

ASSURANCE ET GESTION

Assureur	L'ÉQUITÉ
Gestionnaire production	ASSURONE GROUP
Gestionnaire prestations	AGEO
Références contractuelles	<p>Non TNS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ N° de police mère : AC485183 ✓ Document contractuel : Dispositions Générales Réf. EQC017DGA <p>TNS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ N° de police mère : AC485182 ✓ Document contractuel : Notice d'information Réf. EQC017NIA

LES PLUS PRODUIT

Promesse produit

- ✓ Une complémentaire santé qui va à l'essentiel sans faire l'impasse sur les postes de santé importants
- ✓ Cœur de cible : les familles et les seniors n'ayant pas de gros besoins en santé et qui recherchent une couverture avec un bon rapport prestations-cotisations sans garanties superflues (pas d'assistance, pas de forfait coûteux type chirurgie réfractive de l'œil ou forfait naissance...)
- ✓ Une offre entrée/moyenne gamme mais sans tomber dans l'assurance low-cost : tiers payant inclus, chambre particulière, frais d'accompagnement enfants, vignettes orange, forfait optique, forfait prévention...

Plus produit

REDUCTIONS SPECIFIQUES :

- ✓ -10% pour les TNS
- ✓ -5% pour les couples
- ✓ -10% avec un enfant (couple ou adulte seul)
- ✓ -15% avec 2 enfants ou plus (couple ou adulte seul)
- ✓ Cotisation gratuite du 3^{ème} enfant et plus

GARANTIES :

- ✓ Tiers payant inclus
- ✓ Pas de délai d'attente sur l'hospitalisation en cas d'accident
- ✓ La prise en charge des vignettes bleues, blanches et orange
- ✓ La chambre particulière dès l'option 2
- ✓ Les frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans
- ✓ Un forfait optique jusqu'à 200 € + bonus fidélité : report de 25 € en année 1 et 50 € en année 2
- ✓ Un forfait prévention jusqu'à 125 € / an avec les médecines douces et les vaccins non remboursés

CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

Age et ayants-droit

- ✓ Souscripteur : de 18 à **80 ans inclus**
- ✓ Conjoint : de 18 à **80 ans inclus**
 - personne avec laquelle il est marié, non divorcé et non séparé de corps judiciairement,
 - son concubin, sous réserve de la production d'un justificatif de concubinage ou de vie commune,
 - son partenaire, sous réserve de la production d'une attestation d'inscription de la déclaration du Pacte Civil de Solidarité
- ✓ Enfant(s) :
 - âgés de moins de 18 ans, reconnus à sa charge ou à celle de son conjoint au sens du régime obligatoire auquel relève l'assuré ou son conjoint,
 - âgés de 18 à 26 ans inclus, sous réserve :
 - qu'ils produisent un justificatif annuel de scolarité et n'exercent pas d'emploi rémunéré à caractère permanent,
 - qu'ils soient en formation en alternance ou en contrat d'apprentissage, sous réserve de justificatif,
 - qu'ils soient inscrits au Pôle Emploi en tant que primo demandeur d'emploi,
 - sans limite d'âge si l'enfant bénéficie des allocations pour personnes handicapées

GARANTIES ET SERVICES

Garanties

- ✓ Produit packagé
- ✓ 4 niveaux de remboursement

Changement de garanties

- ✓ Les changements de garanties (à la hausse ou à la baisse) entraînent un recalcul des plafonds annuels (proratisation).
- ✓ Par contre, ils n'entraînent pas de nouveaux délais d'attente.

Service

- ✓ Tiers payant inclus

DELAIS D'ATTENTE

Délais d'attente

- ✓ Hospitalisation : 3 mois suite maladie – sans délai suite à un accident
- ✓ Dentaire : 3 mois
- ✓ Optique : 3 mois

Ces délais peuvent être abrogés si l'assuré était couvert sans interruption jusqu'à la date d'effet du contrat avec des garanties antérieures équivalentes ou supérieures (sur présentation du certificat de radiation).

Les prestations en pourcentage sont exprimées sur la base du tarif de responsabilité (Tarif de convention en secteur conventionné / Tarif d'autorité en secteur non conventionné) et intègrent le remboursement du Régime Obligatoire. Elles sont accordées dans la limite des frais réels. Un seul niveau de garantie doit être souscrit pour une même famille.

Les montants annuels en euro figurant dans ce tableau représentent des plafonds versés en sus du remboursement éventuel du Régime Obligatoire, dans la limite des frais réels. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés.

Ces garanties respectent les conditions du contrat responsable : hors du parcours de soins, le désengagement du régime obligatoire et les pénalités pratiquées sous forme de dépassements d'honoraires autorisées ne sont pas pris en charge par l'assureur. La contribution forfaitaire de 1€ et les franchises médicales restent à la charge du patient. L'assureur couvre au moins deux des actes de prévention définis par arrêté ministériel.

	ESSENTIEL	EQUILIBRE	CONFORT	SERENITE
HOSPITALISATION				
Frais de séjour en secteur conventionné	100%	150%	200%	300%
Soins, honoraires en secteur conventionné	100%	150%	200%	300%
Frais de séjour, soins, honoraires en secteur non conventionné	100%	125%	150%	200%
Forfait hospitalier journalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (limité à 30 j / an)	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour
Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans hospitalisé (limité à 15 j / an)	15 € / jour	15 € / jour	20 € / jour	20 € / jour
Transport du malade	100%	100%	100%	100%
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS, REEDUCATION, CONVALESCENCE, MOYEN SEJOUR (suite à une hospitalisation)				
Frais de séjour, soins, honoraires (limité à 60 j / an)	100%	100%	100%	100%
Forfait hospitalier journalier (limité à 60 j / an) ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
HOSPITALISATION EN MILIEU SPECIALISE (psychiatrie et assimilée)				
Frais de séjour, soins, honoraires (limité à 30 j / an)	100%	100%	100%	100%
Forfait hospitalier journalier (limité à 30 j / an) ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (limité à 30 j / an)	-	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour
HOSPITALISATION A DOMICILE⁽²⁾				
Frais de séjour, soins, honoraires (limité à 60 j / an)	100%	100%	100%	100%
SOINS DE VILLE				
Consultations, visites (généralistes, spécialistes)	100%	125%	150%	175%
Auxiliaires médicaux	100%	100%	125%	150%
Actes techniques médicaux ou de spécialité	100%	100%	125%	150%
Analyses, radiologie, imagerie	100%	100%	125%	150%
Pharmacie (remboursée par la Sécurité sociale : vignettes blanches, bleues et orange)	100%	100%	100%	100%
Prothèses auditives, orthopédiques, petit appareillage	100%	100%	125%	150%
Cures thermales (remboursées par la Sécurité sociale : soins, hébergement, transport)	100%	100%	100%	100%
DENTAIRE				
Soins dentaires	100%	100%	125%	150%
Prothèses dentaires (remboursées par la Sécurité sociale)	100%	175%	200%	250%
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	100%	175%	200%	250%
Plafond annuel de remboursement dentaire (hors soins)	500 €	700 €	1 000 €	2 000 €
OPTIQUE				
Forfait annuel optique : monture et verres (1 équipement par an et par bénéficiaire)	50 €	100 €	150 €	200 €
Lentilles remboursées ou non				
Bonus Forfait optique année 2 (si prestation non utilisée l'année précédente)	75 €	125 €	175 €	225 €
Bonus Forfait optique année 3 (si prestation non utilisée l'année précédente)	100 €	150 €	200 €	250 €
ACTES NON PRIS EN CHARGE PAR LA SECURITE SOCIALE				
Médecines douces (ostéopathe, étioopathe, chiropracteur, acupuncteur)	50 €	75 €	100 €	125 €
Vaccins non remboursés				
2 actes de prévention	100%	100%	100%	100%

(1) Pour le régime Alsace-Moselle, ce poste est pris en charge par le Régime Obligatoire

(2) Avec accord de la Sécurité sociale

LIMITES DE LA GARANTIE

Limites de la garantie

✓ **Limitation de l'hospitalisation en psychiatrie et assimilée :**

L'hospitalisation en milieu spécialisé (service psychiatrique, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie) est prise en charge à hauteur de **100 % du tarif de responsabilité pour les frais de séjour, soins et honoraires dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.**

Sont également pris en charge la **chambre particulière et le forfait hospitalier dans la limite de 30 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.**

✓ **Limitation de l'hospitalisation en maisons de repos, rééducation, convalescence et moyen séjour, suite à une hospitalisation :**

L'hospitalisation en maisons de repos, rééducation, convalescence et moyen séjour faisant suite à une hospitalisation est prise en charge à hauteur de **100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour les frais de séjour, soins et honoraires dans la limite de 60 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.**

Est également pris en charge le forfait hospitalier dans la **limite de 60 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.** La **chambre particulière n'est pas prise en charge.**

✓ **Limitation de l'hospitalisation à domicile :**

L'hospitalisation à domicile est prise en charge à hauteur de **100 % du tarif de convention pour les frais de séjour, soins et honoraires, dans la limite de 60 jours par bénéficiaire et par année d'assurance.**

Exclusions

Ne sont pas remboursés :

- ✓ Les actes ne figurant pas sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ne sont pas remboursés, sauf cas particuliers prévus au contrat.

Les exclusions ci-dessous s'appliquent à toutes les garanties d'assurance à l'exception des garanties minimum des contrats responsables (cf. CG). Les garanties ne s'exercent pas en cas :

- ✓ de guerre civile ou étrangère,
- ✓ de désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- ✓ de traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ou esthétique,
- ✓ d'une aggravation due à l'inobservation intentionnelle par l'assuré des prescriptions du médecin.

Sont également applicables les exclusions imposées par le dispositif législatif des contrats dits «responsables» (cf. CG).