

Equilibre Santé +

Jusqu'à 54 ans

► VOUS, L'ASSURE

Nom : JEAN-MARIE Prénom : TANYA
 Age : 27 ans* Régime : Régime Général
 Adresse : 5 impasse HONORE DE BALZAC
 Code postal : 97320 Ville : ST LAURENT DU MARONI Pays : GUYANE FRANÇAISE
 Email : Tél : 0594277516
 Bénéficiaires :
 Enfant de moins de 20 ans : 1 (Régime Général)
 Enfant de plus de 20 ans : 0
 Effet demandé pour : 01/01/2020 Tarif valable jusqu'au : 31/12/2020 Année tarifaire : 2020

*Age millésimé à date d'effet 2020

Formules proposées	100	125	150	200
Votre cotisation mensuelle TTC	48.11 €	51.67 €	66.58 €	82.12 €
Frais de dossier	30 €			

► VOTRE COURTIER CONSEIL

CABT ASSURANCES COURTAGE SERENITE
 ORIAS n°14 000 663 (www.orias.fr)
 14 RUE MARCELIN ALBERT
 11000 CARCASSONNE
 0468718720
acs.assu@gmail.com

■ Date : 27/05/2019

Apivia Santé - SAS au capital de 1 500 000 € - RCS Tours 391 897 261 - Siège social : 108 rue Ronsard, 37100 Tours - ORIAS n° 07 019 262 (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. Apivia est la marque des filiales courtage d'Apivia Mutuelle, régie par le Livre II du code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française - Siren : 775 709 710 - Siège social : 45-49 avenue Jean Moulin, 17034 La Rochelle Cedex.

Équilibre Santé + jusqu'à 54 ans



Le contrat est un contrat responsable au sens de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013. Ce type de contrat définit le contrat d'assurance santé qui respecte le cahier des charges fixé par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Prestations 2019/2020

Sous réserve d'évolution réglementaire, législative ou fiscale

TOUS RÉGIMES SOCIAUX

TP_EQUAP_201901_1

HOSPITALISATION MÉDICALE OU CHIRURGICALE ⁽¹⁾		100	125	150	200
Frais de séjours ÉTABLISSEMENTS CONVENTIONNÉS		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjours ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS		100%	100%	100%	100%
Actes en secteur Hospitalier, honoraires chirurgicaux Chirurgie, Anesthésie, Réanimation	médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100%	125%	150%	175%
	médecins non adhérents OPTAM	100%	100%	125%	150%
Chambre particulière (Hors ambulatoire) Maladie, Chirurgie, Maternité	<i>durée illimitée</i>	-	35 €/jour	55 €/jour	65 €/jour
Réadaptation fonctionnelle, Rééducation, Moyens séjours, Cures, Convalescence	<i>30 jours/an</i>	-	35 €/jour	45 €/jour	55 €/jour
Forfait Journalier Hospitalier		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de transport <i>si acceptés par le Régime Obligatoire</i>		100%	100%	100%	125%
Frais d'accompagnement Conjoint, Ascendants, Descendants	<i>30 jours/an</i>	-	15 €/jour	15 €/jour	15 €/jour
Forfait naissance ou adoption		50 €	50 €	100 €	150 €
Forfait location Télévision	<i>hospitalisation > 5 j 20 j/séjour</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
MÉDECINE DE VILLE		100	125	150	200
Honoraires médicaux - Consultations Visites - Actes de spécialités (ATM) Généralistes, Spécialistes, Professeurs	médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100%	125%	150%	175%
<i>Majoration pour frais de déplacement</i> <i>Actes de nuit ou le dimanche - Soins d'urgence</i>	médecins non adhérents OPTAM	100%	100%	125%	150%
Radiologie Scanographie, Mammographie, IRM, Échographie, Électrocardiographie, Scintigraphie...	médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO	100%	125%	150%	175%
	médecins non adhérents OPTAM	100%	100%	125%	150%
Frais pharmaceutiques, homéopathie <i>(remboursables par le Régime Obligatoire)</i>	<i>remboursés à 65 %</i>	100%	100%	100%	100%
	<i>remboursés à 30 %</i>	100%	100%	100%	100%
	<i>remboursés à 15 %</i>	-	100%	100%	100%
Auxiliaires Médicaux Orthophonistes, Infirmiers, Kinésithérapeutes, Orthoptistes		100%	100%	125%	150%
Analyses - Actes de Biologie		100%	100%	125%	150%
DENTAIRE		100	125	150	200
Prothèses dentaires et Orthodontie <i>remboursables par le Régime Obligatoire</i>		100%	125%	150%	200%
AVANTAGE FIDÉLITÉ	<i>à partir de la 2^e année</i> Garantie portée à	125%	150%	175%	225%
	<i>à partir de la 3^e année</i>	150%	175%	200%	250%
	<i>4^e année et suivantes</i>	175%	200%	225%	275%
Plafond dentaire		Aucun	Aucun	Aucun	1 ^{re} année 600 € 2 ^e et suivantes 900 €
Soins		100%	100%	100%	100%
Dentaire non remboursable par le Régime Obligatoire Prothèses dentaires, Orthodontie, Implants, Parodontologie	<i>par an et par bénéficiaire</i>	50 €	50 €	100 €	150 €

