

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

APIVIA VITAMIN²

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. Ce produit niveau 1 à 5 respecte les conditions légales des contrats responsables, ce produit niveau 6 ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables et n'est pas éligible au dispositif fiscal Madelin.



Qu'est-ce qui est assuré ?

LES GARANTIES PRÉVUES dans votre garantie de base

Hospitalisation et maternité

- ✓ Honoraires, Frais de séjour, Forfait Journalier
- ✓ Frais de transport
- ✓ Soins à l'étranger
- Chambre particulière
- Forfait hospitalisation à la journée

Optique

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

Dentaire

- ✓ Soins et radiologie dentaires
- ✓ Prothèses dentaires et Orthodontie remboursées
- Prothèses et Orthodontie non remboursées

Appareillage

- ✓ Prothèses auditives
- ✓ Matériel médical

Soins courants

- ✓ Consultations/visites, Radiologie, Analyses biologiques, Honoraires paramédicaux
- ✓ Pharmacie (65%/30%/15%)

Bien-être Prévention

- ✓ Dépistage et prévention non remboursés
- ✓ Médecines douces
- Cures thermales

LES GARANTIES EN OPTION

- Pharmacie prescrite non remboursée et automédication
- Forfait Allocation naissance
- Parodontologie et orthodontie non remboursées
- Équipement protection lumière bleue et basse vision/malvoyance
- Abonnement Sportif

ASSISTANCE ET AIDE À DOMICILE

- ✓ Accompagnement entrée/sortie d'hospitalisation
- ✓ Assistance et aide à domicile (aide ménagère, garde/soutien scolaire/conduite à l'école des enfants, garde des animaux...)
- ✓ Garantie aide aux aidants
- ✓ Prévention et coaching

LES SERVICES EN PLUS

- ✓ Télémédecine
- ✓ 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

- ! Les participations forfaitaires prélevées par le régime obligatoire (II de l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale)
- ! 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 DU CONTRAT

- ! Chambre particulière : limitation du nombre de jours de prise en charge dans les disciplines spécialisées
- ! Postes de garanties incluant un forfait : prise en charge limitée annuellement
- ! Médecines douces : limitation du nombre de séances prises en charge annuellement
- ! Plafond dentaire sur les prothèses dentaires remboursables, sur les niveaux 5 et 6



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 ?

• 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.