

RÈGLEMENT MUTUALISTE PARTICULIER

AÉSIO MUTUELLE

SOMMAIRE

Titre 1 - Dispositions générales	3
1.1 - OBJET DE LA GARANTIE AÉSIO SURCO	3
1.2 – LES CONDITIONS DE L'ADHESION.....	3
1.3 – CESSATION DES GARANTIES.....	3
Titre 2 - Les cotisations.....	3
2.1 – LES CAS D'EXONERATION DES COTISATIONS.....	3
Titre 3 - Les Garanties frais de santé	4
3.1 – OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS	4
3.2 - REGLES CONCERNANT LES PRESTATIONS APPLICABLES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES D'AÉSIO SURCO :	4

1.3 - CESSATION DES GARANTIES

En complément de l'article 6 du règlement mutualiste, l'adhésion cesse, en tout état de cause, de produire ses effets pour le membre participant et ses ayants droit lorsqu'ils ne peuvent plus justifier d'une adhésion à une garantie complémentaire santé de base conformément aux conditions d'adhésion précisées à l'article 1.2 du présent règlement mutualiste particulier.

Titre 1 - Dispositions générales

Le présent règlement mutualiste particulier a pour objet de compléter le règlement mutualiste général individuel (ci-après « le règlement mutualiste ») en précisant les dispositions applicables aux garanties de la gamme AÉSIO Surco.

1.1 - OBJET DE LA GARANTIE AÉSIO SURCO

La gamme AÉSIO Surco est un régime surcomplémentaire, c'est-à-dire que les garanties souscrites interviennent en complément des remboursements d'une complémentaire santé souscrite auprès d'AÉSIO mutuelle ou de tout autre organisme assureur.

Les tableaux des garanties décrivent le contenu précis des prestations.

Les garanties de la gamme AÉSIO Surco ne sont pas conformes au cahier des charges des « contrats responsables »¹.

1.2 – LES CONDITIONS DE L'ADHESION

Ce paragraphe complète les dispositions de l'article 3.1 du règlement mutualiste, pour les garanties surcomplémentaires.

Seules peuvent adhérer aux garanties surcomplémentaires les personnes couvertes par une garantie complémentaire santé conforme aux conditions des contrats « responsables », souscrite auprès d'AÉSIO mutuelle ou de tout autre organisme assureur.

Ne sont pas éligibles à la souscription des garanties de la présente gamme :

- Les contrats souscrits auprès d'AÉSIO mutuelle prévoyant un niveau de prise en charge inférieur à 125% de la base de remboursement des dépassements d'honoraires des médecins adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (soins courants et consultations de praticiens hospitaliers) ;
- les personnes bénéficiaires des dispositifs d'Aide à la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou sortie-CSS ;
- les personnes adhérent aux contrats AÉSIO Offre des Communes, AÉSIO Santé solidaire et AÉSIO Santé Pro.

Le niveau de garanties choisi par le membre participant doit être identique pour l'ensemble de la famille.

Titre 2 - Les cotisations

2.1 – STRUCTURE ET MONTANT DES COTISATIONS

En complément des dispositions de l'article 15 du règlement mutualiste général AÉSIO mutuelle, il est précisé que les cotisations sont individuelles et définies en fonction :

- de la (ou des) garanties choisies
- de la zone géographique dans laquelle réside le membre participant selon la grille de répartition suivante :

Avec les départements suivants :

Zone 1 : 3-12-14-15-16-17-18-22-23-24-29-35-36-39-41-44-46-47-48-49-50-53-56-61-63-72-79-85-86

Zone 2 : 1-7-8-10-11-25-26-27-28-32-37-40-43-45-51-52-55-58-70-71-73-74-76-80-81-82-89-90

Zone 3 : 2-4-5-9-19-20 (2A) -20 (2B) -21-57-60-65-66-68-84-87-88

Zone 4 : 30-33-38-42-59-62-64-69-77-83

Zone 5 : 6-31-34-54-67-78-91-93-94-95

Zone 6 : 13-75-92- DROM

- de l'âge des bénéficiaires, apprécié au 1^{er} janvier de chaque année
- de la composition familiale

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle de tout changement d'adresse et à fournir un justificatif.

La mutuelle recalculera la nouvelle cotisation du membre participant et celle de ses ayants droit si ce déménagement entraîne un changement de zone tarifaire. Cette modification de tarif prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant sa notification à AÉSIO mutuelle.

2.1 - LES CAS D'EXONERATION DES COTISATIONS

Pour l'ensemble des niveaux de garanties de la gamme AÉSIO Surco, les cotisations sont gratuites dans les cas suivants :

- **Gratuité 3^{ème} enfant et plus** : à partir du troisième enfant inscrit en tant qu'ayant droit d'un membre participant, les cotisations sont gratuites pour ce troisième enfant et les suivants (jusqu'à l'âge de 21 ans et tant que 3 enfants - au moins - ont moins de

¹ Code de la sécurité sociale : articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2

21 ans - âge apprécié au 1er janvier de l'année en cours).

- **Gratuité nouveau-né et enfant mineur adopté :** l'enfant nouveau-né ou adopté mineur inscrit dans les trois mois de sa naissance ou de son adoption. La gratuité des cotisations vaut durant un an (12 mois) à compter du 1^{er} jour du mois de sa naissance ou de son adoption.
- **Gratuité Décès :** durant 12 mois, en cas de décès du membre participant ou de son conjoint (partenaire PACS, concubin) ayant droit de la garantie, dès lors que le membre participant ou le conjoint décédé est âgé de moins de 61 ans, adhérent depuis plus de trois mois et à jour du paiement des cotisations à la date du décès.

Titre 3 - Les Garanties frais de santé

3.1 - OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS

En complément de l'article 20 du règlement mutualiste, les droits aux prestations sont ouverts, après l'application d'un délai de carence de :

- **3 mois pour l'ensemble des garanties ;**
- **6 mois pour les garanties « obstétrique » et « maternité » ;**
- **6 mois pour les ré-adhésions dont la résiliation de la garantie de la gamme AÉSIO Surco est intervenue dans les 24 mois précédents cette ré-adhésion.**

3.2 - REGLES CONCERNANT LES PRESTATIONS APPLICABLES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES DE LA GAMME AÉSIO SURCO :

Les tableaux des garanties annexés précisent la nature des frais de santé pris en charge, le montant des remboursements **avec leur plafond et limites**.

De manière générale, les garanties de la gamme AÉSIO Surco ne pourront ouvrir droit au versement de prestations qu'en complément du remboursement préalable d'une complémentaire santé responsable, et dans la limite des frais réellement engagés.

A cet effet, pour pouvoir bénéficier du versement des prestations au titre de la garantie souscrite, le membre participant et ses ayants-droit devront accompagner leur demande de remboursement du justificatif ou décompte de prise en charge par la complémentaire santé.