

Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle 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 « Calibris Santé » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations ne peuvent être plus élevés que les dépenses réelles engagées. Ils varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de prestations. Ainsi, suivant les cas, ils peuvent couvrir totalement ou partiellement le reste à charge pour l'assuré.

Les garanties de base sur l'ensemble des niveaux sont les suivantes :

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour ; honoraires ; forfait journalier hospitalier.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux ; consultations et visites de psychiatre et neuropsychiatre ; honoraires paramédicaux ; matériel médical ; analyses et examens de laboratoires ; transport pris en charge par le régime de base ; actes de prévention pris en charge par le régime de base ; médicaments pris en charge par le régime de base.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé ; soins, inlays, onlays, scellement des sillons et parodontologie ; inlay core, prothèses et orthodontie prises en charge par le régime de base ; couronne fixe sur dent du sourire et sur dent non visible ; bridges sur dent du sourire et sur dent non visible ; autres prothèses et inlay-core, orthodontie pris en charge par le régime de base.
- ✓ **Optique** : équipement 100% santé ; lunettes ; suppléments et prestations équipement optique ; lentilles prescrites prises en charge par le régime de base.
- ✓ **Aides auditives** : équipement 100% santé prothèses auditives à compter du 01/01/2021 ; prothèses auditives hors panier 100% Santé, autres prestations liées aux aides auditives.

Les garanties complémentaires, sur les niveaux 100+ à 200, sont les suivantes :

- **Hospitalisation** : chambre particulière ; bonus fidélité avec prise en charge des frais de télévision et séjour accompagnant en fonction de l'ancienneté.
- **Dentaire** : bonus fidélité pour les couronnes fixes et brides.
- **Optique** : lentilles prescrites non prises en charge par le régime de base ; bonus fidélité pour les verres de classe B.
- **Aides auditives** : bonus fidélité pour les prothèses auditives hors panier 100% Santé.

Les services systématiquement prévus sur les niveaux 1 à 4 sont les suivants :

- ✓ Assistance Santé.
- ✓ Protection et assistance juridique
- ✓ Prévention, conseil médical et consultation en ligne
- ✓ Exonération des cotisations en cas de décès accidentel
- ✓ Tiers payant.

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les établissements et services sociaux.
 - Dans les établissements médico-sociaux et médico-pédagogiques.
 - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
 - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.



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

Les principales exclusions du contrat responsable sont les suivantes :

- ! La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires relatifs aux actes réalisés 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.

Les principales restrictions sur l'ensemble des niveaux sont les suivantes :

- ! **Optique** :
Prise en charge limitée à un équipement tous les deux ans, réduite à un an pour un mineur ou si la vue évolue.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans dans la limite du prix limite de vente (Classe I) ou de 1 700€ (Classe II) à compter du 01/01/2021.

Y a-t-il des exclusions à la couverture (suite) ?

Les principales restrictions sur les niveaux 100+ à 200 sont les suivantes :

! Chambre particulière :

- Délai d'attente de 60 jours (niveaux 100+ à 200) à compter de la prise d'effet du contrat, sauf en cas d'hospitalisation liée à un accident ou mutation avec un autre organisme d'assurance.
- Prise en charge limitée à 90 jours par an et par bénéficiaire en cas d'hospitalisation médicale et chirurgicale, à 30 jours par an et par bénéficiaire dans les établissements et unités de soins de suite et de réadaptation et exclue pour les établissements et unités psychiatriques.

! Frais de télévision :

- Garantie acquise après la 2^{ème} année d'adhésion ;
- Prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.

! Séjour accompagnant :

- Garantie acquise après la 4^{ème} année d'adhésion
- Prise en charge limitée à 30 jours par an et par bénéficiaire.

! Dentaire :

- Bonus fidélité pour les couronnes fixes et brides après la 2^{ème} et la 4^{ème} année d'adhésion.
- Plafonds du nombre d'actes pour les couronnes fixes et les bridges hors panier 100% Santé en fonction du niveau souscrit et de l'ancienneté du bénéficiaire.

! Optique : bonus fidélité pour les verres de classe B après la 2^{ème} et la 4^{ème} année d'adhésion.

! Aides auditives : bonus fidélité pour les prothèses auditives hors panier 100% Santé après la 2^{ème} et la 4^{ème} année d'adhésion.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine.
- ✓ Dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, de la Réunion, et de la Guyane (à l'exclusion de Mayotte), à Saint-Martin (territoire français) ou à Saint-Barthélemy.
- ✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

• À la souscription du contrat

- Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
- Etre affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cours de contrat

- Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans le mois qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des événements suivants : changement d'adresse, changement du département de résidence, changement du régime de base.
- Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

• En cas de sinistre

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel). Le paiement peut être effectué par chèque ou prélèvement bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture commence à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception du bulletin d'adhésion complété et signé au siège Asrama Gestion (gestionnaire du contrat).

L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus selon les modalités de la vente à distance ou du démarchage à domicile.

Le contrat est conclu pour l'année civile en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en utilisant tout support énuméré à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, adressé à Asrama Gestion – 243 avenue Cugnot – ZAC des Escampades – 84170 MONTEUX :

- A la date d'échéance principale du contrat, fixée au 31 décembre de chaque année, au moins deux mois avant cette date.
- Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat et dans les conditions fixées au contrat.
- A la suite d'une modification du contrat d'assurance, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.

Miltis

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817 -
Siège social : 25 cours Albert Thomas – 69003 LYON