

SURCO'ADRÉA 3 Sur-complémentaire

Prestations supplémentaires à votre
complémentaire santé
Garantie non responsable

ASSURANCE
MALADIE
COMPLEMENTAIRE

Précisions

HOSPITALISATION		
Honoraires, actes et soins		
Dépassements médecins	+ 50% B.R.	Actes de chirurgie, anesthésie, obstétrique, et autres actes pratiqués en hospitalisation.
Dépassements frais de séjour	+ 50% B.R.	Pour les établissements non conventionnés, dans la limite du tarif d'autorité de la Sécurité sociale.
Chambre particulière avec nuitée en Médecine, Chirurgie, Maternité et Psychiatrie	+ 40 € / jour	Hors ambulatoire. Dans la limite des tarifs signés par convention. Durée illimitée en Médecine, Maternité et Chirurgie. Durée limitée à :
Chambre particulière avec nuitée en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation,...)	+ 20 € / jour	- 30 jours par année civile en Psychiatrie - 90 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation,...). Application d'un délai de franchise de 2 jours par séjour d'hospitalisation.
Chambre particulière en chirurgie ambulatoire (sans nuitée) avec actes de chirurgie et d'anesthésie	+ 15 € / jour	Hors box d'hospitalisation.
Frais d'accompagnement	+ 25 € / jour	Hors ambulatoire. Nuitées, repas, pour un accompagnant sur présentation de factures dédiées à la restauration ou à l'hébergement. Frais maisons de parents pour enfant hospitalisé. Versés sous condition que l'hospitalisé soit inscrit au contrat. Durée illimitée en Médecine, Maternité et Chirurgie. Durée limitée à : -30 jours par année civile en Psychiatrie. -90 jours par année civile en Soins de suite et réadaptation (Convalescence, Rééducation, ...)
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites des médecins généralistes		
Dépassements médecins	+ 50% B.R.	
Consultations, visites des médecins spécialistes		
Dépassements médecins	+ 50% B.R.	
Dépassements Sages-femmes	+ 50% B.R.	
Dépassement auxiliaires médicaux dont infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	+ 50% B.R.	
Dépassements analyses et examens de laboratoire remboursés par l'A.M.O.	+ 50% B.R.	
Actes d'imagerie		
Dépassements médecins remboursés par l'A.M.O.	+ 50% B.R.	Radiographie, scanner, IRM - Échographie ou doppler.
Actes techniques médicaux et de chirurgie		
Dépassements médecins	+ 50% B.R.	Dont actes d'anesthésie pratiqués au cabinet du médecin.
Matériel médical		
Dépassements appareillages, orthopédie	+ 60% B.R.	Limité à 150 € la 1 ^{ère} année civile d'adhésion à la SURCO'ADRÉA Limitation commune aux postes suivants : - Matériel médical - Aides auditives
Prothèses capillaires (suite traitement de chimiothérapie), implants mammaires (suite mastectomie, cancer du sein)	+ 60% B.R.	Limité à 150 € la 1 ^{ère} année civile d'adhésion à la SURCO'ADRÉA Limitation commune aux postes suivants : - Matériel médical - Aides auditives
Transports		
Dépassements transports prescrits remboursés par l'A.M.O.	+ 35% B.R.	
Autres prestations		
Acupuncteurs, chiropracteurs, cryothérapie, homéopathes, naturothérapeutes, nutritionnistes, ostéopathes, psychologues.	+ 30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Praticiens titulaires d'un diplôme d'État reconnu dans leur spécialité et inscrits au répertoire ADELI.
Pharmacie prescrite non remboursée par l'A.M.O.	+ 30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Vaccins prescrits non remboursés par l'A.M.O. (uniquement injections)	+ 30% F.R.	
Contraception prescrite non remboursée par l'A.M.O.	+ 30 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Dépassements Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : soins, transport, hébergement, remboursés par l'A.M.O.	+ 35% B.R.	
Cures thermales remboursées par l'A.M.O. : transport, hébergement remboursés ou non par l'A.M.O.	+ 100 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire.

SURCO'ADRÉA 3 Sur-complémentaire

Prestations supplémentaires à votre
complémentaire santé
Garantie non responsable

