Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

APICIL Mutuelle, mutuelle immatriculée en France au répertoire SIREN sous le n° 302 927 553 et régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège est situé au 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire

APICIL MUTUELLE

Produit : Solidarité communale

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 d'assurance complémentaire santé **Solidarité communale** 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. Peuvent adhérer toutes personnes physiques âgées de 16 ans minimum. Le produit respecte les conditions légales **des contrats responsables 100 % SANTÉ et est éligible à la fiscalité Loi Madelin.**

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à **des plafonds** qui varient en fonction du niveau de garanties choisi parmi 3 formules et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

Les garanties de base systématiquement prévues

Soins courants

- ✓ Analyses et examens de laboratoire,
- ✓ Honoraires médicaux (consultations/visites/téléconsultations généralistes, spécialistes conventionnés ou non),
- ✓ Actes de petite chirurgie et actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie),
- ✓ Honoraires paramédicaux (professionnels de la santé pris en charge par la Sécurité sociale : infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricien), psychologue dispositif MonPsy,
- ✓ Médicaments (vignettes à 65 % et, selon le niveau souscrit, vignettes à 30 % et 15 %),
- ✓ Autres soins courants (frais de transport, vaccins antigrippe, ostéodensitométrie non prise en charge par la Sécurité sociale),
- ✓ Matériel médical (grand et petit appareillage pris en charge par la Sécurité sociale).

Hospitalisation y compris maternité et hospitalisation à domicile

- ✓ Honoraires chirurgicaux (praticiens conventionnés ou non), frais de séjour en établissement conventionné ou non, forfait journalier hospitalier, participation actes lourds, Forfait Patient Urgence et, selon le niveau souscrit, chambre particulière, lit d'accompagnant, télévision/téléphone.

Optique

- ✓ Verres et montures, lentilles prises en charge par la Sécurité sociale et, selon le niveau souscrit, la chirurgie réfractive.

Dentaire

- ✓ Soins dentaires, inlays-onlays des paniers modéré et libre, prothèses prises en charge par la Sécurité sociale des paniers modéré et libre, autres dispositifs dentaires : orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale et non prise en charge (selon niveau), implantologie (selon niveau).

Aides auditives

- ✓ Appareil auditif, piles acoustiques, entretien et réparation prises en charge par la Sécurité sociale

Kit confort

- ✓ Professionnels de santé non pris en charge par la SS : ostéopathe, acupuncteur, pédicure-podologue, étiopathe, chiropracteur, diététicien/nutritionnistes, psychomotricien, psychologue (selon niveau)
- ✓ Sevrage tabagique (selon niveau)
- ✓ Pilule non prise en charge par la Sécurité sociale (selon niveai)
- ✓ Cure thermale prise en charge par la Sécurité sociale

Les services

- Tiers payant, télétransmission avec la Sécurité sociale
- Remboursements consultables en ligne sur un espace dédié
- Demandes de prise en charge hospitalière et demandes de remboursement, analyse de devis (optique, dentaire) en ligne
- Action sociale (sous conditions)

L'assistance :

- Un service d'écoute, conseil et orientation, avec accompagnement social et informations diverses (vie pratique, juridique, santé, dépendance…)
- Des prestations d'assistance
- Un service de téléconsultations médicales
- L'accès à un 2e avis médical.

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
  - 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 dépendantes (EHPAD)

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

Principales exclusions du contrat responsable

- ! **Participation forfaitaire de 1 €** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise de 0,50 €** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise de 2 €** sur les transports sanitaires
- ! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant/ absence de médecin traitant)

Principales restrictions du contrat responsable

- ! **Optique :** prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans suivant la dernière facturation (tous les ans pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue ou tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage).
- ! **Aides auditives** : prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans. Prise en charge d'un équipement dans la limite des prix limites de vent qui s'imposent aux audioprothésistes pour les équipements de Classe I et de 1 700 € pour les équipements de Classe II.
- ! **Honoraires médicaux** : plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres restrictions prévues au contrat

- ! Un devis est obligatoire pour les équipements optiques (monture + verres), les aides auditives et les prothèses dentaires pour tout remboursement.
- ! Des plafonds sont applicables pour les prothèses dentaires et l'orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale.
- ! Peuvent adhérer uniquement les personnes âgées de moins de 80 ans.
- ! Limite d'âge pour souscrire avec un statut Travailleur Non Salarié : 75 ans si encore en activité
- ! Certaines prestations font l'objet d'une restriction forfaitaire en termes de montant et/ou de durée (voir tableau de garanties).

Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine (dont la Corse) et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).
- ✓ A l'étranger, le remboursement se fait sur la base du tarif de convention de la Sécurité sociale française quelle que soit la dépense engagée.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat, suspension des garanties ou résiliation du contrat :

A la souscription du contrat

- Remplir le bulletin d'adhésion avec exactitude et le signer.
- Fournir tous documents demandés par l'assureur

En cours de contrat

- Informer l'assureur des événements suivants :
  - changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de la composition familiale (mariage, naissance, décès), de situation au regard des régimes obligatoires français d'Assurance Maladie et maternité.
  - changement de profession : dans ce cas, l'assuré(e) 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.
- Régler la cotisation indiquée au contrat.

Pour le remboursement des frais de santé

Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale).

Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables aux échéances prévues au contrat (mensuelle, trimestrielle, annuelle).
- Les cotisations sont payables suivant les modalités prévues au contrat.
- Le prélèvement automatique est obligatoire si l'assuré(e) opte pour un paiement mensuel.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée sur le certificat d'adhésion.

Les garanties s'appliquent au plus tôt le lendemain suivant la date de réception du bulletin d'adhésion ou à partir de la date d'effet postérieure souhaitée apposée sur le bulletin d'adhésion.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties selon les conditions prévues au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat s'effectue au 31 décembre d'un exercice par tous moyens prévus à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité sous réserve que la demande ait été faite avec un préavis de deux mois (avant le 31 octobre de l'exercice). Le cachet de la Poste [ou la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique] fait foi du respect du délai de préavis.

L'Adhérent a la possibilité de résilier son contrat frais de santé après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.

La résiliation prendra effet un mois après la réception par l'organisme assureur de la demande de résiliation.