Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Ce contrat est assuré par Apivia Macif Mutuelle (SIREN n°779 558 501), mutuelle enregistrée en France et régie par le Livre II du Code de la mutualité.

Produit : contrat Vitamin ③ Pro

Ce document d'information 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. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le contrat Vitamin③ Pro est destiné à rembourser, en complément de la Sécurité sociale française, tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Le contrat entre dans le cadre de la loi Madelin du 11 février 1994 permettant de bénéficier, sous conditions, d'exonérations fiscales. 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 garanties choisi et qui figurent dans les tableaux de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Certaines sommes peuvent rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **HOSPITALISATION :** honoraires chirurgicaux et d'anesthésie, actes en secteur hospitalier, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait patient Urgences, frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale, frais de soins et de séjour à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale française.
- ✓ **OPTIQUE :** équipements 100 % Santé (dits de classe A) tels que définis réglementairement, autres verres et montures remboursés par la Sécurité sociale, lentilles de correction.
- ✓ **DENTAIRE :** soins et prothèses dentaires 100 % Santé tels que définis réglementairement, soins dentaires, Inlays-Onlays et parodontologie remboursés par la Sécurité sociale, les autres prothèses dentaires (dont inlay-core) remboursées par la Sécurité sociale, ainsi que orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **AIDES AUDITIVES :** équipements 100 % Santé (dits de classe I) tels que définis réglementairement, autres aides auditives remboursées par la Sécurité sociale, entretien, piles et accessoires.
- ✓ **SOINS COURANTS :** honoraires médicaux, actes techniques médicaux, radiologie, analyses et examens de laboratoire, les consultations de psychologues remboursées par le Régime obligatoire, honoraires paramédicaux (orthophonie, soins infirmiers, kinésithérapie et orthoptie), médicaments et vaccins remboursés par la Sécurité sociale, matériel médical, frais de soins et de séjour à l'étranger pris en charge par la Sécurité sociale française.
- ✓ **BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION :** cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, vaccins prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale, traitement antipaludéen, substituts nicotiniques, médicaments contre l'ostéoporose, matériel homologué de surveillance de l'hypertension.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (selon la formule souscrite)

- Chambre particulière.
- Rééducation fonctionnelle en maison de repos, convalescence, soins de suites et de réadaptation.
- Frais d'accompagnant en hospitalisation.
- Frais de confort à l'hôpital (TV, Internet, téléphone, presse).
- Participation aux frais engagés lors d'une hospitalisation ambulatoire.
- Chirurgie de l'œil et implants oculaires.
- Prothèses, implants et soins dentaires, non remboursés par la Sécurité sociale.
- Forfait médecines douces (Ostéopathe, Chiropracteur, Acupuncteur, Étiopathe, Homéopathe, Naturopathe, Podologue/pédicure, Diététicien/nutritionniste, Hypnothérapeute).
- **Différents packs optionnels permettant de renforcer et ajouter certaines garanties** (forfait lumière bleue, basse vision/malvoyance, parodontologie et orthodontie non remboursées, pharmacie non remboursée et automédication, psychologue et psychomotricien pour enfant, frais d'abonnement sportif, forfait naissance, forfait FIV/ amniocentèse, dépistage et prévention du cancer).

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance à domicile en cas d'accident, maladie ou maternité.
- ✓ Assistance aux aidants.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ Tiers payant.

Les garanties ou services précédés d'une coche verte ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités journalières versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins afférentes aux séjours dans une unité de soins longue durée (comprenant les séjours en gérontologie) ou dans les établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées et les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD).

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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports.
- ! La participation forfaitaire d'un euro sur les consultations et actes médicaux, examens radiologiques et analyses de laboratoire.
- ! La majoration du ticket modérateur lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins lorsque l'assuré ne respecte pas le parcours de soins.

PRINCIPALES RESTRICTIONS DU CONTRAT

- ! **DÉLAIS D'ATTENTE :** selon la formule souscrite, les garanties hors soins courants sont limitées conformément au tableau de garanties pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet du contrat ou suivant l'ajout d'un bénéficiaire. Ce même principe peut s'appliquer en cas de modification de garantie, en cours d'adhésion.
- ! **FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER :** remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum.
- ! **CHAMBRE PARTICULIÈRE :** remboursement limité à 60 jours par année d'assurance, en cas de séjour en rééducation fonctionnelle, maison de repos/convalescence ou soins de suite et de réadaptation. Dans le cadre du pack optionnel « hospitalisation », le remboursement de la chambre particulière en psychiatrie est limité à 30 jours par année d'assurance.
- ! **FRAIS D'ACCOMPAGNANT :** remboursement limité à 30 jours par année d'assurance.
- ! **FORFAIT CONFORT À L'HÔPITAL :** remboursement conditionné à une hospitalisation d'une nuit minimum et limité à 20 jours par séjour.
- ! **FORFAIT HOSPITALISATION AMBULATOIRE :** forfait non cumulatif avec le forfait confort à l'hôpital.
- ! **LES PROTHÈSES DENTAIRES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (HORS PROTHÈSES 100 % SANTÉ), L'ORTHODONTIE ET LES FRAIS DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :** les remboursements sont limités à un plafond global annuel.
- ! **OPTIQUE :** remboursement limité à un équipement (monture + 2 verres) tous les deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu réglementairement.
- ! **LES AIDES AUDITIVES REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE :** le nombre d'équipement (1 appareil acoustique) est limité à 1 équipement par oreille tous les 4 ans.

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ France (départements et régions 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 dont dépend l'assuré.
- ✓ Les garanties d'assistance s'appliquent en France métropolitaine (et par assimilation, les principautés de Monaco et d'Andorre), et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Guyane et Réunion).

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'adhérent doit :

À la souscription :

- être membre de l'association Maison des adhérents d'Apivia et de l'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI) ;
- résider en France métropolitaine ou à la Martinique, Guadeloupe, Guyane, Saint-Martin ou Saint-Barthélemy et être affilié à un régime obligatoire français d'assurance maladie ;
- remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion et le signer ;
- fournir la copie de l'attestation de carte vitale de chaque assuré ;
- remplir le mandat SEPA et fournir un relevé d'identité bancaire en cas de paiement des cotisations par prélèvement.

Durant le contrat :

- fournir une attestation délivrée par les Caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse justifiant qu'il est à jour dans le paiement de ses cotisations sociales obligatoires ;
- payer la cotisation prévue au contrat ;
- fournir tout document justificatif nécessaire au paiement des prestations prévues au contrat ;
- faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai maximum de 24 mois suivant la date de l'évènement à indemniser ;
- signaler tout changement de situation (régime de Sécurité sociale d'un des assurés, changement de domicile ou de situation familiale, etc.) ou de coordonnées bancaires et produire les justificatifs nécessaires à la modification du contrat. Ce changement peut, dans certains cas, entraîner la modification du contrat et de la cotisation initialement prévue.

Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Elle est due jusqu'à la résiliation du contrat.

Le paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation est exigible dans les 15 jours de son échéance. 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.

Le paiement des cotisations peut être fractionné au semestre, au trimestre, ou au mois.

Les cotisations peuvent être réglées par tous moyens de paiement mais prioritairement par mandat de prélèvement SEPA.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Sa durée est d'un an. Il se renouvelle par tacite reconduction chaque année à la date anniversaire de la prise d'effet du contrat sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.
L'adhérent dispose d'un délai de renonciation de 14 jours à compter de la conclusion du contrat.

Les garanties cessent :

- en cas de résiliation par l'adhérent, selon les modalités prévues au contrat ;
- en cas de suspension et/ou de résiliation pour non paiement des cotisations par l'adhérent ;
- en cas de modification des cotisations par l'assureur, si l'adhérent refuse cette modification ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, si l'adhérent refuse cette modification.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié :

- à l'échéance annuelle, moyennant un préavis de 2 mois avant la date anniversaire de la prise d'effet du contrat ;
- à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prendra effet à la date précisée dans l'avis de résiliation et au plus tôt un mois après réception de la demande ;
- en cas d'augmentation des cotisations, notamment à la suite d'une modification de situation, dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du nouvel avis d'échéance ;
- dans les 3 mois suivant la survenance d'un évènement limitativement listé au contrat (changement de domicile, de profession, etc.) lorsque cet évènement est en relation directe avec l'objet de la garantie ;
- en cas de modification des garanties à la suite d'une évolution de la réglementation ou d'une décision de la mutuelle, dans un délai d'un mois à compter du jour où cette modification est notifiée à l'adhérent.

La demande de résiliation doit être adressée par lettre ou tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité et notamment par voie électronique via l'Espace adhérent sur le site www.apivia.fr ou sur l'application mobile, par courrier postal à l'adresse figurant sur la carte de tiers payant, par courrier électronique à l'adresse suivante sante.contact@apivia-courtage.fr, ou encore par déclaration au siège social d'Apivia Macif Mutuelle.

La mutuelle confirmera par écrit à l'adhérent avoir reçu sa demande de résiliation.

MUTUALITÉ MEMBRE DE LA FRANÇAISE

Votre contrat **Vitamin³ Pro** sous marque Apivia est assuré par **Apivia Macif Mutuelle**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité et adhérente à la Mutualité Française. SIREN 779 558 501. Siège social : 17-21 place Etienne Pernet - 75015 Paris Cedex 15.

Le contrat est distribué par le réseau d'Apivia Courtage - SAS au capital de 20.000.000 € - RCS Tours 490 625 662 - Siège social : 108 rue Ronsard 37100 Tours - ORIAS n° 09 051 617 (www.orias.fr). Exerce sous le contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.