ASSURANCE
MALADIE
COMPLEMENTAIRE

Précisions

DENTAIRE		
Plafond global de remboursement de : - 500 € la 1 ^{ère} année civile d'adhésion à la SURCO'ADRÉA, - 1100 € la 2 ^{ème} année civile d'adhésion à la SURCO'ADRÉA, - 1200 € la 3 ^{ème} année civile d'adhésion à la SURCO'ADRÉA et les suivantes pour l'ensemble des actes dentaires désignés ci-dessous. Ces remboursements ne s'appliquent pas aux soins et prothèses dentaires 100% santé tels que définis réglementairement.		
Dépassements soins, actes et consultations	+ 50% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.
Dépassements orthodontie remboursée par l'A.M.O.	+ 250 €	Actes soumis au plafond global de remboursement. Forfait par année civile et par bénéficiaire
Dépassements inlays onlays	+ 50% B.R.	Actes soumis au plafond global de remboursement.
Dépassements prothèses dentaires remboursées par l'A.M.O.	+ 250 €	Actes soumis au plafond global de remboursement. Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Actes non remboursés par l'A.M.O.		
Orthodontie	+ 250 €	Actes soumis au plafond global de remboursement. Forfait par année civile et par bénéficiaire. Limité à 2 semestres de traitement sur la durée de vie du contrat.
Actes (hors implantologie et orthodontie)	+ 100 €	Actes soumis au plafond global de remboursement. Forfait par année civile et par bénéficiaire.
Implantologie	+ 200 €	Actes soumis au plafond global de remboursement. 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. Dans ce cas, la prise en charge au titre de la garantie est possible dans le respect des 2 conditions cumulatives suivantes : le forfait prévu par la garantie n'a pas été intégralement utilisé lors de la prise en charge du 1 ^{er} équipement, le nouvel équipement sera pris en charge dans la limite du solde du forfait restant prévu au titre de la garantie). 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Remboursement ADRÉA limité à 150 € la 1 ^{ère} année civile d'adhésion à la gamme SURCO'ADRÉA. Ces remboursements ne s'appliquent pas aux équipements 100% santé tels que définis réglementairement.		
Adultes et enfants de 16 ans et plus : âge apprécié à la date des soins		
Monture et verres remboursés par l'A.M.O.	+ 150 €	Forfait sur 24 mois (de date à date) et par bénéficiaire.
Enfants moins de 16 ans : âge apprécié à la date des soins		
Monture et verres remboursés par l'A.M.O.	+ 100 €	Forfait sur 12 mois (de date à date) et par bénéficiaire.
Lentilles		
Lentilles remboursées par l'A.M.O.	+ 75 €	Forfait par année civile et par bénéficiaire. Sur prescription médicale. Y compris produits d'entretien.
Lentilles non remboursées par l'A.M.O.		
Chirurgie réfractive non remboursée par l'A.M.O.	+ 200 €	Forfait par année civile, par œil et par bénéficiaire.
AIDES AUDITIVES		
Dépassements aides auditives	+ 200 €	Forfait par année civile, par oreille et par bénéficiaire. Limité à 150 € la 1^{ère} année civile d'adhésion à la SURCO'ADRÉA Limitation commune aux postes suivants : - Matériel médical - Aides auditives
Accessoires, entretien, piles, réparations		
NAISSANCE		
Prime de naissance ou d'adoption	+ 75 €	Versée une fois par enfant, sur présentation de l'acte de naissance.
Capital maladies graves : voir notice d'informations		

B.R. = Base de Remboursement (tarif officiel Assurance Maladie)

A.M.O. = Assurance Maladie Obligatoire

- 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).

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 sur-complémentaire santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels ayants droit en complément des remboursements effectués par une complémentaire santé et par l'A.M.O. en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le produit ne respecte pas 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

- ✓ **Dépassements hospitalisation** : honoraires, frais de séjour et de transports, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Dépassements soins médicaux courants** : consultations, visites médecins, examens médicaux, radiologies, analyses, auxiliaires médicaux, cures thermales.
- ✓ **Dépassements dentaire** : soins, radiologies, prothèses et orthodontie.
- ✓ **Dépassements appareillage** : orthopédie, prothèses et appareillage.
- ✓ **Prime de naissance ou d'adoption.**
- ✓ **Capital Maladies Graves.**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- Dépassements radiologies et analyses non remboursées par l'A.M.O.
- Dépassements chiropracteurs, psychologues, ostéopathes, nutritionnistes, acupuncteurs, naturothérapeutes, homéopathes, cryothérapie.
- Dépassements actes dentaires, d'orthodontie et implantologie non remboursés par l'A.M.O.
- Dépassements cures thermales : transports et hébergement remboursés ou non par l'A.M.O.
- Pharmacie, contraception, vaccins prescrits et non remboursés par l'A.M.O.
- Dépassements optiques : monture, verres, lentilles remboursées ou non par l'A.M.O.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

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.



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.

Principales restrictions:

- ! **Dépassements hospitalisation** : Chambre particulière : en ambulatoire : 15€/jour. Hors ambulatoire : de 15 à 60€ /jour, limité de 30 à 90 jours par année civile selon le service. Délai de franchise de 2 jours.
Frais d'accompagnant : de 20 à 35€/jour, limité de 30 à 90 jours par année civile selon le service.
- ! **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 dioptrie > 0,5.
- ! **Dépassements dentaire** : plafond évolutif par année civile, Orthodontie non remboursée par l'A.M.O. : limité à 2 semestres,
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.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ 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 ?

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.
- Etre couvert par une garantie santé de base conforme aux conditions des "contrats responsables" avec prises en charge minimales fixées par le contrat.
- Ne pas bénéficier de la CMU-C ou de l'ACS.
- Ne pas être couvert par une garantie F21 ou F22 de la gamme FLEXADREA.

▪ 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.
- Informer la mutuelle de la résiliation de la couverture santé de base.

▪ 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.



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.

Toutefois, le droit aux prestations ne prend effet qu'à compter du 1er jour du 2ème mois suivant la date d'adhésion.

Le droit à la prestation "Prime de naissance ou d'adoption" ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de 9 mois suivant la date d'adhésion.

En cas de résiliation de l'adhésion suivie ultérieurement d'une ré-adhésion, le droit aux prestations ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai de 6 mois.

La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas particuliers prévus au contrat ou cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

La couverture cesse lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies, notamment lorsque la couverture santé de base ne répond plus aux conditions fixées par le contrat.

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.

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.