

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

EXCLUSIVE SANTÉ PLUS

Apivia Mutuelle - Mutuelle enregistrée en France et régie par le livre II du Code de la mutualité SIREN : 775 709 710



Ce document d'information vous présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle, notamment les niveaux de remboursement qui seront détaillés dans les tableaux de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat complémentaire santé est destiné à compléter les prestations versées par la Sécurité Sociale à l'occasion d'une maladie ou d'un accident, dans la limite des frais réellement exposés, pour le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

LES GARANTIES PRÉVUES

Hospitalisation et maternité

- ✓ Honoraires
- ✓ Frais de séjour et frais de transport
- ✓ Forfait journalier hospitalier
- ✓ Chambre particulière

Médecine de ville

- ✓ Consultations/visites (généralistes ou spécialistes)
- ✓ Analyses biologiques
- ✓ Radiologie
- ✓ Auxiliaires médicaux
- ✓ Pharmacie 65%
- ✓ Pharmacie 30%
- ✓ Pharmacie 15%
- ✓ Frais de transport

Frais dentaires

- ✓ Soins et radiologie dentaires
- ✓ Prothèses dentaires
- ✓ Orthodontie
- ✓ Frais non remboursés (prothèses dentaires, orthodontie, implants, parodontologie)

Frais optiques

- ✓ Lunettes (monture et verres)
- ✓ Lentilles de contact
- ✓ Chirurgie corrective ou réfractive

Appareillage remboursé par la Sécurité Sociale

- ✓ Prothèses auditives
- ✓ Orthopédie et prothèses diverses

Prévention et médecines douces

- ✓ Ostéopathe, étiope, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, pédicure, diététicien
- ✓ Cures thermales
- ✓ Actes de prévention
- ✓ Dépistage et prévention non remboursés

ASSISTANCE ET AIDE À DOMICILE

- ✓ Aide ménagère : ménage, repas, vaisselle
- ✓ Transfert post-hospitalisation chez un proche
- ✓ Prise en charge des ascendants
- ✓ La garde d'animaux par une personne spécialisée

Les frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger
Le rapatriement sanitaire et rapatriement du corps en cas de décès

LES SERVICES EN PLUS

- ✓ Tiers-payant national
- ✓ Réseaux de soins Santéclair

Les garanties précédées d'une coche verte ✓ sont systématiquement accordées dans le contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour,
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD)



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins, lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins
- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Chambre particulière (disciplines spécialisées) : de 0 à 90j/an
- ! Frais d'accompagnant : de 15 à 30€/j
- ! Médecines douces : de 120 à 210 €/an/bénéficiaire dans la limite de 30€/séance
- ! Plafond dentaire : de 600 à 2 000 €/an/bénéficiaire



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ La validité des garanties s'exerce sur tout le territoire national, départements d'outre-mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu aux remboursements par la Sécurité Sociale française dont dépend l'assuré. En cas d'hospitalisation à l'étranger, les frais de séjours seront calculés sur la base des remboursements du régime d'Assurance maladie obligatoire français en établissements non conventionnés.



Quelles sont mes obligations ?

Remplir les conditions d'adhésion : être âgé de plus de 54 ans.

- **À la souscription du contrat :**

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

- **En cours de contrat :**

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité Sociale.
- Informer l'assureur dans les 30 jours qui suivent la connaissance d'un des événements suivants :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité, retraite.
 - Changement de profession ou situation professionnelle : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Le règlement des cotisations, sur l'ensemble des moyens de paiement disponibles, s'effectuera prioritairement par prélèvement automatique. Il est possible de demander, sans frais supplémentaires, un fractionnement du paiement de la cotisation au semestre, au trimestre ou au mois. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, le défaut de paiement d'une seule fraction dans les quinze jours de son échéance, entraîne l'exigibilité immédiate de l'intégralité de la cotisation annuelle. En cas de non paiement au-delà de ce délai, et après une mise en demeure restée sans effet, l'assureur pourra être amené à résilier le contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat commence à partir de la date indiquée sur le certificat d'adhésion. Il est souscrit pour une période de 12 mois à compter de la date d'effet. Il est ensuite reconduit tacitement chaque année à compter de la date anniversaire du contrat et prend fin à la date de résiliation du contrat selon les délais et modalités prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'adhérent peut demander la résiliation de l'adhésion par envoi recommandé, signé par lui-même et adressé au siège du centre de gestion

- A l'échéance anniversaire de la date de sa prise d'effet, moyennant un préavis d'au moins deux mois (cachet de la poste faisant foi).
- En cas de modification de ses droits dans un délai d'un mois à compter de l'information reçue.
- En cours d'année pour modification de risque en cas de survenance d'un des événements suivants :
 - Changement de situation matrimoniale et familiale.
 - Changement de régime matrimonial.
 - Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.
 - Changement de situation professionnelle ou de profession.