Tableau de prestations relevant de la convention « Équilibre Santé Plus jusqu'à 54 ans » conclue auprès d'Apvia Mutuelle.

OPTIQUE		100	125	150	200
Montures		100% + 50€	100% + 50€	100% + 75€	100% + 100€
Verres	simples (par verre)	100% + 25€	100% + 25€	100% + 50€	100% + 75€
	complexes (par verre)	100% + 75€	100% + 87,50€	100% + 100€	100% + 112,50€
AVANTAGE FIDÉLITÉ <i>applicable sur les verres</i>	à partir de la 2 ^e année	+ 25€	+ 25€	+ 25€	+ 25€
	à partir de la 3 ^e année	+ 50€	+ 50€	+ 50€	+ 50€
	4 ^e année et suivantes	+ 75€	+ 75€	+ 75€	+ 75€
Lentilles remboursables par le Régime Obligatoire	Les forfaits lentilles remboursées et non remboursées ne sont pas cumulables	100% + 25€	100% + 50€	100% + 100€	100% + 150€
Lentilles non remboursables par le Régime Obligatoire		25€	50€	100€	150€
Chirurgie corrective ou réfractive non remboursable par le Régime Obligatoire (Myopie, Presbytie, Hypermétropie)	par oeil	-	50€	100€	150€
APPAREILLAGE		100	125	150	200
Prothèses et Appareillages Petit appareillage et accessoires		100%	100%	100%	100%
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage		100%	100%	125%	150%
MÉDECINE NATURELLE ET PRÉVENTION		100	125	150	200
Cures thermales Honoraires, Soins, Frais de transport, Hébergement	par an et par bénéficiaire	100%	100%	100% + forfait 50€	100% + forfait 100€
Ostéopathe, étiope, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, pédicure, diététicien (consultations non remboursées par le Régime Obligatoire) (prise en charge 25€ par consultation et par bénéficiaire)	par an et par bénéficiaire	-	25€	75€	100€
Actes de Prévention (remboursés par le Régime Obligatoire)		100%	100%	100%	100%
Dépistage et Prévention (actes non remboursés par le régime obligatoire limités à 50% des dépenses réalisées) > Vaccin anti-grippe > Vaccins recommandés aux voyageurs > Traitement antipaludéen pour les voyages > Substituts nicotiniques pour arrêter de fumer (en complément de la Sécurité sociale) > Médicaments de l'ostéoporose > Matériel de surveillance hypertension homologué AFSSAPS	par an et par bénéficiaire	100€	100€	100€	100€
SOUTIEN «COUP DUR» ⁽²⁾					
Exonération des cotisations santé jusqu'à 1 500 € Prise en charge des abonnements sportifs jusqu'à 500 € <i>par sinistre et par an</i> <i>Se reporter à la notice Avantages Soutien Financier</i>		En cas de : > Maladies redoutées : affections de longue durée (ALD-30) et polypathologies (ALD-32) > Licenciement économique > Cessation d'activité suite à dépôt de bilan			
Frais d'obsèques ou exonération des cotisations santé jusqu'à 1 000 €		> Décès toutes causes avant 65 ans (dans le cadre de la garantie Décès)			
Assistance Plus		En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation suite à maladie soudaine ou à accident corporel et hospitalisation programmée .			
Protection juridique médicale		Maximum 20 000 € TTC par litige en France/DROM/dans l'UE/Monaco/Suisse/Andorre en cas de litige présumé avec un professionnel de santé ou un établissement de soins.			
Service de téléconsultation		Conseils médicaux et consultation à distance.			
OPTIONS ⁽³⁾					
Individuelle accident (capital décès par accident)	> Adhérent principal > Conjoint (inscrit au contrat) > Enfant (désigné au contrat)		4 000 € 2 000 € 1 500 €		
Individuelle enfants (scolaire - extra-scolaire)	> Décès par accident : > Invalidité permanente par accident (franchise 10%) : > Frais de rattrapage scolaire :		4 000 € 50 000 € 500 €		
Allocation obsèques <i>(Adhérents de moins de 65 ans. En complément de la garantie Frais d'obsèques en inclusion. Possibilité de demander l'extension de la garantie après 65 ans et sans limite d'âge)</i>		Forfait versé au titre des frais obsèques : 1 000 €			
Rapatriement de corps en terre d'origine <i>(Pour les adhérents de moins de 65 ans à la date de souscription)</i> Ouvert à toute personne physique domiciliée en France, Guadeloupe, Martinique, Guyane Française ou sur l'île de La Réunion et qui souhaite être inhumée dans son pays d'origine.		> Rapatriement de corps dans le pays d'origine du lieu du décès jusqu'à la commune du lieu d'inhumation ou d'incinération ou de veillée (sont inclus les frais de transport / de cercueil ou de linceul / les frais annexes au transport). > Mise à disposition d'un titre de transport pour un membre de la famille en accompagnement du corps. > Prise en charge, à la demande de la famille des frais funéraires dans la limite de 1200 € TTC et des frais de transport, si les obsèques du bénéficiaire ont lieu dans le pays de survenance du décès (non cumulable avec le rapatriement de corps).			

L'option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) pour les médecins de secteur 2 et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO) remplacent le dispositif du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). / Les forfaits (hors Optique) sont valables par an et par bénéficiaire à compter de la date d'effet du contrat, et ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre. Le nombre d'équipements Optique (2 verres + 1 monture) est limité à 1 équipement TOUTS LES 2 ANS par bénéficiaire sauf pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue où les forfaits s'appliquent pour les frais engagés par période d'un an (se reporter aux conditions générales du contrat). / Les remboursements sont toujours effectués déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale dans la limite de l'option choisie. Dans tous les cas, les remboursements sont limités au montant de la dépense réelle et payés en euro.

* Optique : à partir du 1^{er} janvier 2020 / Dentaire : 1^{re} phase 1^{er} janvier 2020, 2^e phase 1^{er} janvier 2021 / Audio : 1^{er} janvier 2021.

(1) Si hospitalisation supérieure à 5 jours, prise en charge des frais de TV dans la limite de 20 jours par séjour, sur présentation de la facture acquittée et du bulletin d'hospitalisation à adresser à Apivia Mutuelle.

(2) Se reporter à la convention Garantie Assistance, Protection Juridique Médicale et garantie Avantages soutien financier incluse aux conditions générales du contrat santé.

(3) Extraits des notices d'informations, se conformer aux conditions générales annexées au bulletin d'adhésion.

Ce devis a été élaboré par **CABT ASSURANCES COURTAGE SERENITE** au vu des renseignements que vous lui avez fournis et il ne deviendra contractuel qu'après réception de votre demande d'adhésion.

Le document d'information sur le produit d'assurance (DIPA) correspondant à l'offre proposée est annexé au présent devis. Vous pourrez obtenir l'enregistrement de votre contrat complémentaire santé dès signature manuscrite ou électronique de votre bulletin d'adhésion, et la prise d'effet de vos garanties vous sera confirmée par l'envoi d'un certificat d'adhésion.

