

# Fiche Produit



**SANTÉ**

## Assurance **SANTE**

**Assurance-Santé, l'assurance SANTE devient plus simple.**

Notre rôle est de vous proposer un contrat avec toutes les garanties dont vous avez besoin pour assurer votre santé, avec une cotisation la moins chère possible. Pour cela, nous négocions en permanence auprès des plus grandes compagnies d'assurance du marché. Faites-nous confiance et profitez ainsi de cette organisation efficace pour vous aider à réaliser chaque année jusqu'à 40 % d'économies sur votre budget santé.

**Assurance-Santé c'est votre Assureur à domicile !**

Dès votre demande de devis, vous accédez à un espace personnel sécurisé qui vous permet, de retrouver votre devis, de souscrire votre contrat et d'y accéder en permanence, par exemple pour régler vos cotisations, signaler un changement d'adresse, ou consulter vos remboursements en ligne. Tous ces services sont bien entendu disponibles par téléphone auprès de votre conseiller. Cette organisation vous permet de bénéficier d'un véritable service à domicile pour la gestion de vos assurances. Cela nous permet aussi de réduire fortement les dépenses de gestion et ainsi de vous faire bénéficier directement de ces économies sur vos cotisations.



**Contactez-nous !**

[www.assurance-sante.com](http://www.assurance-sante.com)

**Assurance Sante**  
BP 30200  
95210 Saint Gratien

**Tél. : 01 76 29 75 75**  
[contact@assurance-sante.com](mailto:contact@assurance-sante.com)

# Les 10 avantages de notre Assurance SANTE :

Vous venez de calculer le tarif d'assurance pour votre Assurance Santé et le tarif vous permet de réaliser une sérieuse économie chaque année ?

Et bien ce n'est pas tout ! Selon la formule choisie, vous avez même 10 bonnes raisons supplémentaires de rejoindre les milliers de clients satisfaits qui nous font déjà confiance :

- 1 - La transparence des tarifs, tout est écrit noir sur blanc, lorsque nous affichons un tarif, nous nous engageons.
- 2 - La souscription immédiate, sans questionnaire médical sur Internet ou par téléphone
- 3 - Votre contrat est garanti par nos compagnies et mutuelles partenaires, sélectionnées pour leur solidité et la compétitivité de leurs tarifs.
- 4 - Vous construisez votre assurance santé selon vos besoins et votre budget. Vous avez la possibilité de choisir entre 4 niveaux de remboursements pour chacun des 4 postes de garanties proposées (soins de ville, hospitalisation, optique, dentaire et actes non remboursés par la Sécurité Sociale).
- 5 - Le paiement mensuel sans frais supplémentaires.
- 6 - Des remboursements sous 48h : information immédiate par e mail
- 7 - Une carte Tiers Payant valable pour la pharmacie, laboratoire, radiologie, kiné et auxiliaires médicaux, hospitalisation, soins externes, etc....
- 8 - Une demande de prise en charge hospitalière possible par internet, e mail ou par téléphone
- 9 - Notre assurance santé prend en charge pour les familles, à partir du niveau 1, des actes de médecines douces ainsi qu'un ensemble d'actes non remboursés par la sécurité sociale
- 10 - Notre assurance santé favorise la Prévention, c'est un contrat responsable et à ce titre il prend en charge entre autre les vaccins non prise en charge par la Sécurité sociale,



## I - Les garanties Assurance-Santé pour votre contrat Santé

L'Assurance Santé Assurance-Santé est une offre entièrement modulaire qui vous permet de composer votre formule personnalisée adaptée à vos besoins et votre budget : 4 niveaux de remboursements au choix pour chacun des 5 postes de prestation.

Nos tarifs très avantageux vous donnent la possibilité de choisir une formule avec plus de garanties tout en faisant des économies.

Si vous hésitez dans le choix de la formule adaptée à vos besoins, nos conseillers sont à votre disposition pour vous guider dans votre choix et répondre à toutes vos questions.

Les tableaux ci-dessous vous indique par profil et par poste de prestation: soins de ville, hospitalisation, optique, dentaire et les actes hors nomenclatures les 4 niveaux de remboursements à votre choix : Les prestations exprimées en % se réfèrent aux bases de remboursement (BR) de la Sécurité sociale et incluent la participation du Régime Obligatoire. Ces versements ne peuvent en aucun cas dépassés les montants des frais engagés.

Pour les montants exprimés en €: il s'agit de forfait valable par année d'adhésion et par assuré

Profil célibataire	ESSENTIEL	EQUILIBRE	CONFORT	SERENITE
HOSPITALISATION *	100% BR	125%BR	150%BR	300%BR
SOINS DE VILLE*	100%BR	125%BR	150%BR	250%BR
DENTAIRE*	100%BR	125%BR	150%BR	250% BR
OPTIQUE*	80 €	125 €	150 €	250 €
FORFAITS POUR ACTES NON REMBOURSES PAR SS *	30 €	290€	890 €	1610 €

### Profil famille

HOSPITALISATION *	100% BR	150%BR	200%BR	400%BR
SOINS DE VILLE*	100%BR	150%BR	200%BR	300%BR
DENTAIRE*	100%BR	150%BR	200%BR	300% BR
OPTIQUE*	100 €	250 €	300 €	400 €
FORFAITS POUR ACTES NON REMBOURSES PAR SS *	70 €	320 €	1132 €	1828 €

### Profil Sénior

HOSPITALISATION *	100% BR	150%BR	200%BR	400%BR
SOINS DE VILLE*	100%BR	150%BR	200%BR	300%BR
DENTAIRE*	100%BR	150%BR	200%BR	300% BR
OPTIQUE*	80 €	200 €	400 €	500 €
FORFAITS POUR ACTES NON REMBOURSES PAR SS *	70 €	310 €	620 €	1110 €

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

\* Le détail et les montants assurés, les franchises et les limites de chaque garantie sont indiqués sur votre devis.

Vous pouvez facilement comparer avec votre ancienne assurance.

## II - Un produit modulaire adapté à vos besoins

- Les régimes de Sécurité sociale acceptés :

- Le Régime général de la Sécurité sociale (travailleurs salariés) et les régimes assimilés ;
- Les Régimes des Travailleurs Non Salariés ;
- Le régime des Travailleurs Agricoles ;
- Le Régime local d'Alsace-Moselle.

- Les bénéficiaires de la garantie :

Vous ainsi que les membres de votre famille inscrits sur votre adhésion santé :

- Votre conjoint(e), concubin(e)
- Vos enfants et ceux de votre conjoint(e) :
  - s'ils sont à leur charge au sens de la Sécurité sociale et sont âgés de moins de 20 ans,
  - s'ils sont âgés de moins de 26 ans et s'ils remplissent une des conditions suivantes :
    - être affilié au régime de la Sécurité sociale des étudiants ;
    - suivre des études secondaires ou supérieures ou une formation en alternance ;
    - être à la recherche d'un premier emploi, inscrit à l'ANPE et ayant terminé leurs études depuis moins de six mois ; les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérées comme primo-demandeurs d'emploi ;
  - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21ème anniversaire.

- Nos remboursements de frais de santé :

Nous vous remboursons, en fonction des montants de garanties que vous avez choisis, les frais de santé que vous avez engagés, s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale et s'ils ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme assimilé.

Les actes ou dépassements d'honoraires non pris en charge par la Sécurité sociale ouvrent droit à remboursement, sous réserve qu'ils soient réalisés en France et en fonction des montants et limites de garanties que vous avez choisis.

Votre contrat est émis dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé, dits « contrats responsables » conformément aux articles L 871-1 et L 322-2 du Code de la Sécurité sociale et à leurs décrets d'application.

En conséquence :

- Il prévoit les obligations minimales de prise en charge des prestations liées aux consultations du médecin traitant et ses prescriptions ;
- Il ne prend pas en charge la minoration du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires ;
- Il prend en charge au moins deux prestations de prévention ;
- et de manière générale, il respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties de votre contrat sont automatiquement adaptées en cas de modification de celles-ci.

Excepté le cas visé ci-dessus, les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la Sécurité sociale sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière et s'ils ont été prévus aux conditions particulières de votre contrat.

### III - Le devis et la souscription

Pour obtenir un devis, il vous suffit de compléter le formulaire sur le site, en répondant à toutes les questions posées. Dès la validation de ce questionnaire, vous découvrez le tarif Assurance-Santé correspondant à votre situation. Vous complétez ensuite vos coordonnées et vous recevez ce devis directement dans votre boîte email, chez vous. Dès l'enregistrement de votre devis, vous recevrez un Identifiant et un Mot de passe qui vous permettront d'accéder à votre Espace Personnel sécurisé et de retrouver votre devis. Vous pouvez ensuite souscrire en ligne et valider votre adhésion en réglant un acompte de 40 € par Carte Bancaire.

Nos Conseillers sont également à votre écoute pour compléter votre information, vous conseiller et enregistrer votre souscription par téléphone.

Vous pouvez également souscrire par courrier en complétant votre demande de souscription reçue par email, en joignant votre règlement par chèque.

Dans tous les cas nous vous adressons votre contrat par email.

#### Gestion

Pendant toute la durée de votre contrat, vous pouvez accéder directement à votre contrat et consulter le détail des prestations garanties, nous signaler tout changement de situation (déménagement, naissance...), payer une quittance ou consulter vos remboursements en ligne.

#### Remboursements

Tiers payant et télétransmission : nous nous engageons à effectuer la prise en charge des prestations garanties le plus rapidement.

Vos décomptes de remboursement vous sont envoyés par mail automatiquement ou par courrier une fois par mois. Vous pouvez changer à tout moment le mode de réception de vos décomptes.

#### Droit de renonciation

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion par lettre recommandée avec avis de réception adressée à Adresse à indiquer : Gestion Assurances Assurance-Santé, BP 30200 – 95210 Saint Gratien dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la date de conclusion de votre contrat. Les garanties cesseront à la date de réception de la lettre de renonciation et vous serez remboursés des cotisations déjà versées, à l'exception de celles correspondant à la période de garantie déjà écoulée.

Pour ce faire, vous pouvez utiliser le modèle de lettre ci-dessous :

« nom/prenom, adresse, n° de contrat d'assurance, mode de paiement choisi, montant de la cotisation déjà acquitté »

Messieurs,

Conformément à l'article L.121-20-12 du code de la consommation, j'entends renoncer au contrat complémentaire santé cité en référence que j'ai souscrit le -- / -- / ----, à effet du -- / -- / ---- et demande en conséquence son annulation ainsi que le remboursement des cotisations éventuellement versées..»

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait le.....

Signature de l'adhérent. »

### IV – Détail des prestations prises en charge

#### Les soins de ville\* :

Sont pris en charge :

- Les consultations, les visites, les actes techniques médicaux et les actes de chirurgie ;
- Les actes pratiqués par les auxiliaires médicaux ;
- Les examens médicaux (analyses biologiques, radiographie, actes d'imagerie, échographie et doppler).

### Les actes de prévention\*:

Sont pris en charge :

- Les vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale et prescrits par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché ;
- Les actes et soins de dépistage
- Médicaments préventifs, sevrage tabagique, contraceptifs

### Les frais de transport\* :

- Transport accepté par la Sécurité Sociale

### La pharmacie\*

- Sont pris en charge les frais de pharmacie remboursée par la Sécurité Sociale.

### Le dentaire\*:

Sont pris en charge :

- Les consultations et les soins courants ;
- Les prothèses et inlays onlays pris en charge par la Sécurité sociale ;
- Les frais d'orthopédie dento-faciale (orthodontie) pris en charge par la Sécurité sociale ;
- **Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale cités ci-après et réalisés en France, avec des limites par an et par bénéficiaire :**
  - Parodontie
  - Scellement de sillons

### Les implants dentaires sur la base d'un forfait comprenant :

- La pose de l'implant (phase opératoire) ;
- Le faux moignon implantaire ;
- La couronne sur implant.

### L'optique\*\* :

Sont pris en charge :

- La monture,
- Les verres (par paire)

Remboursement limité à une paire de lunettes par année civile et par bénéficiaire, pour un verre la garantie est réduite de moitié)

- Les lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la Sécurité sociale (remboursement limité par année civile et par bénéficiaire)
- L'opération de la myopie et de l'hypermétropie par laser, prise en charge ou non par la Sécurité sociale (par œil) selon le niveau de remboursement choisi.

### Les appareillages et prothèses diverses (Autres que les prothèses dentaires et auditives)\*

### L'hospitalisation médicale et chirurgicale \*:

Sont pris en charge :

- Les frais de séjour, y compris les produits de la LPP (Liste des Produits et Prestations) facturables et les spécialités pharmaceutiques
- Les honoraires médicaux et chirurgicaux
- Le forfait journalier
- La chambre particulière
- Le lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans.

Nous prenons en charge les frais, exposés en établissement public ou privé, liés à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ayant donné lieu à une intervention de la Sécurité sociale. Les frais exposés pour un traitement ou une surveillance particulière effectués dans le cadre de l'hospitalisation à domicile sont également pris en charge.

Sont également pris en charge, selon les niveaux de remboursement choisi :

- les soins de suite ou de réadaptation dans le cadre de séjours pris en charge par la Sécurité sociale et consécutifs à une hospitalisation
- les frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale

#### La médecine douce\* :

Sont prises en charge les consultations ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs, diététiciens, dans la limite globale des niveaux de remboursement choisis.

#### Les cures thermales\* :

Sont pris en charge :

- Les frais médicaux,
- Les frais de séjour
- Les frais de transport.

Dans tous les cas, les notes de dépassement d'honoraires sont prises en charge.

#### La maternité\* :

Sont pris en charge les frais d'accouchement (et des cinq premiers jours d'hospitalisation), inhérents à une naissance survenue pendant la période d'assurance ouvrent droit à une indemnité forfaitaire, éventuellement limitée aux frais réels, à l'exclusion de toute autre prestation, pour l'ensemble des frais suivants : honoraires médicaux sauf honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne, frais de séjour (y compris chambre particulière).

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'hospitalisation médicale et chirurgicale.

Le montant du forfait est doublé en cas de naissances multiples.

\* Les garanties peuvent varier d'une mutuelle à une autre, pour plus de renseignements, reportez vous aux grilles de garantie.

## V – Les délais de carence

Les délais de carence peuvent varier d'une mutuelle à une autre, Pour plus de renseignements reportez vous aux grilles de garantie.