

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies d'assurances : L'EQUITÉ, Entreprise régie par le Code des assurances 572 084 697 RCS Paris

Société appartenant au Groupe Generali, immatriculée sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 CFDP

MAAF Assurances – Mondial Assistance

Produit : FMA PLÉNITUDE

Produit commercialisé par FMA Assurances, société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le n° 12068209 (www.orient.fr)

L'Équité



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 FMA PLÉNITUDE sont fournies au client 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 FMA PLÉNITUDE 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'assuré et des éventuels bénéficiaires, après l'intervention de son régime obligatoire d'assurance maladie et, dans certains cas, des frais non remboursés par ce dernier.

Le produit FMA PLÉNITUDE 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'assuré.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les remboursements de frais couverts par l'assurance 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation Médicale et Chirurgicale** : frais de séjour, forfait journalier, et soins et honoraires en secteur conventionné et non conventionné, transport en ambulance accepté par le régime obligatoire ;
- ✓ **Soins et honoraires médicaux conventionnés** : consultations et visites généralistes et spécialistes, actes de spécialité, auxiliaires médicaux, analyses – laboratoires, radiologie ;
- ✓ **Pharmacie** : médicaments remboursés par le régime obligatoire ;
- ✓ **Optique** : monture et verres (équipement), lentilles acceptés ou refusés par le régime obligatoire, chirurgie corrective ;
- ✓ **Dentaire remboursé par le régime obligatoire** : soins et radios, prothèses mobiles et fixes, orthodontie, implantologie ;
- ✓ **Audioprothèse – appareillage** : orthopédie, petit appareillage et accessoires, autres prothèses acceptées et grand appareillage ;
- ✓ **Prévention Plénitude** : sevrage tabac, détartrage annuel, ostéodensitométrie refusée par le régime obligatoire, alèses, couches, vaccins refusés par le régime obligatoire.

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

(selon option)

Hospitalisation : chambre particulière en chirurgie, médecine et maternité, frais d'accompagnement d'un adulte de plus de 70 ans ;

Soins et honoraires médicaux conventionnés : médecines douces non remboursés par le régime obligatoire ;

Cure thermale : forfait cure thermale sous réserve d'acceptation par le régime obligatoire.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Protection juridique Senior**
- ✓ **Soutien financier Senior**

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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



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 ;
- ✗ 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.

Cette liste n'est pas exhaustive.



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 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

- ! **Forfait journalier** : prise en charge dans la limite de 90 jours par an et par bénéficiaire pour les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médico-sociaux et les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- ! **Optique** : Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue ;

Cette liste n'est pas exhaustive



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 la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion ;
- Etre adhérent(e) à l'Association FAP ;
- Relever d'un régime obligatoire français d'assurance maladie ;
- Fournir tout document justificatif demandé par l'assureur ;

En cours de vie du contrat :

- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : changement d'état civil, cessation ou changement d'affiliation au Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité d'ayant droit, changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle.

Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.

En cas de sinistre :

- Faire parvenir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.



Quand et comment effectuer les paiements?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Mensuel, Trimestriel, Semestriel ou Annuel).

Les paiements peuvent être effectués par chèque (règlement annuel uniquement) ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date de la demande d'adhésion. L'assuré dispose d'un délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, au moins 2 mois avant cette date,
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.
- En cas de révision des cotisations ou des garanties, en nous adressant une demande dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.
- En cas de départ de la France métropolitaine ou de la Principauté de Monaco pour une durée supérieure à un an.