Ce devis concerne un contrat groupe à adhésion facultative conclu entre l'association MAISON DES ADHÉRENTS D'APIVIA et APIVIA MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée au RCS sous le N° 775 709 710 et dont le siège est situé 45-49 avenue Jean Moulin – 17034 LA ROCHELLE.

La présente proposition fait l'objet d'une rémunération, sous la forme de commissions versées au courtier, déterminée en fonction de la nature des gammes de produits, et des coûts engagés pour l'exercice de sa prestation de conseil.

Les données à caractère personnel recueillies feront l'objet d'un traitement automatisé par APIVIA et/ou le Courtier. Ces traitements ont un caractère obligatoire dans le cadre de la conclusion et de la gestion du présent contrat. À défaut, le contrat ne peut être conclu ou exécuté. Elles pourront être transmises aux entités filiales ou partenaires de l'Assureur ainsi qu'aux partenaires du Courtier, aux mêmes fins.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification, d'opposition, de portabilité et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, envoyez un courrier à l'une des adresses suivantes : 45 à 49 avenue Jean Moulin, 17000 LA ROCHELLE ou 108 rue Ronsard, 37100 TOURS. APIVIA Mutuelle est soumise à l'autorité de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Pour toute autre demande, vous pouvez contacter le conseiller qui vous a sollicité ou le Cabinet, dont l'adresse et les coordonnées figurent sur le présent document.

En cas de réclamation, vous pouvez écrire au service Réclamations du Cabinet à l'adresse de son siège social, qui traitera votre réclamation et/ou la transmettra au service réclamation de l'assureur.

En cas d'absence de réponse dans les 60 jours, ou de réponse non satisfaisante à votre réclamation, vous pouvez demander l'intervention du Médiateur dont dépend votre conseil. Ce dernier vous communiquera les coordonnées du Médiateur sur simple demande. **IMPORTANT** – Le Médiateur se déclarera compétent uniquement si toutes les voies de recours internes ont été épuisées.

Votre courtier conseil :

CABT ASSURANCES COURTAGE SERENITE
14 RUE MARCELIN ALBERT
11000 CARCASSONNE

ORIAS : 14 000 663 www.orias.fr
Tel : 0468718720
Email : acs.assu@gmail.com

Nombre de personnes garanties 2

Votre cotisation tient compte de votre lieu de résidence et elle évolue à chaque échéance anniversaire, en fonction de l'évolution générale des dépenses de santé et de votre âge.

Elle comprend les frais accessoires, les cotisations statutaires associatives, et le cas échéant les cotisations correspondant aux options de garanties choisies.

Elle évolue aussi en fonction des changements législatifs, réglementaires ou fiscaux, ayant un impact sur les contrats d'assurance santé.

✓ Nos Engagements

- > Une adhésion immédiate
- > Sans délais d'attente
- > Sans exclusion (médicale, territoriale, professionnelle)
- > Sans questionnaire médical
- > Éligible Loi Madelin
- > Gratuité des enfants dès le 3e

✓ Pour mieux vous servir ...

- > Paiement mensuel des cotisations (au 5, au 10 ou au 15 et sans surprime)
- > Remboursements sous 48 h
- > Décompte de prestations sous 24 h
- > Tiers payant Almerys
- > Accès gratuit aux réseaux de soins et services Santéclair
- > Espace adhérent en ligne
- > Appli mobile et carte de Tiers Payant digitale
- > Service de téléconsultation médicale

Apivia - 108 rue Ronsard - CS 87323 - 37073 TOURS Cedex 2

Apivia Santé - SAS au capital de 1 500 000 € - RCS Tours 391 897 261 - Siège social : 108 rue Ronsard, 37100 Tours - ORIAS n° 07 019 262 (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. Apivia est la marque des filiales courtage d'Apivia Mutuelle, régie par le Livre II du code de la mutualité, adhérente à la Mutualité Française - Siren : 775 709 710 - Siège social : 45-49 avenue Jean Moulin, 17034 La Rochelle Cedex.

