	Forfait par année civile et par bénéficiaire
Lentilles				
- Lentilles remboursées par l'A.M.O.	60% B.R.	40% B.R. + 100 €	**100% B.R. + 100 €**	Forfait par année civile et par bénéficiaire valant pour ces deux rubriques. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien.
- Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	Néant	100 €	**100 €**	
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.	Néant	200 €	**200 €**	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.

FLEXADRÉA FRONTAMUT FF33

SOINS REMBOURSÉS PAR LE REGIME OBLIGATOIRE FRANÇAIS
Garantie responsable

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE **(AMO)** DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE **(AMC)**	TOTAL	
AIDES AUDITIVES				
Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date				
Equipement 100% santé (tels que définis réglementairement) **Classe I - Soumis à des prix limites de vente** **Le professionnel de santé a l'obligation de vous proposer au moins un équipement « 100% santé » et d'établir un devis.**				
- Aides auditives	60% B.R.	Frais Réels moins 60% B.R.	**Frais Réels**	Appareillage auditif.
Equipement hors 100% santé **Classe II - Tarifs libres**				
- Aides auditives jusqu'à 20 ans inclus ou atteint de cécité	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	**100% B.R.** **+ 300 €**	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins. Cécité : entendue comme une acuité visuelle inférieure à 1/20ème après correction
- Aides auditives plus de 20 ans	60% B.R.	40% B.R. + 300 €	**100% B.R.** **+ 300 €**	Appareillage auditif. Age apprécié à la date des soins.
Accessoires, entretien, piles, réparations	60% B.R.	40% B.R.	**100% B.R.**	
Assistance : voir notice d'informations. **Tous les actes de prévention pris en charge par l'A.M.O. sont remboursés à 100% B.R.** **Capital maladies graves :** voir notice d'informations				

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)
Le Service Médical Rendu est évalué par la Haute Autorité de Santé
D.P.T.M. : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (pour plus de détails sur les D.P.T.M. en vigueur : voir Annexe du contrat « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »)

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) 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.

Vous êtes frontaliers, vous bénéficiez de prestations complémentaires pour les soins dispensés en Suisse.
Le bénéfice de ces prestations est également étendu aux ayants droits du membre participant sous réserve de présentations d'un justificatif de refus de prise en charge du régime obligatoire.

Prestations de la garantie	Remboursement TOTAL
SOINS MEDICAUX COURANTS (TAUX DE PARTICIPATION EXPRIMÉ EN POURCENTAGE DU TARIF CADRE LAMAL)	
- Consultations, visites, actes de spécialités - Actes d'imagerie - Analyses médicales, auxiliaires médicaux - Chiropracteurs - Pharmacie - Appareillage, orthopédie	**100%**
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION **AUCUNE AUTRE SPÉCIALITÉ QUE CELLES CITÉES DANS LE DÉTAIL DE LA GARANTIE NE SERA REMBOURSÉE**	
Prévention et addiction : Sur présentation de la facture acquittée. Scellement des sillons (de 15 à 20 ans). Prévention SIDA et MST : préservatifs. Vaccins prescrits (uniquement injections). Arrêt dépendance (tabac, alcool, drogues) : achats prescrits de produits de substitution et de médicaments de sevrage, consultation alcoologues, consultation tabacologues, consultation toxicologues. Arrêt du tabac prescrit : traitement délivré en pharmacie remboursé ou non par l'A. M.O. et acupuncteurs (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité)	**100 € / année civile**
Médecines non remboursées par l'A.M.O. Sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale. Soins pédicures, podologues, nutritionnistes, diététiciens, psychologues, sexologues, sophrologues (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité) Bilan stress oxydant. Ostéodensitométrie. Pharmacie prescrite non remboursée par l'A. M.O. (hors forfait intimité).	**100 € / année civile**
Médecines douces : Sur présentation de la facture acquittée. Ostéopathes, homéopathes, acupuncteurs, naturothérapeutes, auriculothérapeutes, phytothérapeutes, chiropracteurs, cryothérapie (praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité).	**100 € / année civile**
Allergies. Sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale. Équipement de la literie anti-acarien, complément sur les aides respiratoires, médicaments préventifs.	**100 € / année civile**
Forfait intimité. Contraception prescrite, test de grossesse, traitement ménopause, traitement de l'érection et de l'impuissance. Fécondation In Vitro	**50 € / année civile**

FLEXADRÉA FRONTAMUT FF33

SOINS REMBOURSÉS PAR LE REGIME OBLIGATOIRE FRANÇAIS
Garantie responsable

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			PRÉCISIONS
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE **(AMO)** DANS LE PARCOURS DE SOINS	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE **(AMC)**	TOTAL	

