

HOSPITALISATION

	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissements conventionnés	100%	100%	100%	100%
Frais de séjour en établissements non conventionnés	100%	100%	100%	100%
Actes hospitaliers, honoraires chirurgicaux : chirurgie, anesthésie, réanimation	<ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO Médecins non adhérents OPTAM 	100%	125%	150%
Chambre particulière (hors ambulatoire) : maladie, chirurgie – Durée illimitée	-	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour
Chambre particulière (hors ambulatoire) : Réadaptation fonctionnelle, Rééducation, Moyens séjours, Cures, Convalescence	-	30€ par jour 21 jours par an	40€ par jour 28 jours par an	50€ par jour 35 jours par an
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de transport acceptés par le Régime Obligatoire (RO)	100%	100%	100%	125%
Frais d'accompagnement : conjoint, ascendants, descendants – Durée limitée à 30 jours par	-	15€ / jour	15€ / jour	15€ / jour
Forfait location télévision ⁽¹⁾ si hospitalisation supérieure à 5 jours – durée limitée à 20j par séjour	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels

MÉDECINE COURANTE

Honoraires médicaux, Consultations, Visites, Actes de spécialistes (ATM) : généralistes, spécialistes, professeurs	<ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO Médecins non adhérents OPTAM 	100%	125%	150%	175%
Majoration pour frais de déplacement – actes de nuit ou le dimanche – soins d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO Médecins non adhérents OPTAM 	100%	100%	125%	150%
Radiologie : scanographie, mammographie, IRM, échographie, électrocardiographie, scintigraphie...	<ul style="list-style-type: none"> Médecins adhérents OPTAM/OPTAM-CO Médecins non adhérents OPTAM 	100%	125%	150%	175%
Frais pharmaceutiques, homéopathie (remboursés par le RO à 15%, 30%, 65%)	100% (sauf 15% = 0)	100%	100%	100%	100%
Auxiliaires médicaux : orthophonistes, infirmiers, kinésithérapeutes, orthoptistes	100%	100%	125%	150%	150%
Analyses, actes de biologie	100%	100%	125%	150%	150%

OPTIQUE

Montures		100% + 50€	100% + 50€	100% + 75€	100% + 100€
Verres simples (par verre)		100% + 25€	100% + 25€	100% + 50€	100% + 75€
Verres complexes (par verre)		100% + 75€	100% + 87,50€	100% + 100€	100% + 112,50€
	→ Bonus fidélité sur les 2 verres, la 2 ^{ème} année :	+ 25€	+ 25€	+ 25€	+ 25€
	→ Bonus fidélité sur les 2 verres, la 3 ^{ème} année :	+ 50€	+ 50€	+ 50€	+ 50€
	→ Bonus fidélité sur les 2 verres, la 4 ^{ème} année :	+ 75€	+ 75€	+ 75€	+ 75€
Lentilles les forfaits lentilles remboursées et non remboursées ne sont pas cumulables	<ul style="list-style-type: none"> Remboursables par le RO Non remboursables par le RO 	100% + 25€ 25€	100% + 50€ 50€	100% + 100€ 100€	100% + 150€ 150€
Chirurgie corrective ou réfractive non remboursable par le RO : myopie, presbytie, hypermétropie. Par œil.		-	50€	100€	150€

DENTAIRE

Prothèses dentaires et Orthodontie remboursables par le RO		100%	125%	150%	200%
	→ Bonus fidélité 2 ^{ème} année, garantie portée à :	125%	150%	175%	225%
	→ Bonus fidélité 3 ^{ème} année, garantie portée à :	150%	175%	200%	250%
	→ Bonus fidélité 4 ^{ème} année, garantie portée à :	175%	200%	225%	275%
Plafond dentaire		Aucun	Aucun	Aucun	1 ^{ère} année : 600€ 2 ^{ème} et suivantes : 900€
Soins		100%	100%	100%	100%

PRÉVENTION & MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE

Prothèses et Appareillages (petit appareillage et accessoires)		100%	100%	100%	100%
Prothèses orthopédiques, auditives, capillaires, mammaires et grand appareillage		100%	100%	125%	150%
Cures thermales : honoraires, soins, frais de transport, hébergement. Par an et par bénéficiaire		100%	100%	100% + forfait 50€	100% + forfait 100€
Médecines naturelles (consultations non remboursées par le RO) : ostéopathe, étiope, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, pédicure, diététicien (prise en charge 25€ / consultation / bénéficiaire). Par an et par bénéficiaire		-	25€	75€	100€
Actes de prévention (remboursés par le RO)		100%	100%	100%	100%
Dépistage et prévention (actes non remboursés par le RO). Forfait / an / bénéficiaire limité à 50% des dépenses réalisées ⁽¹⁾		100€	100€	100€	100€

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

COMPRENDRE MES REMBOURSEMENTS

Pour chaque dépense de santé que vous faites, votre Régime Obligatoire vous rembourse une partie, puis votre mutuelle santé se base sur ce remboursement pour apporter un complément.

Découvrez comment Équilibre Santé + et votre Régime Obligatoire vous remboursent*, avec ces quelques exemples :

	REMBOURSEMENT DE L'ASSURÉ (mutuelle + régime obligatoire) *			
	NIVEAU 100	NIVEAU 125	NIVEAU 150	NIVEAU 200
Consultation d'un médecin généraliste adhérent à l'OPTAM, pratiquant un dépassement d'honoraires	25€	31.25€	37.50€	43.75€
Pose d'une couronne dentaire (SPR50) remboursée par le Régime Obligatoire	107.50€	134.38€	161.25€	215€
Achat d'une paire de lunettes avec verres complexes	210.16€	225.16€	285.16€	335.16€
Achat d'un appareil auditif	199.71€	199.71€	249.64€	299.57€

*Remboursement mutuelle + régime obligatoire, dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré, hors contribution forfaitaire retenue et franchise médicale qui restent à la charge de l'assuré. Ainsi, le remboursement effectué ne peut excéder la somme versée par l'assuré lors du règlement de l'acte de santé.

LES + D'ÉQUILIBRE SANTÉ +

- **Carte tiers payant gratuite**
- **Aucune formalité** médicale, pas de questionnaire de santé
- **Remboursements sous 48h**
- **Bonus fidélité** en Optique et en Dentaire
- **Assistance 24h/24**

COMMENT SOUSCRIRE ?

Notre offre vous a convaincu ? L'équipe d'AFI est à votre disposition, munissez-vous de votre attestation vitale et de votre relevé d'i bancaire (RIB) et contactez-nous :

PAR TÉLÉPHONE :

Votre conseiller dédié vous guidera et répondra

01 83 77 57



PAR COURRIER :

Imprimez votre dossier de souscription et laissez-vous guider pour le remplir



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, étiope, 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.