Tiers-payant gratuit

Tiers-payant géré par Alмеры, l'acteur le plus étendu de France avec plus de 200 000 professionnels de santé.

Remboursement sous 48 heures

Remboursements des dépenses de santé sous 48 heures grâce au système Noémie.

Santéclair

- Accès aux réseaux de soins Santéclair : tarifs négociés de 15 à 40 % inférieurs à ceux du marché, avec contrôle qualité, dans les domaines où le reste à charge est élevé : optique, dentaire, audioprothèse, bien-être/prévention.
- Services préférentiels : géolocalisation des professionnels de santé partenaires, outils web Trouvtondoc, coaching nutrition et informations hospitalières, offres happyview.fr et lentillesmoinscheres.com...

Espace adhérent apivia.fr

- Historique des remboursements et alerte e-mail.
- Gestion du contrat : modification d'une adresse, d'un RIB, ajout d'un bénéficiaire.
- Envoi de documents : décomptes d'assurance maladie, devis, attestation de droit.
- Téléchargement de carte de tiers-payant.
- Demande de renseignement.
- Géolocalisation des professionnels de santé agréés Santéclair.
- Accès aux services Santéclair.

Application mobile Apivia Mutuelle

Application mobile téléchargeable sur Google Play et l'App Store. Accès :

- à une carte de tiers-payant dématérialisée.
- aux services de l'espace adhérent en ligne.



Renseignements par téléphone

- Renseignements sur les remboursements ou analyse de devis avant d'engager des soins.



Assistance & Protection Juridique Médicale

La **Garantie d'Assistance** met en place des solutions d'aide à la vie quotidienne pour pallier une perte d'autonomie ou faire face à un événement imprévu : hospitalisation (y compris en ambulatoire) immobilisation à domicile, décès, maternité, pathologies lourdes.

Elle prend en charge :

- L'aide ménagère (ménage, repas, vaisselle, repassage, courses de proximité), la coiffure à domicile, le petit jardinage.
- La livraison de médicaments, courses, repas.
- Le transport aux rendez-vous médicaux.
- Les enfants (garde, soutien scolaire, conduite à l'école et aux activités extrascolaires).
- Le remplacement de votre garde d'enfant si elle est hospitalisée ou immobilisée.
- La garde d'animaux par une personne spécialisée.
- Les frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger
- Le rapatriement sanitaire et le rapatriement du corps en cas de décès

La Garantie d'Assistance offre également un service de coaching et de conseils aux différentes étapes de la vie : premier emploi, aide au retour à l'emploi, maternité, retraite, conduite senior...

La **protection juridique médicale** vous permet de faire valoir vos droits et de prendre en charge vos frais jusqu'à 20 000 € en cas de litige vous opposant à un professionnel de santé ou un établissement de soins.

MédecinDirect

MédecinDirect est un service de téléconsultation médicale, gratuit, confidentiel et sécurisé. Il vous permet de consulter un médecin, généraliste ou spécialiste, où que vous soyez, par écrit, téléphone ou vidéo afin de bénéficier d'un diagnostic médical ou de conseils...

www.medecindirect.fr



09 74 59 51 10

7j/7 et 24h/24

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

ÉQUILIBRE 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
- ✓ Prime naissance
- 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, étio-pathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, pédicure, diététicien
- ✓ Cures thermales
- ✓ Actes de prévention
- ✓ Dépistage et prévention non remboursés

LES GARANTIES EN INCLUSION

- ✓ Garantie Avantages soutien financier
- ✓ Garantie Allocation obsèques jusqu'à 65 ans

ASSISTANCE ET AIDE À DOMICILE

- ✓ Aide ménagère

- ✓ Les enfants : garde, soutien scolaire, conduite à l'école
- ✓ Garantie d'aide aux aidants pour l'assuré aidant
- ✓ Service de conseil social, juridique et de coaching emploi
- 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 30j/an
- ! Frais d'accompagnant : de 0 à 15€/j
- ! Médecines douces : de 0 à 100 €/an/bénéficiaire dans la limite de 25€/séance
- ! Plafond dentaire : de 0 à 900 €/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 moins de 55 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.