

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

APREVA Mutuelle – Mutuelle régie par le Livre II du code de la mutualité - SIREN n° 775 627 391

Produit – SOLIDARITE ASSUR



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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser 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, en complément de la Sécurité sociale française. 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 figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier, frais d'accompagnement.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, imagerie médicale, actes de chirurgie et actes techniques, auxiliaires médicaux, analyses médicales, transport, médicaments à 65 %.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture + verres + traitement), lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Frais dentaires** : Consultations et soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : Prothèses médicales, orthèses, prothèses capillaires et mammaires, audioprothèses, piles et entretien.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, indemnité confort hospitalisation, pharmacies à 30 % et 15 %, prothèses dentaires et orthodontie sans prise en charge du Régime Obligatoire, actes HN dentaires, implants dentaires, téléconsultation médicale, pack garanties plus (médecine douce, prévention et prestations de confort).

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Espace personnel internet
- ✓ Protection juridique santé

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou décès
- ✓ Aide en cas de maladie, accident ou décès lors d'un déplacement dans le monde entier.

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ 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 (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajeunissement).
- ✗ 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 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 si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Pack garanties plus** : Limité à 150 €/an/bénéficiaire.
- ! **Chambre particulière** : Limitée à 90 jours/an/bénéficiaire.
- ! **Frais d'accompagnement** : sans limitation de durée pour les enfants de – de 18 ans et limité à 5 jours/séjour pour les personnes de 18 ans et +.
- ! **Indemnité confort hospitalisation** : Limité à 10 jours/an.
- ! **Pack Bien être** : Limité à 150 € par an et par bénéficiaire.
- ! **Optique** : Limité à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de changement de la vue.
- ! **Dentaire** : Plafond dentaire limité à 1000 € par an/bénéficiaire.
- ! **Aide à domicile** : Selon la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation ou du séjour en maternité.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine et DOM TOM.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie français, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Monde entier pour l'assistance suite à une maladie, accident ou décès lors d'un déplacement.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

A la souscription du contrat :

- Compléter, dater et signer le dossier d'adhésion.
- Fournir les justificatifs demandés.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Informer la mutuelle dans le mois qui suit un changement ou un évènement : changement de situation personnelle, familiale ou professionnelle.
- Faire parvenir dans un délai de 2 ans maximum à partir de la date des soins, tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat sauf en cas d'échanges de données informatisées.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou par prélèvement bancaire.

Le paiement peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre selon les conditions prévues au règlement mutualiste.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

La garantie est souscrite pour une année civile et se renouvelle par tacite reconduction sauf en cas de résiliation du contrat demandée par l'assuré ou en cas de radiation prononcée par la mutuelle (pour défaut de paiement).

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Vous pouvez résilier votre contrat chaque année en envoyant votre demande par lettre recommandée 2 mois avant la date d'échéance.
- Vous pouvez dénoncer la reconduction de votre contrat dans le cadre de la Loi Chatel, dans un délai de 20 jours après avoir reçu votre avis d'échéance annuelle, la date du cachet de la poste faisant foi.