Prestations de la garantie **Soins en urgence non programmés : remboursés initialement par le Lamal**	**Remboursement TOTAL, incluant le remboursement LAMAL**
HOSPITALISATION EN MÉDECINE, CHIRURGIE, MATERNITÉ. AUTRES SERVICES EXCLUS – SOINS D'URGENCE NON PROGRAMMÉS	
Séjour en établissement public en facturation SwissDRG (remboursement dans la limite du tarif SwissDRG).	**100%**
Séjour en établissement privé en honoraires libres et séjour en établissement semi-privé quel que soit la facturation	**1250 CHF/jour + 630 CHF de forfait d'entrée**
Transports.	**100%**

DRG = Diagnostic Related Groups. Classification regroupant les soins en hospitalisation en fonction des affections traitées. Ces données ont été définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
ADREA MUTUELLE - mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – Immatriculation sous le n° 311 799 878
Produit – FLEX FRONTAMUT

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 ?

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du régime de l'assurance maladie obligatoire (A.M.O.) français ou du régime d'assurance maladie Suisse (LAMal). Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

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

✓ **Hospitalisation :**

Soins remboursés par l'A.M.O. français : honoraires, participation assuré, frais de séjour et de transports, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnant.
Soins dispensés en Suisse : pour les soins d'urgence non programmés en médecine, chirurgie, maternité : séjour en hôpital public en facturation SwissDRG, transports.

✓ **Soins médicaux courants :**

Dispositions communes à la France et à la Suisse: consultations, visites, radiologies, auxiliaires médicaux
Soins remboursés par l'A.M.O. français : examens médicaux, participation assuré, analyses, pharmacie, vaccins anti-grippe prescrits non remboursés par l'A.M.O., cures thermales
Soins dispensés en Suisse : actes de spécialités, chiropracteur, pharmacie, appareillage, orthopédie, Bien être et prévention

- ✓ **Optique :** monture, verres, prismes, filtres, lentilles remboursées ou non par l'A.M.O.
- ✓ **Dentaire :** soins, prothèses, orthodontie, radiologies.
- ✓ **Appareillage :** orthopédie, prothèses et appareillage.
- ✓ **Capital Maladies Graves**
- ✓ **Prévention :** actes de prévention prévus par le contrat responsable.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Traitement correctif de la vision, basse vision
Actes dentaires non remboursés par l'A.M.O.
Soins non programmés en établissements privés ou hôpitaux publics ne relevant pas de SwissDRG
Renfort bien-être et Prévention

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens et les audioprothésistes partenaires).

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou 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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✖ Les traitements esthétiques, diététiques ou de cosmétologie.
- ✖ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnels.
- ✖ Les actes non pris en charge par l'A.M.O. sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches garanties.
- ✖ Les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, sauf précisions contraires dans les fiches « garanties »

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

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Principales restrictions :

! **Hospitalisation :**

Soins remboursés par l'A.M.O. français :
Chambre particulière : en ambulatoire : 20 €/jour.
Frais d'accompagnant : de 25 à 35€ /jour, limité de 30 à 90 jours par année civile selon le service. Hors ambulatoire : de 50 à 65€ /jour, limité de 30 à 60 jours par année civile selon le service.
Soins dispensés en Suisse : soins programmés, et soins non programmés hors services de médecine, chirurgie, maternité.

- ! **Optique :** limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire :** plafond évolutif par année civile sur les prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O., les actes hors Classification Commune des Actes Médicaux sont exclus.
- ! **Appareillage auditif :** Forfait par oreille et par bénéficiaire. Une aide auditive tous les 4 ans par oreille de date à date.
- ! **Forfaits bien-être et prévention** (pour soins en suisse) par année civile.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France, en Suisse et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés en Suisse, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie suisse (LAMal).
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, hors Suisse, 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 ?

Sous peine de suspension des garanties :

- **A l'adhésion :**

- Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français.
- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée.
- Avoir le statut de travailleur frontalier : à ce titre exercer une activité professionnelle en Suisse et résider en France.

- **En cours de contrat :**

- Informer la mutuelle de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le règlement mutualiste

- **Pour le versement des prestations:**

- Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.
- Etre titulaire d'un compte bancaire en France.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.
Les paiements peuvent être effectués par prélèvements, par carte bancaire ou par chèques.
Le paiement des cotisations peut être fractionné au mois, au trimestre ou au semestre.

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. 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 à l'échéance annuelle du contrat lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.

La couverture cesse lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies. Toutefois, en cas de perte de votre statut de travailleur frontalier suisse, vous serez automatiquement transféré vers une garantie individuelle de niveau équivalent : seules les prestations complémentaires spécifiques pour les soins dispensés en Suisse ne seront plus prises en charge.

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 contrat peut être résilié à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. Il peut également être résilié par tout moyen en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garantie.

