

L'ADPRF a souscrit le contrat collectif « Circé Surco Responsable » dans les mêmes termes et aux mêmes conditions auprès des mutuelles Mutest et MMC. La Mutuelle assureur apparaît au certificat d'adhésion. La gestion des garanties d'assurance est confiée dans des termes et conditions identiques par la Mutuelle assureur à PRAECONIS, courtier grossiste, filiale des mutuelles Mutest et MMC.
Solution Santé

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 produit « Circé Surco Responsable » permet de bénéficier d'un remboursement des frais de santé engagés par le (ou les) bénéficiaire(s) du contrat, en complément des prestations servies par le régime de base obligatoire et le régime complémentaire santé de premier rang, dans la limite de la garantie souscrite et des frais réellement exposés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

- ✓ Aides auditives
- ✓ Matériel médical (orthopédie et appareillage)
- ✓ Honoraires médicaux et paramédicaux
- ✓ Analyses et examens de laboratoire
- ✓ Dentaire (soins, prothèses, Inlay-core, orthodontie, implants, parodontologie)
- ✓ Optique (monture, verres, chirurgie réfractive)
- ✓ Hospitalisation (soins et honoraires, chambre particulière, frais d'accompagnement)
- ✓ Transport
- ✓ Cure thermique
- ✓ Garanties nouvelles (pharmacie prescrite non remboursée, pédicure et podologue, médecines douces...)
- ✓ Garanties incluses :
 - Individuelle Décès Accident
 - Participation forfaitaire pour frais funéraires
 - Protection juridique
 - Autonomie Santé (dépendance totale)
 - Téléconsultation médicale
 - Second avis médical
 - Carte avantages

Plusieurs niveaux de remboursements sont proposés.

A partir de D3 et de O3 : application d'un délai de carence de 6 mois. Pendant le délai de carence, les remboursements s'effectuent aux conditions du niveau D2 et du niveau O2.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Exclusions principales :

- ✗ Les sinistres résultant et/ou provenant des suites et conséquences de maladie, accident, maternité dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de vos garanties.
- ✗ Les frais et/ou hospitalisations engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion.
- ✗ Les actes et/ou interventions non pris en charge par le régime de base obligatoire.
- ✗ Les demandes de prestations dont le remboursement n'a pas été demandé au régime complémentaire de premier rang ou refusé par ce dernier.



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

Sont exclus :

- ! Les frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées, institutions sociales et médico-sociales.
- ! Les frais liés au placement dans un établissement de long séjour.
- ! Le remboursement de la chambre particulière dans le cadre des séjours (hospitalisations, cures, postcures) en service de psychiatrie.
- ! Le remboursement de la chambre particulière en centre de rééducation fonctionnelle, maison de repos ou de convalescence, moyen séjour.
- ! La chirurgie esthétique, sauf si l'intervention est consécutive à un accident et en cas de participation du régime d'assurance maladie obligatoire.
- ! Les examens et actes préalables à une hospitalisation, les traitements postérieurs à l'hospitalisation, l'appareillage qui pourrait être nécessaire à la suite de l'intervention, les frais de transport à l'exclusion du ticket modérateur.



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine, Corse et DROM.
- ✓ Elle s'étend aux accidents, maladies et aux hospitalisations survenues à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique et que les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas 90 jours par an en une ou plusieurs périodes.



Quelles sont mes obligations ?

À l'adhésion

L'adhérent doit remplir et signer une demande d'adhésion, et préciser la situation personnelle des personnes à assurer. En cas de réticence, fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte, il sera fait application des sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

En cours d'adhésion

L'adhérent doit déclarer à la Mutuelle au plus tard dans les 15 jours :

- Toute modification des éléments spécifiés au certificat d'adhésion.
- Les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine, Corse et DROM.
- Les changements relatifs au contrat de régime complémentaire santé de premier rang.

Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications n'ont d'effet que si elles sont parvenues à la Mutuelle par écrit, ou à défaut, confirmées par la Mutuelle dans un document écrit lorsque l'adhérent l'aura informé par un autre moyen.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année, par tacite reconduction, sauf en cas de résiliation du contrat par l'adhérent.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

L'adhérent peut mettre fin à son adhésion chaque année au 31 décembre, moyennant le respect d'un préavis de deux (2) mois, et à tout moment après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités.