

|  |
| --- |
| **!""#$%&'()\*+,-./,(&0%1$()2%&0/)** !"#$%&'()\*+,'-.)$.(\*)+./&()+$%.+0)+!"1)+1)\*+%\*\*2.%'3)\*+456+789+:;5+<!=+>%.(\*+ **)**   +'2#/."+76:+!?@>+A\*\*2.%'3)\*+ BAA?+A\*\*2.%'3)\*++B"'1(%0+A\*\*(\*-%'3)+  >."12(-+C+?BA+>DEFGHI@,+  >."12(-++ |

**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**  **s ci-joint, qui détaille le niveau des remboursements.**

**-il ?**

Le produit FMA PLÉNITUDE Assurance Complémentaire Santé.

il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant et des éventuels bénéficiaires,   
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

Les remboursements ce 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 refusées 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 ;   
**Soins et honoraires médicaux conventionnés :** médecines douces non remboursés par le régime obligatoire ;   
**Cure thermale** :   
obligatoire.

**LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Protection juridique Sénior Soutien financer Sénior** |

**ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS**



décès.

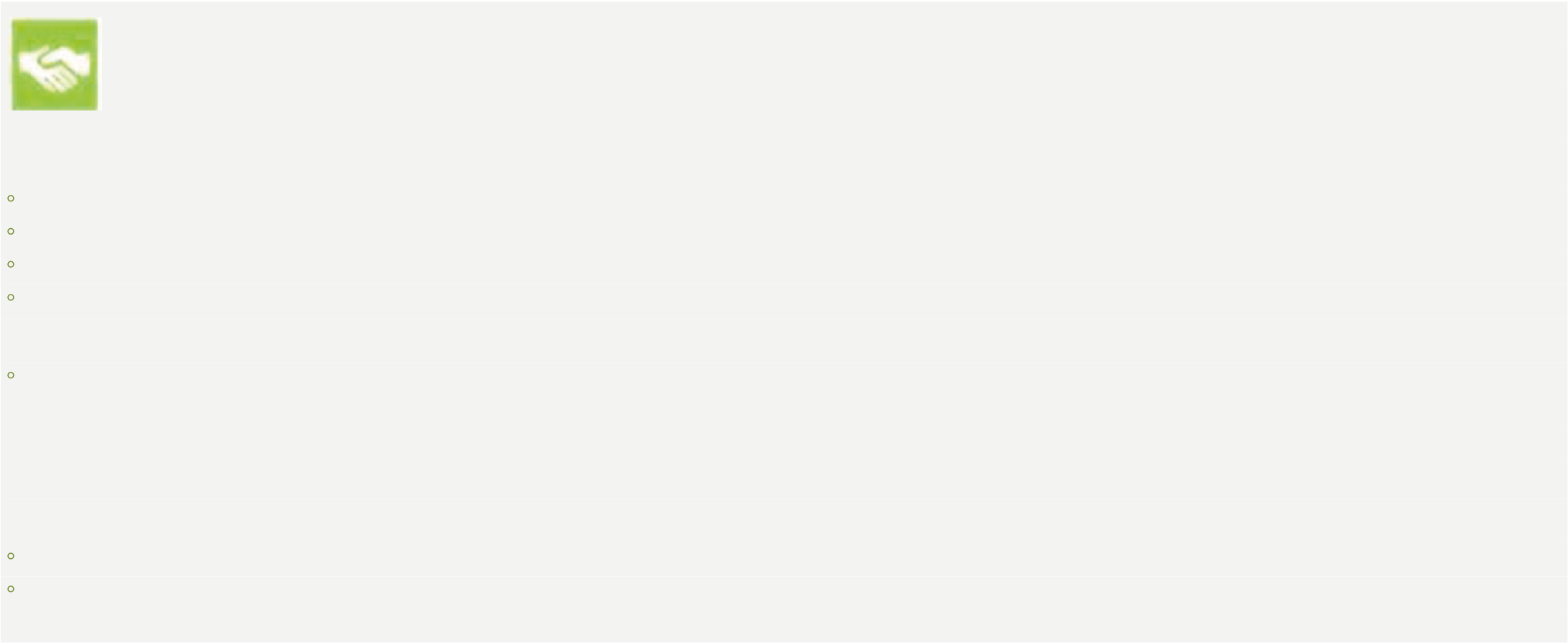
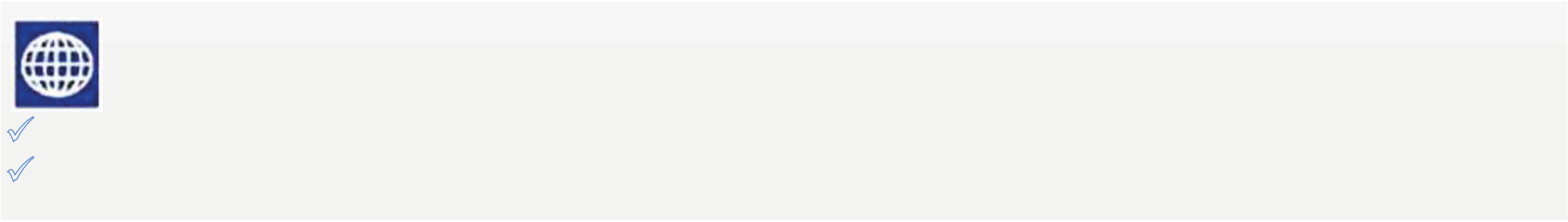
|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ; Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en ;  La chirurgie non prise en charge par la sécurité sociale, dans un but de rajeunissement ou esthétique, |



|  |  |
| --- | --- |
| séjours en institut médico-pédagogique et établissements similaires. | |
|  | **Y-a-t-il des exclusions à la couverture?** |

|  |  |
| --- | --- |
| **!**  **!**  **!** | **PRINCIPALES EXCLUSIONS**  franchises sur les boites de médicaments, actes paramédicaux et transport ;  La majoration du ticket modérateur et les dépassements es de santé sont réalisées en dehors  du parcours de soins ;  -delà de la limite fixée |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **!**  **!** | 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  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 | |
| de la vue ; | **C** |



**Où suis-je couvert ?**

;

|  |  |
| --- | --- |
| maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée. | surance |

**Quelles sont mes obligations?**

**Sous peine de suspension des garanties**

**A la souscription du contrat :**   
Remplir avec exactitude ;   
Etre adhérent(e) à l'Association ;   
Relever d régime obligatoire français ;   
Fournir tout document justificatif demandé ;

|  |  |
| --- | --- |
| **En cours de vie du contrat :** | 15 (quinze) jours qui suivent leur connaissance : |

u Régime Obligatoire, changement de domicile, départ hors de France métropolitaine, cessation de qualité nelle.

Ces changements peuvent dans certains cas entrainer 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 ;

soins de votre Sécurité sociale.

ans suivant la date de remboursement des

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Quand et comment effectuer les paiements?** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 ?** | |
| . | | adhésion. Cette date est toujours postérieure à la date délai de rétraction de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date de signature de |
|  | **Comment puis-je résilier le contrat ?** | |
| Vous pouvez mettre fin au contrat :  - - 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.- | | |