Lorsque l'avis d'échéance annuel des cotisations vous est envoyé après le 15 octobre, vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour demander la résiliation de votre adhésion.
Lorsque ce droit à résiliation n'est pas porté à votre connaissance sur l'avis d'échéance annuel, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion, par lettre recommandée, à tout moment à compter de la date de renouvellement du contrat.

AÉSIO MUTUELLE

FRONTALIERS

FLEXADREA FRONTAMUT FF33

Exemples de remboursements - Régime général - Garantie responsable

EXEMPLE	PRIX MOYEN PRATIQUÉ OU TARIF RÉGLEMENTÉ	BASE DE REMBOURSEMENT	REMBOURSEMENTS		RESTE À CHARGE	PRÉCISIONS ÉVENTUELLES	COMMENTAIRES
			DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*)	DE L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)			
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	-	0,00 €	20,00 €	**0,00 €**	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	355,00 €	271,70 €	247,70 €	107,30 €	**0,00 €**	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 pour un œil
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	431,00 €	271,70 €	247,70 €	159,85 €	**23,45 €**		Prix moyen national de l'acte pour un oeil
Frais de séjour en soins de courte durée	1 470,00 €	1 470,00 €	1 176,00 €	294,00 €	**0,00 €**	Tarif par jour. Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la sécurité sociale.	Tarif en vigueur au 1er janvier 2019 aux Hospices Civiles de Lyon
Chambre particulière en médecine avec nuitée	67,00 €	-	0,00 €	60,00 €	**7,00 €**	Tarif par jour. Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention.	Prix moyen constaté en 2011 en établissement privé (source France Assos Santé - 2018)
SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	**1,00 €**	Le reste à charge comprend 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).	Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	**1,00 €**		Tarif conventionnel
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	**1,00 €**		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)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	18,40 €	**22,50 €**		Prix moyen national de l'acte
Consultation d'un médecin spécialiste en dermatologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) hors parcours de soins	48,00 €	23,00 €	5,90 €	10,40 €	**31,70 €**	Le reste à charge comprend la participation forfaitaire de 1€, ainsi que la majoration du ticket modérateur et l'éventuelle franchise sur les dépassements d'honoraires.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
DENTAIRE							
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	**0,00 €**		Tarif conventionnel
Orthodontie remboursée par l'AMO	611,00 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	**127,25 €**	Tarif pour un semestre.	Prix moyen constaté (source Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale - Juillet 2017)
Prothèse 100% santé							
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières pré-molaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	**0,00 €**		Honoraire limite de facturation
Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires maitrisés							
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes pré-molaires	538,70 €	120,00 €	84,00 €	216,00 €	**238,70 €**	Dans la limite du plafond de la garantie.	Prix moyen national de l'acte
Prothèse hors 100% santé - Panier honoraires libres							
Couronne céramo-métallique sur molaires	538,70 €	107,50 €	75,25 €	193,50 €	**269,95 €**	Dans la limite du plafond de la garantie.	Prix moyen national de l'acte
OPTIQUE							
Lentilles remboursées par l'AMO	210,00 €	78,96 €	47,38 €	131,58 €	**31,04 €**	Dans la limite du forfait annuel.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
Equipement 100% santé - classe A							
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	**0,00 €**	Verres simples pour un adulte (plus de 16 ans).	Prix limite de vente
Equipement optique de classe A (monture + verres) de verres progressifs (équipement 100% santé)	210,00 €	63,00 €	37,80 €	172,20 €	**0,00 €**	Verres complexes pour un adulte (plus de 16 ans).	Prix limite de vente
Equipement hors 100% santé - classe B							
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,15 €	0,09 €	169,91 €	**175,00 €**	Verres simples pour un adulte (plus de 16 ans). Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen national de l'acte
Equipement optique de classe B (monture + verres) de verres progressifs	596,00 €	0,15 €	0,09 €	299,91 €	**296,00 €**	Verres très complexes pour un adulte (plus de 16 ans). Dans la limite des forfaits de la monture et des verres.	Prix moyen constaté en 2018 (source SNIIRAM)
AIDES AUDITIVES							
Equipement 100% santé - classe I							
Aide auditive de classe I par oreille	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	**0,00 €**	Equipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix limite de vente
Equipement hors 100% santé - classe II							
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	460,00 €	**776,00 €**	Equipement pour un adulte (plus de 20 ans).	Prix moyen national de l'acte
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE							
Ostéopathe	54,00 €	-	0,00 €	54,00 €	**0,00 €**	Dans la limite du forfait par séance.	Prix moyen constaté en 2018 dans les mutuelles du groupe AESIO.

* 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 Maitrisée. 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

MUTUALITÉ MEMBRE DE LA FRANÇAISE

ADREA Mutuelle, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 311 799 878 dont le siège social est sis 25 place de la Madeleine PARIS 8ème (75), deviendra au 1er janvier 2021 AESIO Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS (sous réserve de l'accord de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution)