

Les taux, exprimés en % de la Base de Remboursement (BR) ou des Frais Réels (FR), incluent les remboursements Sécurité Sociale (SS), les remboursements Sécurité Sociale (SS), les remboursements Sécurité Sociale (SS) et ne peuvent excéder les dépenses engagées. Les forfaits annuels, s'entendent par année et par bénéficiaire. Les plafonds n'intègrent pas les remboursements Sécurité Sociale.

Garanties		Solution actuelle	ACPS F6	ACPS F6 +	Premavals Mavals 5 +	Premavals Mavals 5 ++	SPVie Alpha Santé 500
Responsable (R) / Resp. + non Resp. (R + NR) / 100% Santé (RAC 0)		R	R	R + NR	R + NR	R + NR	R
HOSPITALISATION MÉDICALE & CHIRURGICALE							
Honoraires	Médecins adhérents à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée	400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	400 % BR	450 % BR
	Médecins non conventionnés ou non adhérents DPTAM	200 % BR	200 % BR	500 % BR	300 % BR	400 % BR	200 % BR
Forfait actes lourds	Actes > à 120€	400 % BR	500 % BR	500 % BR	Frais réels	Frais réels	
Forfait journalier	Hospitalier	Frais réels	Frais réels	100 % BR	Frais réels	Frais réels	100 % BR
Frais de séjour	Établissements conventionnés	400 % BR	500 % BR	500 % BR	Frais réels	Frais réels	500 % BR
	Établissements non conventionnés	400 % BR	200 % BR	200 % BR	80 % Frais réels	80 % Frais réels	80 % Frais réels
	limité à (étab. non conventionnés seulement)	90 % BR			280 % BR	300 % BR	300 % BR
Chambre particulière	Médecine et Chirurgie	100 € / jour	110 € / jour	110 € / jour	125 € / jour	125 € / jour	130 € / jour
	Psychiatrie, séjour en rééducation, maison de repos & centre de convalescence	100 € / jour	110 € / jour	110 € / jour	125 € / jour	125 € / jour	130 € / jour
	limité à (psy, séj. réed., maison rep. & centre de conv. seulement)	15 jours / an	30 jours / an	30 jours / an	40 jours / an	40 jours / an	30 jours / an
Accompagnant	Frais de nuité & repas	44 € / jour	50 € / jour	50 € / jour	30 € / jour	30 € / jour	115 € / jour
Frais de transport		400 % BR	100 % BR	100 % BR	350 % BR	350 % BR	100 % BR
MÉDECINE COURANTE							
Consultations, Visites (Adhérents DPTAM)	Généralistes	400 % BR	500 % BR	500 % BR	300 % BR	300 % BR	450 % BR
	Spécialistes	400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	400 % BR	450 % BR
	Actes techniques médicaux	400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	400 % BR	450 % BR
	Imagerie Médicale	400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	400 % BR	450 % BR
hors DPTAM	Consultations, Visites & Actes	200 % BR	200 % BR	500 % BR	300 % BR	400 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	soins infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie	400 % BR	500 % BR	500 % BR	200 % BR	200 % BR	100 % BR
Analyses médicales		400 % BR	500 % BR	500 % BR	200 % BR	200 % BR	100 % BR
Pharmacie	Médicaments pris en charge SS	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
	Médicaments prescrits & non pris en charge SS	75	70 €	70 €	0	0	55 €
	vaccins prescrits & non pris en charge SS	100 €	70 €	70 €	50 €	50 €	55 €
	Sevrage tabagique		70 €	70 €	45 €	45 €	0 €
	Contraception (pilule, stérilet, ... non pris en charge SS)	75 €	70 €	70 €	35 €	35 €	45 €
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION							
Ostéodensitométrie	non prise en charge SS	25 €	0 €	0 €	145 €	195 €	70 €
Médecines douces	Forfait total annuel "Toutes spécialités"	450 € / an	200 € / an	200 € / an	200 € / an	250 € / an	300 € / an
	Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, homéopathe, éthiophe, naturopathe, sophrologue, diététicien, nutritionniste, ... (spécialités selon contrat)	90 € / séance	200 € / séance	200 € / séance	40 € / séance	40 € / séance	50 € / séance
	Nombre maximal de séances par an	5 séances / an	Illimité	Illimité	Illimité	Illimité	6 séances / an
Cure thermale	Soins pris en charge SS	400 % BR	500 % BR	500 % BR	70 % BR	70 % BR	100 % BR
	Transport & Hébergement (sur justificatifs)	300 € / an	550 € / an	550 € / an	400 € / an	400 € / an	0 € / an
APPAREILLAGE & ORTHOPÉDIE							
Appareillage auditif		400 % BR + 180 € / an	500%BR + 1000€ x2	500%BR + 1000€ x2	400 %	400 %	100 % BR + 500 € / 4 ans
Appareillage auditif enfant		400 % BR + 180 € / an	500%BR + 1000€ x2	500%BR + 1000€ x2	400 %	400 %	100 % BR + 500 € / 4 ans
Orthopédie et autres appareillages		400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	400 % BR	500 % BR
OPTIQUE							
Lunettes adultes	Total Équipement Verres Simples	290 €	400 €	400 €	390 €	490 €	380 €
	Total Équipement Verres Complexes	500 €	630 €	630 €	530 €	630 €	630 €
	Total Équipement Verres Très Complexes	600 €	630 €	630 €	630 €	730 €	700 €
	dont Monture (Forfait maximal)	110 €	150 €	150 €	250 €	350 €	150 €
Lunettes enfants	Total Équipement Verres Simples	290 €	400 €	400 €	390 €	490 €	380 €
	Total Équipement Verres Complexes	500 €	630 €	630 €	530 €	630 €	630 €
	Total Équipement Verres Très Complexes	600 €	630 €	630 €	630 €	730 €	700 €
	dont Monture (Forfait maximal)	110 €	150 €	150 €	250 €	350 €	150 €
Lentilles	Prises en charge SS (forfait en complément du Rbt SS)	250 € / an	350 € / an	350 € / an	0 % BR	0 % BR	180 € / an
	Non prises en charge SS	350 € / an	350 € / an	350 € / an	0 % BR	0 % BR	350 € / an
Chirurgie de l'oeil	Forfait	250 € / an	500 € / oeil	500 € / oeil	450 € / oeil	550 € / oeil	630 € / an
DENTAIRE							
Soins dentaires	Chirurgiens dentistes adhérents DPTAM	400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	300 % BR	100 % BR
Inlays, Onlays	Chirurgiens dentistes adhérents DPTAM	400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	500 % BR	350 % BR
Orthodontie	Prise en charge SS	400 % BR	500 % BR	500 % BR	350 % BR	400 % BR	400 % BR
	Non prise en charge SS	350 € / an	850 € / an	850 € / an	600 € / an	700 € / an	400 € / an
Prothèses dentaires	prises en charge SS	400 % BR	500 % BR	500 % BR	400 % BR	500 % BR	400 % BR
Implants	pillier et racine, nb selon contrat	300 € / implant	850 € / an	850 € / an	600 € / implant	700 € / implant	500 € / implant
Parodontologie	non prise en charge SS	300 € / an	0 € / an	0 € / an	300 € / an	350 € / an	400 € / an
Plafond annuel au-delà de 100% BR	Prothèses, implants, orthodontie et parodontologie (1ère(s) année(s))	1800 €	1900 €	1900 €	3377 €	3377 €	2300 €
	Prothèses, implants, orthodontie et parodontologie (Années suivantes)	1800 €	2500 €	2500 €	5066 €	5066 €	2300 €
ALLOCATION OBSÈQUES AFFILIÉS DE PLUS DE 12 ANS		1500 €					
Tarif mensuel		420 €	347.09 €	446.35 €	315.28 €	320.22 €	
Dont sur-complémentaire				99.26 €	38.06 €	43 €	
Année tarification			2019	2019	2019	2019	
Économie mensuelle				72.91 €		104.72 €	99.78 €



CONTRASSUR TNS SANTÉ FORMULES

Une offre de base responsable avec 6 formules de garanties permettant de mieux répondre aux attentes de vos clients TNS.

CONTRASSUR TNS SANTÉ COMPLÉMENTAIRE

Une offre sur complémentaire responsable avec 6 formules de garanties venant en complément du régime de base.

Spécimen



ACPS (Association Concept Prévoyance Santé)
Association déclarée sous la loi du 1er juillet 1901
et du décret du 16 août 1901
3 avenue Germaine Tillion - Immeuble Origami
CS 30724 - 35207 RENNES CEDEX 2

LIBELLE DES PRESTATIONS FORMULES	MONTANT DES PRESTATIONS						BASE DES PRESTATIONS
	1	2	3	4	5	6	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris ambulatoire et hospitalisation à domicile)							
Frais de séjours établissements conventionnés	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	500 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Frais de séjours établissements non conventionnés	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	200 %	
Honoraires DPTAM	150 %	200 %	250 %	300 %	350 %	500 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Honoraires Hors DPTAM	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	200 %	
Forfait hospitalier (hors Etablissements Médico-Sociaux dont MAS et EHPAD)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	Des Frais Réels (limitée)
Chambre Particulière	40 €	55 €	70 €	85 €	95 €	110 €	Par jour
Frais d'accompagnant	20 €	25 €	30 €	35 €	40 €	50 €	Par jour
SOINS COURANTS							
Pharmacie, Homéopathie remboursée, Transport	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Analyses, Auxiliaires Médicaux	130 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %	
Consultations, Visites, Actes de spécialités, Radiologie, Autres actes pris en charge par le Régime Obligatoire	130 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Hors DPTAM : Limite de remboursement	110 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	
Consultations spécialistes	130 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Hors DPTAM : Limite de remboursement	110 %	130 %	180 %	200 %	200 %	200 %	
Médecine Douce (Consultation homéopathe, ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, phytothérapeute, étiope, podologues et pédicures non remboursés)	50 €	75 €	100 €	125 €	150 €	175 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Pharmacie non remboursée (Médicaments prescrits non remboursés par le Régime Obligatoire)	30 €	30 €	30 €	70 €	70 €	70 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Garantie de Prévention (arrêté ministériel du 8 juin 2006)	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
FRAIS DENTAIRES, ORTHODONTIE, APPAREILLAGES							
Actes dentaires, Soins dentaires et Chirurgie dentaire	130 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Prothèses dentaires, Orthodontie, remboursées par le Régime Obligatoire		180 %	200 %	300 %	400 %	500 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées années 1 et 2 (*)			1000 €	1200 €	1600 €	1900 €	Limite annuelle par bénéficiaire
Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées années 3 et suivantes (*)			1400 €	1800 €	2200 €	2500 €	Limite annuelle par bénéficiaire
Prothèses dentaires, Orthodontie, Impression, non remboursés par le Régime Obligatoire		200 €	350 €	450 €	500 €	850 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Autres prothèses acceptées par le Régime Obligatoire (Petit et gros appareils)	130 %	150 %	200 %	250 %	300 %	500 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
Prothèses auditives	260 €	300 €	400 €	500 €	600 €	1000 €	Forfait par prothèse (Limité à deux par an)
OPTIQUE (**)							
Monture + 2 Verres simples	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	400 €	Forfait pour 2 ans et par bénéficiaire
Monture + 1 Verre simple + 1 Verre complexe	150 €	200 €	250 €	300 €	450 €	520 €	Forfait pour 2 ans et par bénéficiaire
Monture + 2 Verres complexes	200 €	275 €	350 €	400 €	550 €	630 €	Forfait pour 2 ans et par bénéficiaire
Lentilles pour ou refusées par le Régime Obligatoire	75 €	125 €	175 €	225 €	300 €	350 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Opération	100 €	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €	Forfait par œil et par opération
CURATIONS PAR THERMALES							
Cures Thermales acceptées par le Régime Obligatoire (Transport, Hébergement)	100 €	150 €	250 €	350 €	450 €	550 €	Forfait annuel par bénéficiaire
Forfait naissance ou adoption	100 €	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €	Forfait par enfant
ASSISTANCE							
Contrat Inter-Partner Assistance N° 0800072*01				Garantie			Aide ménagère, Télévision...

- Le DPTAM regroupe les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés, tel que l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO). Pour savoir si votre médecin a pris part à ce dispositif, connectez-vous sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>.

- Les taux indiqués sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du Régime Obligatoire, et comprennent l'intervention de ce régime dans la limite des frais réels.

- Les forfaits annuels s'entendent par année civile et dans la limite des frais réels. Les forfaits pour 2 ans s'entendent sur deux années et dans la limite des frais réels.

(*) Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées : le ticket modérateur reste remboursé au-delà du plafond conformément au décret 2014-1374 du 18/11/2014

(**) OPTIQUE : forfaits par période de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'1 monture (remboursement limité à 150 € pour la monture). Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Verres simples : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00. Verres complexes : tous les autres verres. Pour les contrats ACPS, la référence pour l'application des 2 ans est la date d'effet du contrat de l'Assuré principal.

Conventions n° 12281, 12282 et 12283 souscrites par ACPS auprès de Groupe France Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Immatriculée sous le n° 784 492 084, 10 rue du 4 Septembre CS 11601 75089 PARIS cedex 02. A.C.P.S. (Association Concept Prévoyance Santé) Association déclarée sous la loi du 01/07/1901 et le décret du 16/08/1901 Siège Social : 3 avenue Germaine Tillion - Immeuble Origami - CS 30724 - 35207 RENNES CEDEX 2. Soumises au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

LIBELLE DES PRESTATIONS FORMULES	MONTANT DES PRESTATIONS				BASE DES PRESTATIONS
	3	4	5	6	
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris ambulatoire et hospitalisation à domicile)					
Honoraires Hors DPTAM :					
Montant des prestations Base	200 %	200 %	200 %	200 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
+					
Montant des prestations Surcomplémentaire	50 %	100 %	150 %	300 %	
Montant Total des prestations	250 %	300 %	350 %	500 %	
SOINS COURANTS					
Consultations, Visites, Actes de spécialités, Radiologie, Autres actes pris en charge par le Régime Obligatoire					
Hors DPTAM : Limite de remboursement :					
Montant des prestations Base	180 %	200 %	200 %	200 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
+					
Montant des prestations Surcomplémentaire	20 %	50 %	100 %	300 %	
Montant Total des prestations	200 %	250 %	300 %	500 %	
Consultations spécialistes					
Hors DPTAM : Limite de remboursement :					
Montant des prestations Base	180 %	200 %	200 %	200 %	De la Base de Remboursement du Régime Obligatoire
+					
Montant des prestations Surcomplémentaire	20 %	50 %	100 %	300 %	
Montant Total des prestations	200 %	250 %	350 %	500 %	

Document non contractuel - Janvier 2019

Spécimen

Le contrat de base est responsable :
Les garanties et les montants de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions réglementaires régissant les « contrats responsables ». La participation forfaitaire et les franchises médicales appliquées par la Sécurité sociale ne seront pas prises en charge. Les actes de prévention définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont au contraire remboursés au ticket modérateur.

Le contrat surcomplémentaire est non responsable :
il n'est pas éligible au dispositif fiscal Madelin.

Le contrat de base et la surcomplémentaire doivent être souscrits sur le même niveau de formule.

- Le DPTAM regroupe les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés, tel que l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO). Pour savoir si votre médecin a pris part à ce dispositif, connectez-vous sur le site <http://annuaire.sante.ameli.fr>.
- Les taux indiqués sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du Régime Obligatoire, et comprennent l'intervention de ce régime dans la limite des frais réels.
- Les forfaits annuels s'entendent par année civile et dans la limite des frais réels. Les forfaits pour 2 ans s'entendent sur deux années et dans la limite des frais réels.
(*) Plafond prothèses dentaires et orthodontie remboursées : le ticket modérateur reste remboursé au-delà du plafond conformément au décret 2014-1374 du 18/11/2014
(* *) OPTIQUE : forfaits par période de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'1 monture (remboursement limité à 150 € pour la monture). Cette période est réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. Verres simples : verres simples foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00. Verres complexes : tous les autres verres. Pour les contrats ACPS, la référence pour l'application des 2 ans est la date d'effet du contrat de l'Assuré principal.
Conventions n° 12281, 12282 et 12283 souscrites par ACPS auprès de Groupe France Mutuelle - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Immatriculée sous le n° 784 492 084, 10 rue du 4 Septembre CS 11601 75089 PARIS cedex 02. A.C.P.S. (Association Concept Prévoyance Santé) Association déclarée sous la loi du 01/07/1901 et le décret du 16/08/1901 Siège Social : 3 avenue Germaine Tillon - Immeuble Origami - CS 30724 - 35207 RENNES CEDEX 2. Soumises au contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.

Spécimen



ACPS (Association Concept Prévoyance Santé)
Association déclarée sous la loi du 1er juillet 1901
et du décret du 16 août 1901
3 avenue Germaine Tillion - Immeuble Origami
CS 30724 - 35207 RENNES CEDEX 2

TABLEAUX DE GARANTIES

Spécimen

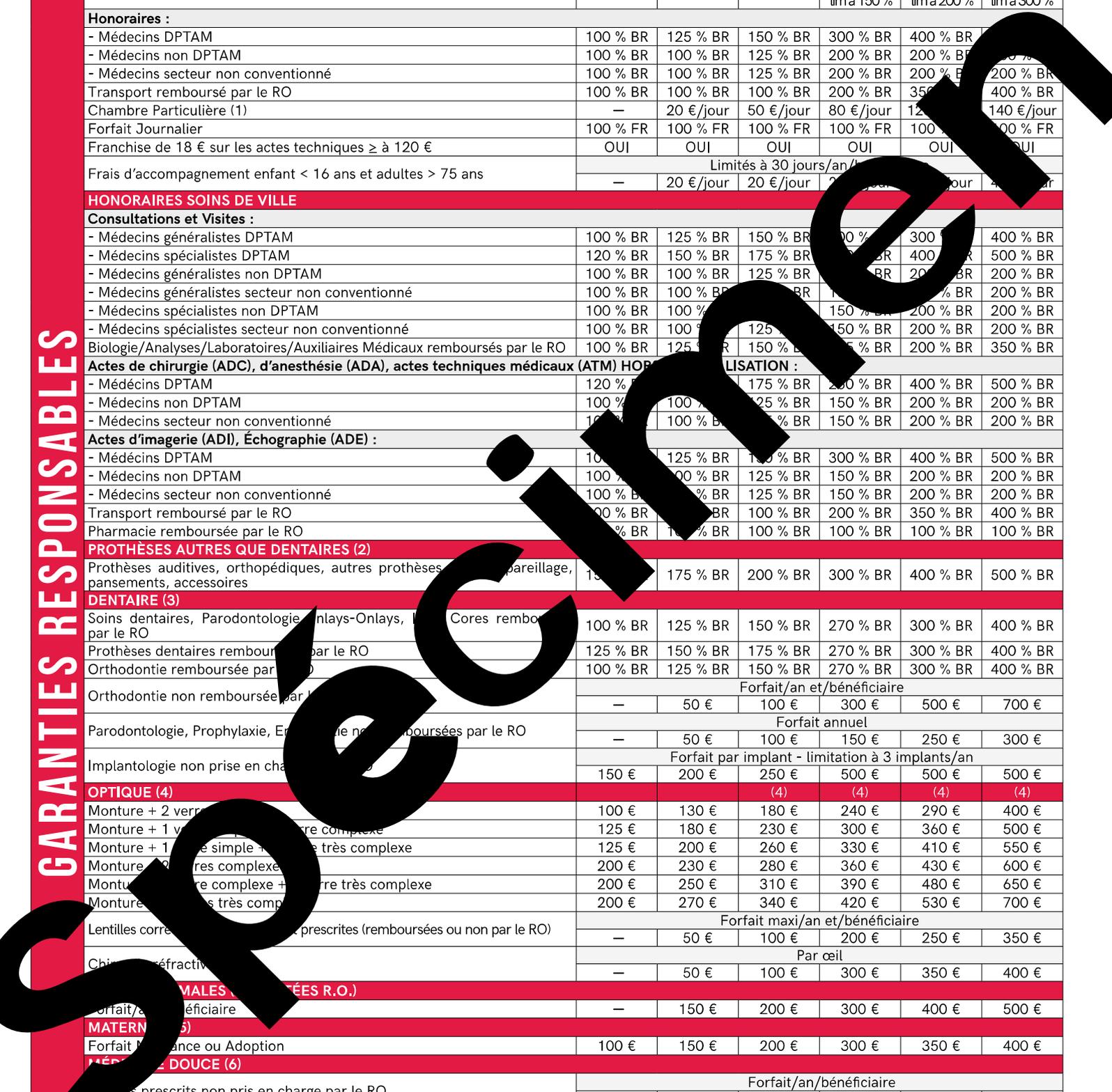
PREMAVALS



GARANTIES FRAIS DE SANTÉ MAVALS INDÉPENDANTS®

GARANTIES RESPONSABLES

NATURE DES GARANTIES RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUS	MAVALS 1	MAVALS 2	MAVALS 3	MAVALS 4	MAVALS 5	MAVALS 6
HOSPITALISATION MÉDICALE & CHIRURGICALE Y COMPRIS LA MATERNITÉ (1)						
Frais de séjour :						
- Secteur Conventiéonné	100 % BR	125 % BR	150 % BR	100 % FR (*)	100 % FR (*)	100 % FR (*)
- Secteur Non Conventiéonné	100 % BR	100 % BR	100 % BR	80 % FR lim à 150%	80 % FR lim à 200%	80 % FR lim à 300%
Honoraires :						
- Médecins DPTAM	100 % BR	125 % BR	150 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
- Médecins non DPTAM	100 % BR	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Médecins secteur non conventiéonné	100 % BR	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Transport remboursé par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	350 % BR	400 % BR
Chambre Particulière (1)	—	20 €/jour	50 €/jour	80 €/jour	120 €/jour	140 €/jour
Forfait Journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Franchise de 18 € sur les actes techniques ≥ à 120 €	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Frais d'accompagnement enfant < 16 ans et adultes > 75 ans	—	Limités à 30 jours/an/bénéficiaire 20 €/jour				
HONORAIRES SOINS DE VILLE						
Consultations et Visites :						
- Médecins généralistes DPTAM	100 % BR	125 % BR	150 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
- Médecins spécialistes DPTAM	120 % BR	150 % BR	175 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
- Médecins généralistes non DPTAM	100 % BR	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Médecins généralistes secteur non conventiéonné	100 % BR	100 % BR	125 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
- Médecins spécialistes non DPTAM	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Médecins spécialistes secteur non conventiéonné	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Biologie/Analyses/Laboratoires/Auxiliaires Médicaux remboursés par le RO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	350 % BR
Actes de chirurgie (ADC), d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM) HOPITALISATION :						
- Médecins DPTAM	120 % BR	150 % BR	175 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
- Médecins non DPTAM	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Médecins secteur non conventiéonné	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie (ADI), Échographie (ADE) :						
- Médecins DPTAM	100 % BR	125 % BR	150 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
- Médecins non DPTAM	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
- Médecins secteur non conventiéonné	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Transport remboursé par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	200 % BR	350 % BR	400 % BR
Pharmacie remboursée par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PROTHÈSES AUTRES QUE DENTAIRES (2)						
Prothèses auditives, orthopédiques, autres prothèses, appareillage, pansements, accessoires	150 % BR	175 % BR	200 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
DENTAIRE (3)						
Soins dentaires, Parodontologie, Onlays-Onlays, Crowns, Cores remboursés par le RO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	270 % BR	300 % BR	400 % BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	125 % BR	150 % BR	175 % BR	270 % BR	300 % BR	400 % BR
Orthodontie remboursée par le RO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	270 % BR	300 % BR	400 % BR
Orthodontie non remboursée par le RO	—	Forfait/an et/bénéficiaire 50 € 100 € 300 € 500 € 700 €				
Parodontologie, Prophylaxie, Endodontie non remboursées par le RO	—	Forfait annuel 50 € 100 € 150 € 250 € 300 €				
Implantologie non prise en charge par le RO	150 €	Forfait par implant - limitation à 3 implants/an 200 € 250 € 500 € 500 € 500 €				
OPTIQUE (4)						
Monture + 2 verres	100 €	130 €	180 €	240 €	290 €	400 €
Monture + 1 verre + 1 lentille complexe	125 €	180 €	230 €	300 €	360 €	500 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	125 €	200 €	260 €	330 €	410 €	550 €
Monture + 2 verres complexes	200 €	230 €	280 €	360 €	430 €	600 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	200 €	250 €	310 €	390 €	480 €	650 €
Monture + 2 verres très complexes	200 €	270 €	340 €	420 €	530 €	700 €
Lentilles correctrices prescrites (remboursées ou non par le RO)	—	Forfait maxi/an et/bénéficiaire 50 € 100 € 200 € 250 € 350 €				
Chirurgie réfractive	—	Par œil 50 € 100 € 300 € 350 € 400 €				
MATERNITÉ (5)						
Forfait Maternité ou Adoption	—	150 €	200 €	300 €	400 €	500 €
MÉDECINE DOUCE (6)						
Soins prescrits non pris en charge par le RO	—	Forfait/an/bénéficiaire 10 € 15 € 30 € 50 € 100 €				
Vaccin antigrippe	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Prévention non prise en charge par le RO : Ostéodensitométrie, Amniocentèse, Mammographie, Dépistage du Cancer	—	Forfait/an/bénéficiaire 25 €/an 35 €/an 75 €/an 95 €/an 100 €/an				
Médecine douce : acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropractie, étio-pathie, diététicien, pédicure, podologue, psychologue	—	Dans la limite de 40 € par séance 30 €/an 60 €/an 100 €/an 150 €/an 200 €/an				
Contraception	—	30 €/an	30 €/an	35 €/an	35 €/an	50 €/an
Sevrage tabagique	—	30 €/an	30 €/an	35 €/an	45 €/an	50 €/an
Actes de prévention remboursés par le RO	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins à l'étranger remboursés par le RO	100 % BR	125 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR
TIERS PAYANT	OUI					
ASSISTANCE & PROTECTION JURIDIQUE	OUI					



SURCOMPLÉMENTAIRES MAVALS INDÉPENDANTS®

GARANTIES NON RESPONSABLES

NATURE DES GARANTIES	SURCO 1 DE MAVALS 1 À 3	SURCO 2 DE MAVALS 4 À 6	SURCO 3 DE MAVALS 4 À 6
HOSPITALISATION MÉDICALE & CHIRURGICALE Y COMPRIS LA MATERNITÉ			
Frais de séjour :			
- Secteur Non Conventonné	60 % BR en complément	80 % BR en complément	100 % BR en complément
Honoraires :			
- Médecins non DPTAM	200 % BR - Rbt base	300 % BR - Rbt base	400 % BR - Rbt base
- Médecins secteur non conventionné	200 % TC - Rbt base	300 % TC - Rbt base	400 % TC - Rbt base
Chambre Particulière (1)	20 € en complément	—	—
HONORAIRES SOINS DE VILLE			
Consultations et Visites :			
- Médecins généralistes non DPTAM	200 % BR - Rbt base	300 % BR - Rbt base	400 % BR - Rbt base
- Médecins généralistes secteur non conventionné	200 % TC - Rbt base	300 % TC - Rbt base	400 % TC - Rbt base
- Médecins spécialistes non DPTAM	200 % BR - Rbt base	300 % BR - Rbt base	400 % BR - Rbt base
- Médecins spécialistes secteur non conventionné	200 % TC - Rbt base	300 % TC - Rbt base	400 % TC - Rbt base
Actes de chirurgie (ADC), d'anesthésie (ADA), actes techniques médicaux (ATM) HORS HOSPITALISATION :			
- Médecins non DPTAM	200 % BR - Rbt base	300 % BR - Rbt base	400 % BR - Rbt base
- Médecins secteur non conventionné	200 % TC - Rbt base	300 % TC - Rbt base	400 % TC - Rbt base
Actes d'imagerie (ADI), Échographie (ADE) :			
- Médecins non DPTAM	200 % BR - Rbt base	300 % BR - Rbt base	400 % BR - Rbt base
- Médecins secteur non conventionné	200 % TC - Rbt base	300 % TC - Rbt base	400 % TC - Rbt base
DENTAIRE			
Soins dentaires, Parodontologie, Orthodontie non prise en charge par le RO	50 €/an en complément	100 €/forfait global annuel complémentaire	200 €/forfait global annuel complémentaire
Prothèses dentaires remboursées par le RO			
Orthodontie remboursée par le RO			
Orthodontie non prise en charge par le RO			
Parodontologie, prophylaxie dentaire non remboursées par le RO (forfait annuel)			
Implants dentaires non prise en charge par le RO			
OPTIQUE			
Verre simple	50 €/an en complément	100 €/forfait global annuel complémentaire	200 €/forfait global annuel complémentaire
Verre complexe			
Verre complexe			
Lentilles remboursées ou non par le RO - Forfait maxi/an et/bénéficiaire			
Chirurgie réfractive/cœil			
MÉDECINE DOUCE			
Prévention non prise en charge par le RO : Ostéodensitométrie, Amniocentèse, Mammographie, Dépistage du Cancer	—	Forfait/an/bénéficiaire 50 €/an en complément	100 €/an en complément
Médecine douce (acupuncture, homéopathie, ostéopathie, chiropractie, étiothérapie, diététicien, pédicure, podologue, psychologue)	—	Dans la limite de 40 € par séance 50 €/an en complément	

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Tous les % de remboursements indiqués dans la grille sont en déduction des remboursements du régime obligatoire.

(1) Limites en Hospitalisation

(*) Le remboursement des frais de séjour est limité à 10 000 € par an et par bénéficiaire pour les hospitalisations HORS DE FRANCE.

En cas d'hospitalisation les frais personnels (télévision, téléphone) sont toujours exclus des remboursements.

La chambre particulière est limitée comme suit :

- 90 jours par an et par bénéficiaire pour les établissements de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR),
- 40 jours par an et par bénéficiaire en psychiatrie,
- exclue pour les établissements de repos et de convalescence.

(2) Prothèses autres que dentaires:

- Prothèses auditives : Limitation à un remboursement (pour une paire) tous les 4 ans pour les formules MAVALS 4 - 5 - 6

(3) Dentaire:

Plafond annuel limité à 1 PMSS la 1re année, 1,25 PMSS la 2e année et 1,5 PMSS à partir de la 3e année

Au-delà, la prise en charge est limitée au remboursement du Ticket Modérateur.

(4) Optique :

Pour les ENFANTS (jusqu'à 18 ans), les remboursements sont limités à 75% des montants indiqués sauf Mavals 1 et 2.

- Verre simple = verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries
- Verre complexe = verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou verre multifocal ou verre progressif
- verre très complexe = verre multifocal ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries

Monture limitée à 150 euros (forfait compris dans les remboursements)

Les montants indiqués incluent la prise en charge du Ticket Modérateur.

La prise en charge est limitée à deux équipements (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de vue où la période est réduite à 1 an.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'adhésion du salarié au contrat.

(5) Maternité :

Versement forfaitaire en cas d'affiliation de l'enfant au contrat. - Délai de déclaration : dans les 6 mois à compter de la naissance.

Le forfait est doublé en cas de naissance ou adoption multiples.

(6) Prestations douces

- Forfait annuel par bénéficiaire.
- Remboursement sur présentation de facture acquittée.

✓ Tarif de base déterminé par l'Assurance Maladie comme référence pour le calcul des remboursements (le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte de l'application d'un taux de remboursement de ce tarif de base. Ce tarif de base peut selon les actes, être désigné par l'Assurance Maladie sous les termes TA, TC, ou TR)

- ✓ DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée
- ✓ FR = Frais Réels
- ✓ TA = Tarif d'Autorité
- ✓ TC = Tarif de Convention
- ✓ TM = Ticket Modérateur
- ✓ PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Les garanties Santé...

Les remboursements sont effectués après déduction des remboursements de l'Assurance maladie Obligatoire et du Contrat de base, dans la limite des frais réellement engagés.

Niveau **400**

Niveau **500**

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ (Y COMPRIS SOINS DE SUITE RÉÉDUCATION ET PSYCHIATRIE)				
	Secteur conventionné	Secteur non conventionné ²	Secteur conventionné	Secteur non conventionné ²
Frais de séjour	400% BR	80% FR (300%BR max)	500% BR	80% FR (max 300%BR)
Honoraires médicaux / chirurgicaux Médecins DPTAM ¹	350% BR	100% BR	450% BR	100% BR
Honoraires médicaux / chirurgicaux Médecins NON DPTAM ¹	200% BR	100% BR	200% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier	100% du forfait		100% du forfait	
Chambre particulière	120 €		130 €	
Frais d'accompagnant Nuitée et repas (enfant moins de 16 ans affilié)	95 €		115 €	
FRAIS MÉDICAUX				
Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes de radiologie et d'échographie - Médecins DPTAM ¹	350% BR			
Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes de radiologie et d'échographie - Médecins NON DPTAM ¹	200% BR		200% BR	
Auxiliaires médicaux	100% BR		100% BR	
Analyses médicales	100% BR		100% BR	
PHARMACIE				
Pharmacie prise en charge par le RO	100% BR		100% BR	
Pharmacie prescrite mais non prise en charge pas RO (d)	45 €		55 €	
CURES THERMALES (JUSQU'À 65 ANS MAX)				
Cures thermales prise en charge par le RO (joindre facture des thermes et décompte RO)	100% BR		100% BR	
PROTHÈSES				
Appareillage auditif (a)	100% BR + 400€		100% BR + 500€	
Autres prothèses médicales, orthopédie - Hors Appareillage	400% BR		500% BR	
Appareillage (hors auditif et dentaire)	3 000 €		4 000 €	
DENTAIRE				
Soins dentaires			100% BR	
Inlays / Onlays	350% BR		350% BR	
Prothèse dentaire prise en charge par le RO	400% BR		400% BR	
Prothèse dentaire non prise en charge par le RO	400 €		400 €	
Orthodontie prise en charge par le RO	400% BR		400% BR	
Orthodontie non prise en charge par le RO	400 €		400 €	
Implantologie (prothèse et chirurgie sur implant)	470% BR		500% BR	
Implant (racine et pilier) (b)	500 €		500 €	
Inlays core pris en charge par le RO	310% BR		350% BR	
Parodontologie non prise en charge par le RO (Curetage / surfaçage - Greffe gingivale - Lambeau - allongement coronaire) (c)	400 €		400 €	
Scellement des sillons non pris en charge par le RO (d)	175 €		225 €	
Détartrage annuel complet sus et sous gingival : équivalent du bilan préventif dentaire (e)	100% BR		100% BR	
Plafond dentaire (hors soins dentaire) au-delà de 100% BR (d)	1 900 €		2 300 €	
OPTIQUE - un équipement tous les deux ans sauf enfants				
Verres / Réseau ITELIS	ITELIS - OPTI 5		ITELIS - OPTI 5	
Montures / Réseau ITELIS	150 €		150 €	
Lentilles prises en charge par le RO (d)	100% BR + 140€		100% BR + 180€	
Lentilles non prises en charge par le RO	280 €		350 €	
Traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, strabisme, astigmatisme, presbytie) (d)	550 €		630 €	
FRAIS DE TRANSPORT				
Frais transport	100% BR		100% BR	
MATERNITÉ				
Forfait de naissance / adoption	350 €		400 €	
Doublement en cas de naissance jumeaux	700 €		800 €	
Fécondation in vitro (limitation à la fécondation in vitro non prise en charge par le RO et prescrite par un médecin)	180 €		200 €	
PRÉVENTION MÉDICALE POUR CHACUN D'EUX				
Actes de prévention (médecin généraliste, médecin spécialiste, infirmier, kinésithérapeute, ostéopathe, podologue (inscrits sur ADEL))	40 € - 5 séances/an/bénéf.		50 € - 6 séances/an/bénéf.	
Psychomotricité, Ergothérapie, Logopédie, Psychomotricité	50 € - 5 séances/an/bénéf.		60 € - 6 séances/an/bénéf.	
Les médicaments et produits phytosanitaires dans un but de sevrage tabagique (limitation aux médicaments et produits phytosanitaires prescrites par un médecin) (d)	45 €		55 €	
Vaccins prescrites par la RO (hors vaccins non pris en charge et prescrits par un médecin) (hors vaccinations prévues dans le calendrier national de mise sur le marché) (d)	45 €		55 €	
PRÉVENTION MÉDICALE POUR LE BIEN ÊTRE				
Moyens de contraception hormonal non pris en charge par le RO (limitation aux moyens de contraception prescrits par un médecin) (d)	40 €		45 €	
Ostéodensitométrie (prise non remboursée par le RO) (d)	70 €		70 €	
PRÉVENTION MÉDICALE POUR LE BIEN ÊTRE POUR LES ENFANTS				
Diététique (pour les moins de 12 ans (limitation aux consultations prescrites par un médecin) (e))	40 €		45 €	
SERVICES				
Carence	Aucune		Aucune	
Questionnaire de santé	Aucun		Aucun	
Tiers payant	Oui		Oui	
Assistance	Oui		Oui	

1 Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. 2 Pour les médecins non conventionnés, la BR correspond au Tarif d'Autorité (a) 1 équipement tous les 4 ans; (b) 2 implants par année civile et par bénéf.; (c) Forfait par traitement - 3 actes par année civile et par bénéf.; (d) Forfait par année civile et par bénéf.; (e) 2 séances par année civile et par bénéf.; (f) Par année civile et par bénéf.; (g) Forfait par année civile et par bénéf. (h) le nouveau né ou l'enfant adopté doit être affilié lors de la demande de cette allocation (extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable); (i) les nouveaux nés ou les enfants adoptés doivent être affiliés lors de la demande de cette allocation (extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable); (j) 2 actes par année civile et par bénéf.

Surco **200**

Surco **300**

Surco **400**

Surco **500**

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ (Y COMPRIS SOINS DE SUITE RÉÉDUCATION ET PSYCHIATRIE)

	Secteur conventionné	Secteur non conventionné ²						
Honoraires médicaux / chirurgicaux Médecins DPTAM ¹	+55% BR	+50% BR	+100% BR	+100% BR	+100% BR	+150% BR	100% BR	200% BR
Honoraires médicaux / chirurgicaux Médecins NON DPTAM ¹	+75% BR	+50% BR	+100% BR	+100% BR	+150% BR	+150% BR	250% BR	200% BR

FRAIS MÉDICAUX

Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes de radiologie et d'échographie - Médecins DPTAM ¹	+55% BR		+100% BR		+100% BR		+100% BR	
Consultations et visites, actes techniques médicaux, actes de radiologie et d'échographie - Médecins NON DPTAM ¹	+55% BR		+100% BR		+100% BR		+250% BR	
Auxiliaires médicaux	+100% BR		+150% BR		+200% BR		+250% BR	

PHARMACIE

Pharmacie prescrite mais non prise en charge pas RO (d)	+5€		+5€		+5€		+5€	
---------------------------------------------------------	-----	--	-----	--	-----	--	-----	--

DENTAIRE

Détartrage annuel complet sus et sous gingival : équivalent du bilan prévention dentaire (e)	2 ^{ème} année et suivantes : +500€ (Si pas de conso la 1 ^{ère} année)		2 ^{ème} année et suivante : +600€ (Si pas de conso la 1 ^{ère} année)		2 ^{ème} année et suivante : +800€ (Si pas de conso la 1 ^{ère} année)		2 ^{ème} année et suivante : +1 000€ (Si pas de conso la 1 ^{ère} année)	
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------	--

OPTIQUE - un équipement tous les deux ans, sauf enfants

Montures / Réseau ITELIS	+50 €		+60 €		+100 €		+150 €	
--------------------------	-------	--	-------	--	--------	--	--------	--

PRÉVENTION & BIEN ÊTRE PERSONNEL

Acupuncteur, homéopathe, chiropracteur, ostéopathe, podologue (inscrits au DELI)	+ 1 séance supplémentaire							
Psychologue, psychomotricien	+ 1 séance supplémentaire							
Les médicaments et produits de nicotine destinés à un but de sevrage tabacique (hors médicaments destinés à un autre usage)			+5€		+5€		+5€	
Vaccins non pris en charge par la RO (limitation aux vaccins non pris en charge et non remboursés par un médecin dans les conditions prévues par leur autorisation de mise sur le marché) (d)	+5€		+5€		+5€		+5€	

Les garanties Optique ITELIS...

ITELIS « Opti 2 »

DÉFAUT VISUEL		TYPE DE VERRE					
MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE (puissance en dioptries)	ASTIGMATISME	VERRE SIMPLE Foyer			VERRE PROGRESSIF		
		Dans le réseau ITELIS		En dehors du réseau ITELIS	Dans le réseau ITELIS (jusqu'à la 4 ^{ème} génération)		En dehors du réseau ITELIS
		Choix des verres dans l'offre recommandée chez un Opticien du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	Choix de des verres différents de ceux de l'offre recommandée, ou avec un ou plusieurs traitements supplémentaires : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	Choix des verres dans l'offre recommandée chez un Opticien du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge) »	Choix de des verres différents de ceux de l'offre recommandée, ou avec un ou plusieurs traitements supplémentaires : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	résistant aux rayures	35 €	25 €	résistant aux rayures	131 €	120 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	aminci	68 €	25 €	aminci	131 €	120 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2	super antireflets			super antireflets		
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	super aminci	86 €	25 €	super aminci	131 €	120 €
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4	super antireflets			super antireflets		
De 6.25 à 8	Inférieur ou égal à 4	ultra aminci	103 €	100 €	ultra aminci	201 €	125 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25	super antireflets haut de gamme			super antireflets haut de gamme		
Supérieure ou égale à 8.25	Tous cylindres	ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	132 €	120 €	ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	228 €	125 €
MONTURE							

ITELIS « Opti 3 »

DÉFAUT VISUEL		TYPE DE VERRE					
MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE (puissance en dioptries)	ASTIGMATISME	VERRE SIMPLE Foyer			VERRE PROGRESSIF		
		Dans le réseau ITELIS		En dehors du réseau ITELIS	Dans le réseau ITELIS (jusqu'à la 5 ^{ème} génération)		En dehors du réseau ITELIS
		Choix des verres dans l'offre recommandée chez un Opticien du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	Choix de des verres différents de ceux de l'offre recommandée, ou avec un ou plusieurs traitements supplémentaires : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	Choix des verres dans l'offre recommandée chez un Opticien du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	Choix de des verres différents de ceux de l'offre recommandée, ou avec un ou plusieurs traitements supplémentaires : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	super antireflets haut de gamme	74 €	50 €	super antireflets haut de gamme	188 €	160 €
De 0 à 2	De 2.25 à 4	aminci	81 €	55 €	aminci	194 €	160 €
De 2.25 à 4	Inférieur ou égal à 2	super antireflets haut de gamme			super antireflets haut de gamme		
De 2.25 à 4	De 2.25 à 4	surface asphérique			/		
De 4.25 à 6	Inférieur ou égal à 4	super aminci	86 €	55 €	super aminci	207 €	160 €
De 6.25 à 8	Inférieur ou égal à 4	super antireflets haut de gamme			super antireflets haut de gamme		
De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4	surface asphérique			/		
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25	ultra aminci	118 €	110 €	ultra aminci	220 €	175 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4.25	super antireflets haut de gamme			super antireflets haut de gamme		
Supérieure ou égale à 8.25	Tous cylindres	surface asphérique ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	147 €	110 €	surface asphérique ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	247 €	175 €
MONTURE				130 €			

ITELIS « Opti 4 »

DÉFAUT VISUEL		TYPE DE VERRE					
MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE (puissance en dioptries)	ASTIGMATISME	VERRE SIMPLE Foyer			VERRE PROGRESSIF		
		Dans le réseau ITELIS		En dehors du réseau ITELIS	Dans le réseau ITELIS (jusqu'à la 5 ^{ème} génération)		En dehors du réseau ITELIS
		Choix des verres dans l'offre recommandée chez un Opticien du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	Choix de des verres différents de ceux de l'offre recommandée, ou avec un ou plusieurs traitements supplémentaires : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	Choix des verres dans l'offre recommandée chez un Opticien du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	Choix de des verres différents de ceux de l'offre recommandée, ou avec un ou plusieurs traitements supplémentaires : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	aminci super antireflets haut de gamme	81 €	80 €	aminci super antireflets haut de gamme	215 €	200 €
De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	aminci super antireflets haut de gamme	86 €	85 €	aminci super antireflets haut de gamme	226 €	200 €
De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	surface asphérique super aminci super antireflets haut de gamme	94 €	85 €	/ super antireflets haut de gamme	235 €	200 €
De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	surface à géométrie évoluée ultra aminci super antireflets haut de gamme	154 €	150 €	/ super antireflets haut de gamme	252 €	225 €
Supérieure ou égale à 8,25	Tous cylindres	surface à géométrie évoluée ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	167 €	160 €	/ ultra aminci précalibrage / optimisation d'épaisseur super antireflets haut de gamme	267 €	225 €
MONTURE				150 €			

ITELIS « Opti 5 » (monture 400)

DÉFAUT VISUEL		TYPE DE VERRE			
MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE (puissance en dioptries)	ASTIGMATISME	VERRE SIMPLE Foyer		VERRE PROGRESSIF	
		Dans le réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	En dehors du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	Dans le réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	En dehors du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Frais réels	115 €	Frais réels	240 €
De 0 à 2 De 2,25 à 4	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 2	Frais réels	115 €	Frais réels	240 €
De 2,25 à 4 De 4,25 à 6	De 2,25 à 4 Inférieur ou égal à 4	Frais réels	115 €	Frais réels	240 €
De 6,25 à 8 De 0 à 8	Inférieur ou égal à 4 Supérieur ou égal à 4,25	Frais réels	240 €	Frais réels	275 €
Supérieure ou égale à 8,25	Tous cylindres	Frais réels	275 €	Frais réels	275 €
MONTURE				150 €	

Quel que soit le type de verres, nous limitons notre prise en charge (à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire) à 1 monture et 2 verres tous les deux ans ; tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas d'évolution de la vue : la modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien. Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

Les garanties Optique ITELIS...

ITELIS « Opti 5 » (Formule 500)

DÉFAUT VISUEL		TYPE DE VERRE			
MYOPIE OU HYPERMÉTROPIE (puissance en dioptries)	ASTIGMATISME	VERRE SIMPLE Foyer		VERRE PROGRESSIF	
		Dans le réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	En dehors du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à	Dans le réseau ITELIS : REMBOURSEMENT INTEGRAL (aucun reste à charge)	En dehors du réseau ITELIS : REMBOURSEMENT PAR VERRE (y compris RO) limité à
De 0 à 2	Inférieur ou égal à 2	Frais réels	145 €	Frais réels	280 €
De 0 à 2	De 2,25 à 4	Frais réels	145 €	Frais réels	280 €
De 2,25 à 4	Inférieur ou égal à 2				
De 2,25 à 4	De 2,25 à 4	Frais réels	145 €	Frais réels	150 €
De 4,25 à 6	Inférieur ou égal à 4				
De 6,25 à 8	Inférieur ou égal à 4	Frais réels	280 €	Frais réels	300 €
De 0 à 8	Supérieur ou égal à 4,25				
Supérieure ou égale à 8,25	Tous cylindres	Frais réels	300 €	Frais réels	350 €
MONTURE			150 €		

Quel que soit le type de verres, nous limitons notre prise en charge (à compter de la date d'adhésion au contrat du bénéficiaire) à 1 monture et 2 verres tous les deux ans ; tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans ou en cas de modification de la vision. Toute modification de correction doit être justifiée par la fourniture d'une nouvelle prescription médicale ou d'un justificatif de l'opticien.

Pour les assurés presbytes ne voulant ou ne pouvant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de loin et un équipement pour la vision de près tous les 2 ans.

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 cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Contrassur TNS santé formules est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS auprès de Groupe France Mutuelle. Ce contrat 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 du régime obligatoire français. Contrassur TNS santé formules est réservé aux membres de l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS. Ces membres doivent avoir le statut de travailleur non salarié en exercice et être âgés de 18 à 67 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion. Ils ne doivent pas déjà bénéficier d'une couverture complémentaire frais de santé.

Ce produit comporte 6 niveaux de garanties. Il respecte les conditions légales des contrats responsables et est éligible à la loi Madelin.

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 des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale et chirurgicale y compris hospitalisation ambulatoire :** Hospitalisation (séjours-honoraires y compris ambulatoire et hospitalisation à domicile) en établissements conventionnés ou non, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ **Soins courants :** Pharmacie, homéopathie remboursée, transport, analyses, auxiliaires médicaux, consultations, visites, actes de spécialité, radiologie, autres actes pris en charge par le régime obligatoire, consultations spécialistes, médecine douce (consultation homéopathe, ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, phytothérapeute, naturopathe, podologue et pédicure non remboursée par le régime obligatoire), pharmacie non remboursée par le régime obligatoire, actes de prothèse dentaire
- ✓ **Frais dentaire, orthodontie :** Actes dentaires, soins dentaires et chirurgie dentaire, prothèses dentaires, orthodontie remboursée par le régime obligatoire, prothèses dentaires, orthodontie, implants dentaires, prothèse dentaire (petit et gros appareils), prothèses dentaires
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture, verres), lentilles de contact acceptées et remboursées par le régime obligatoire, chirurgie réfractive

✓ **Garanties particulières :** Cure thermique acceptée par le régime obligatoire (transport, hébergement), forfait naissance ou

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télétransmission
- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Espace Adhérent: visualisation et téléchargement des remboursements

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux et les maisons de soins infirmiers spécialisés (MAS) et les forfaits d'hébergement pour les personnes dépendantes (HPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre du accueil familial à domicile.

Y a-t-il des plafonds 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 réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais d'attente* (hors accident) :** limitation au ticket modérateur de la prise en charge :
 - des frais de maternité pendant les 10 premiers mois
 - des prothèses dentaires, frais d'optique, orthodontie, appareillages et cures thermales pendant les 6 premiers mois.
 - des autres frais pendant les 3 premiers mois.

*Uniquement pour les bénéficiaires ne souscrivant pas en même temps que l'assuré principal

Exemption des délais d'attente sur présentation d'un certificat de radiation du précédent organisme assureur datant de moins de trois (3) mois à compter de la fin de couverture.

- ! **Chambre particulière hors hospitalisation médicale et chirurgicale** (séjour en psychiatrie, aérium, maison de repos, convalescence...): remboursement limité à 30 jours par an.
- ! **Hospitalisation ambulatoire:** Prise en charge des frais de chambre particulière à hauteur de la moitié du forfait prévu à la garantie souscrite dans la limite de 45 €.
- ! **Prothèses auditives :** Remboursement limité à 2 prothèses par an maximum.
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution justifiée de la vue (contrat responsable).

Qu'est ce qui est assuré ?

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance au domicile (envoi d'un médecin, d'une ambulance, recherche d'une place en milieu hospitalier, livraison de médicaments, recherche de prestataires qualifiés, centres spécialisés, consultation d'un spécialiste, transmission de messages urgents), assistance en cas d'hospitalisation (présence d'un proche, aide-ménagère, garde des enfants, garde et transfert des animaux domestiques, frais de téléviseur), assistance en cas d'immobilisation d'un enfant de moins de 16 ans au domicile (garde des enfants malades, soutien pédagogique)

Les prestations et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Dentaire** : Plafond annuel pour les prothèses dentaires et orthodontie remboursés par le régime obligatoire de 1000 à 1900€ pendant les 2 premières années pour les niveaux 4 à 6. Plafond annuel de 1400 à 2500€ à partir de la 3ème année. Au-delà, le remboursement complémentaire limité au ticket modérateur. Pas de plafond pour les niveaux 1, 2 et 3.

RESTRICTIONS DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

- ! Changement de niveau de garantie possible au 1er janvier de chaque année, au terme d'un délai de préavis d'un minimum d'une année civile complète.
- ! Pour tout changement de niveau de garantie, maintien des garanties pendant une période minimale de 2 ans.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger

Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément du régime obligatoire français et sur sa base de remboursement.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion par la mutuelle
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle (copie de la carte d'identité, attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois, relevé d'identité bancaire, mandat SSIAD ou photocopie de la carte d'étudiant pour les enfants attestant de leur qualité d'ayant-droit, éventuel certificat de non affiliation au précédent organisme de santé);
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur le bulletin financier.

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéance ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date du décompte du régime obligatoire;
- Informer la mutuelle en cas de survenance des événements suivants : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité

Quand et comment effectuer les cotisations ?

Les cotisations sont payables, au plus tard, le 1er jour de :

- mensuellement ou trimestriellement ;
- semestriellement ;

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

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de la couverture est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières (attestation d'adhésion).

En cas de contrat conclu en France (vente en ligne, vente téléphonique), l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat).

Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par la notice d'information.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification(s) de vos droits et obligations (voir notice d'information),
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire sous réserve de présentation d'un justificatif et de l'envoi de la demande en LRAR au plus tard, (3) trois mois après l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire

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 – MAVALS INDEPENDANT -



GRUPE
AESIO

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 MAVALS INDEPENDANT est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des membres de l'association souscriptrice APERS qui relèvent de la catégorie des Travailleurs Non-Salariés et leurs éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime de Base Français dont ils relèvent. 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 garanties 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.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, actes de chirurgie, actes techniques, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales, transport, pharmacie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture + verres)
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, parodontologie, Inlays-Onlays, Inlays Cores remboursés par le Régime Obligatoire, prothèses dentaires, orthopédie remboursée par le Régime Obligatoire, implantologie.
- ✓ **Appareillages remboursés par le Régime Obligatoire** : prothèses auditives, orthopédiques, appareils dentaires, appareils d'appareillage, pansements.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Espace personnel internet
- ✓ Téléconsultations médicales

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
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par le Régime Obligatoire (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajout de cheveux).
- ✗ Le forfait journalier prévu par les établissements d'hébergement médicaux, tels que les maisons d'accueil médicalisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins non pris en charge par le Régime Obligatoire, sauf mention contraire dans les Conditions Particulières.



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 réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : limité à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de changement de la vue.
- ! **Chambre Particulière** : Limitée à 90 jours/an pour les établissements de soins de suite et réadaptation, limitée à 40 jours/an pour la psychiatrie.
- ! **Dentaire** : plafond annuel limité à 1 PMSS la 1^{ère} année, 1,25 PMSS la 2^{ème} année, 1,5 PMSS à partir de la 3^{ème} année.
- ! **Frais de séjour** : remboursement limité à 10000€ /an et par bénéficiaire pour les hospitalisations hors de France.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, Corse et DROM.
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Obligations à l'adhésion du contrat :

- Être domicilié en France. (Métropolitaine, Corse et DROM)
- Être Travailleur Non Salarié
- Être affilié à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français.
- Remplir, signer le bulletin d'adhésion et fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Respecter les conditions d'adhésion selon les conditions générales.

Obligations en cours de contrat :

- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat
- Informer la mutuelle de toute cessation d'activité, redressement ou liquidation judiciaire.

Obligations en cas de sinistre :

- Transmettre à la mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum à compter de la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est exigible annuellement et payée par avance.

Son paiement peut être annuel ou fractionné et payé semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, au choix de l'adhérent. Ces modalités figurent au Certificat d'adhésion.



Quand commence-t-elle à courir et quand prend-elle fin ?

Pour le membre adhérent : L'adhésion prend effet à compter de la date fixée au certificat d'adhésion. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction de chaque année. L'adhésion cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance du contrat (31 décembre), sauf cas de radiation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

Pour l'Association souscriptrice : L'adhésion au contrat est conclue pour une durée expirant le 31 Décembre de l'année en cours. Le contrat prend fin en cas de résiliation par l'Association ou la Mutuelle, si elle est signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception dans les deux mois suivant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 Octobre.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par l'Association souscriptrice à son échéance annuelle (31 décembre) par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

Résiliation de l'adhésion par un adhérent : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'Association. Toutefois, l'adhérent qui est en mesure d'apporter la preuve de la cessation de son activité en tant que Travailleurs Non Salarié, pourra résilier son contrat de manière anticipée. Dans ce cas, la résiliation prend fin au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande qui devra être accompagnée d'un justificatif.

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 – MAVALS INDEPENDANT SURCOMPLEMENTAIRE



GRUPE
AÉSIO

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 MAVALS INDEPENDANT SURCOMPLEMENTAIRE est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé à la charge des membres de l'Association souscriptrice APERS qui relèvent de la catégorie des Travailleurs Non-Salariés et leurs ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime de Base Français dont ils relèvent et du contrat de Base dont ils sont également bénéficiaires. **Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats respectifs.**



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 des médecins non DPTAM ou en secteur non conventionné, frais de séjour en secteur non conventionné.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, actes de chirurgie, actes techniques, imagerie médicale réalisés par des médecins non DPTAM ou en secteur non conventionné.
- ✓ **Frais optiques (complément)** : Lunettes (monture + verres), lentilles, chirurgie.
- ✓ **Frais dentaires (complément)** : Soins dentaires, parodontologie, Prothèses-Overlays, Implants-Cores remboursés par le Régime Obligatoire, orthèses dentaires, orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ou non, implants dentaires.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Espace personnel internet
- ✓ Téléconseil médical

Les prestations 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
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajout de poitrine).
- ✗ Le forfait journalier prévu par les établissements d'hébergement médicaux, tels que les maisons d'accueil médicalisées (MAM) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins non pris en charge par le Régime Obligatoire, sauf mention contraire dans les Conditions Particulières.



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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : limité à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de changement de la vue. Pour les enfants jusqu'à 18 ans, les remboursements sont limités à 75% des montants.
- ! **Dentaire** : plafond annuel limité à 1 PMSS la 1^{ère} année, 1,25 PMSS la 2^{ème} année, 1,5 PMSS à partir de la 3^{ème} année additionné au complément qui peut être accordé selon le niveau de garanties choisi.
- ! **Frais de séjour** : remboursement limité à 10000€ par an et par bénéficiaire pour les hospitalisations hors de France.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, Corse et DROM.
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Obligations à l'adhésion du contrat :

- Être domicilié en France. (Métropolitaine, Corse et DROM)
- Être Travailleur Non Salarié
- Être affilié à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français
- Avoir adhéré au contrat de Base
- Remplir et signer le bulletin d'adhésion et fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Respecter les conditions d'adhésion au contrat selon les conditions générales.

Obligations en cours de contrat :

- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat.
- Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle ou professionnelle décrite au contrat.
- Informer la mutuelle de toute cessation d'activité, redressement ou liquidation judiciaire.

Obligations en cas de sinistre :

- Transmettre à la mutuelle la demande de remboursement dans un délai maximum suivant la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est exigible annuellement et payée par avance.

Son paiement peut être annuel ou fractionné et payé de semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, au choix de l'adhérent. Ces modalités figurent au Certificat d'adhésion.



Quand commencer la souscription et quand prend-elle fin ?

Pour le membre adhérent : l'adhésion au contrat est conclue à compter de la date fixée au certificat d'adhésion. Le contrat est souscrit pour une durée de 1 an à compter de la date de souscription et est reconstruit par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Si le contrat surcomplémentaire est souscrit simultanément ou dans les 3 mois au contrat de base : il prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et aucun délai d'attente n'est appliqué sur les garanties. Cependant, **si le contrat surcomplémentaire est souscrit plus de 3 mois après la souscription du contrat de base,** il prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et il sera appliqué un délai d'attente de 3 mois sur l'ensemble des garanties.

Pour l'Association souscriptrice : L'adhésion au contrat est conclue pour une durée expirant le 31 Décembre de l'année en cours. Le contrat prend fin à la date de résiliation par l'Association ou la Mutuelle, si elle est signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 3 mois avant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 Octobre.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par l'Association souscriptrice à son échéance annuelle (31 décembre) par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

Résiliation de l'adhésion par un adhérent : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'Association. Toutefois, l'adhérent qui est en mesure d'apporter la preuve de la cessation de son activité en tant que Travailleur Non Salarié, pourra résilier son contrat de manière anticipée. Dans ce cas, la résiliation prend fin au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande qui devra être accompagnée d'un justificatif.

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 – MAVALS INDEPENDANT -



GRUPE
AESIO

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 MAVALS INDEPENDANT est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des membres de l'association souscriptrice APERS qui relèvent de la catégorie des Travailleurs Non-Salariés et leurs éventuels ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime de Base Français dont ils relèvent. 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 garanties 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.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, actes de chirurgie, actes techniques, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses médicales, transport, pharmacie remboursée par le Régime Obligatoire.
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture + verres)
- ✓ **Frais dentaires** : Soins dentaires, parodontologie, Inlays-Onlays, Inlays Cores remboursés par le Régime Obligatoire, prothèses dentaires, orthopédie remboursée par le Régime Obligatoire, implantologie.
- ✓ **Appareillages remboursés par le Régime Obligatoire** : prothèses auditives, orthopédiques, appareils dentaires, appareils d'appareillage, pansement.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Espace personnel internet
- ✓ Téléconsultations médicales

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
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par le Régime Obligatoire (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajout de cheveux).
- ✗ Le forfait journalier prévu par les établissements d'hébergement médicaux, tels que les maisons d'accueil médicalisées (MAM) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins non pris en charge par le Régime Obligatoire, sauf mention contraire dans les Conditions Particulières.



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 réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : limité à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de changement de la vue.
- ! **Chambre Particulière** : Limitée à 90 jours/an pour les établissements de soins de suite et réadaptation, limitée à 40 jours/an pour la psychiatrie.
- ! **Dentaire** : plafond annuel limité à 1 PMSS la 1^{ère} année, 1,25 PMSS la 2^{ème} année, 1,5 PMSS à partir de la 3^{ème} année.
- ! **Frais de séjour** : remboursement limité à 10000€ /an et par bénéficiaire pour les hospitalisations hors de France.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, Corse et DROM.
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Obligations à l'adhésion du contrat :

- Être domicilié en France. (Métropolitaine, Corse et DROM)
- Être Travailleur Non Salarié
- Être affilié à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français.
- Remplir, signer le bulletin d'adhésion et fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle.
- Respecter les conditions d'adhésion selon les conditions générales.

Obligations en cours de contrat :

- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat
- Informer la mutuelle de toute cessation d'activité, redressement ou liquidation judiciaire.

Obligations en cas de sinistre :

- Transmettre à la mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum à compter de la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est exigible annuellement et payée par avance.

Son paiement peut être annuel ou fractionné et payé semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, au choix de l'adhérent. Ces modalités figurent au Certificat d'adhésion.



Quand commence-t-elle à courir et quand prend-elle fin ?

Pour le membre adhérent : L'adhésion prend effet à compter de la date fixée au certificat d'adhésion. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction de chaque année. L'adhésion cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance du contrat (31 décembre), sauf cas de radiation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

Pour l'Association souscriptrice : L'adhésion au contrat est conclue pour une durée expirant le 31 Décembre de l'année en cours. Le contrat prend fin en cas de résiliation par l'Association ou la Mutuelle, si elle est signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception dans les deux mois suivant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 Octobre.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par l'Association souscriptrice à son échéance annuelle (31 décembre) par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

Résiliation de l'adhésion par un adhérent : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'Association. Toutefois, l'adhérent qui est en mesure d'apporter la preuve de la cessation de son activité en tant que Travailleur Non Salarié, pourra résilier son contrat de manière anticipée. Dans ce cas, la résiliation prend fin au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande qui devra être accompagnée d'un justificatif.

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 – MAVALS INDEPENDANT SURCOMPLEMENTAIRE



GRUPE
AÉSIO

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 MAVALS INDEPENDANT SURCOMPLEMENTAIRE est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé à la charge des membres de l'Association souscriptrice APERS qui relèvent de la catégorie des Travailleurs Non-Salariés et leurs ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime de Base Français dont ils relèvent et du contrat de Base dont ils sont également bénéficiaires. **Le produit ne respecte pas les conditions légales des contrats respectifs.**



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 des médecins non DPTAM ou en secteur non conventionné, frais de séjour en secteur non conventionné.
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, actes de chirurgie, actes techniques, imagerie médicale réalisés par des médecins non DPTAM ou en secteur non conventionné.
- ✓ **Frais optiques (complément)** : Lunettes (monture + verres), lentilles, chirurgie.
- ✓ **Frais dentaires (complément)** : Soins dentaires, parodontologie, Prothèses-Overlays, Implants-Cores remboursés par le Régime Obligatoire, orthèses dentaires, orthodontie remboursés par le Régime Obligatoire ou non, implants dentaires.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins
- ✓ Espace personnel internet
- ✓ Téléconseil médical

Les prestations 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
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajout de cheveux).
- ✗ Le forfait journalier prévu par les établissements d'hébergement médicaux, comme les maisons d'accueil médicalisées (MAM) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).
- ✗ Les soins non pris en charge par le Régime Obligatoire, sauf mention contraire dans les Conditions Particulières.



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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : limité à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les mineurs ou en cas de changement de la vue. Pour les enfants jusqu'à 18 ans, les remboursements sont limités à 75% des montants.
- ! **Dentaire** : plafond annuel limité à 1 PMSS la 1^{ère} année, 1,25 PMSS la 2^{ème} année, 1,5 PMSS à partir de la 3^{ème} année additionné au complément qui peut être accordé selon le niveau de garanties choisi.
- ! **Frais de séjour** : remboursement limité à 10000€ par an et par bénéficiaire pour les hospitalisations hors de France.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine, Corse et DROM.
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Obligations à l'adhésion du contrat :

- Être domicilié en France. (Métropolitaine, Corse et DROM)
- Être Travailleur Non Salarié
- Être affilié à un Régime Obligatoire d'assurance maladie français
- Avoir adhéré au contrat de Base
- Remplir et signer le bulletin d'adhésion et fournir tous les documents justificatifs demandés par la mutuelle
- Respecter les conditions d'adhésion au contrat selon les conditions générales.

Obligations en cours de contrat :

- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat
- Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle ou professionnelle décrite au contrat
- Informer la mutuelle de toute cessation d'activité, redressement ou liquidation judiciaire.

Obligations en cas de sinistre :

- Transmettre à la mutuelle la demande de remboursement dans un délai maximum suivant la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est exigible annuellement et payée par avance.

Son paiement peut être annuel ou fractionné et payé de semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, au choix de l'adhérent. Ces modalités figurent au Certificat d'adhésion.



Quand commencer la souscription et quand prend-elle fin ?

Pour le membre adhérent : l'adhésion au contrat est conclue à compter de la date fixée au certificat d'adhésion. Le contrat est souscrit pour une durée de 1 an à compter de la date de souscription et est reconduit par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Si le contrat surcomplémentaire est souscrit simultanément ou dans les 3 mois au contrat de base : il prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et aucun délai d'attente n'est appliqué sur les garanties. Cependant, **si le contrat surcomplémentaire est souscrit plus de 3 mois après la souscription du contrat de base,** il prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion et il sera appliqué un délai d'attente de 3 mois sur l'ensemble des garanties.

Pour l'Association souscriptrice : L'adhésion au contrat est conclue pour une durée expirant le 31 Décembre de l'année en cours. Le contrat prend fin à la date de résiliation par l'Association ou la Mutuelle, si elle est signifiée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 3 mois avant la fin de l'année civile, soit au plus tard le 31 Octobre.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié par l'Association souscriptrice à son échéance annuelle (31 décembre) par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

Résiliation de l'adhésion par un adhérent : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'Association. Toutefois, l'adhérent qui est en mesure d'apporter la preuve de la cessation de son activité en tant que Travailleur Non Salarié, pourra résilier son contrat de manière anticipée. Dans ce cas, la résiliation prend fin au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande qui devra être accompagnée d'un justificatif.

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 cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Contrassur TNS santé formules est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS auprès de Groupe France Mutuelle. Ce contrat 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 du régime obligatoire français. Contrassur TNS santé formules est réservé aux membres de l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS. Ces membres doivent avoir le statut de travailleur non salarié en exercice et être âgés de 18 à 67 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion. Ils ne doivent pas déjà bénéficier d'une couverture complémentaire frais de santé. Ce produit comporte 6 niveaux de garanties. Il respecte les conditions légales des contrats responsables et est éligible à la loi Madelin.

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 des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale et chirurgicale y compris hospitalisation ambulatoire :** Hospitalisation (séjours-honoraires y compris ambulatoire et hospitalisation à domicile) en établissements conventionnés ou non, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnant
- ✓ **Soins courants :** Pharmacie, homéopathie remboursée, transport, analyses, auxiliaires médicaux, consultations, visites, actes de spécialité, radiologie, autres actes pris en charge par le régime obligatoire, consultations spécialistes, médecine douce (consultation homéopathe, ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, phytothérapeute, naturopathe, podologue et pédicure non remboursée par le régime obligatoire), pharmacie non remboursée par le régime obligatoire, actes de prothèse dentaire
- ✓ **Frais dentaire, orthodontie :** Actes dentaires, soins dentaires et chirurgie dentaire, prothèses dentaires, orthodontie remboursée par le régime obligatoire, prothèses dentaires, orthodontie, implants dentaires, prothèse dentaire par le régime obligatoire, autres prothèses dentaires par le régime obligatoire (petit et gros appareils, prothèses dentaires)
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture, verres), lentilles de contact acceptées et remboursées par le régime obligatoire, chirurgie réfractive

- ✓ **Garanties particulières :** Cure thermique acceptée par le régime obligatoire (transport, hébergement), forfait naissance ou

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Télétransmission
- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur
- ✓ Espace Adhérent: visualisation et téléchargement des remboursements

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux et les maisons de soins infirmiers spécialisés (MAS) et les forfaits d'hébergement pour les personnes dépendantes (HPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre du accueil familial à domicile.

Y a-t-il des plafonds 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 réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais d'attente* (hors accident) :** limitation au ticket modérateur de la prise en charge :
 - des frais de maternité pendant les 10 premiers mois
 - des prothèses dentaires, frais d'optique, orthodontie, appareillages et cures thermales pendant les 6 premiers mois.
 - des autres frais pendant les 3 premiers mois.

*Uniquement pour les bénéficiaires ne souscrivant pas en même temps que l'assuré principal

Exemption des délais d'attente sur présentation d'un certificat de radiation du précédent organisme assureur datant de moins de trois (3) mois à compter de la fin de couverture.

- ! **Chambre particulière hors hospitalisation médicale et chirurgicale** (séjour en psychiatrie, aérium, maison de repos, convalescence...): remboursement limité à 30 jours par an.
- ! **Hospitalisation ambulatoire:** Prise en charge des frais de chambre particulière à hauteur de la moitié du forfait prévu à la garantie souscrite dans la limite de 45 €.
- ! **Prothèses auditives :** Remboursement limité à 2 prothèses par an maximum.
- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution justifiée de la vue (contrat responsable).

Qu'est ce qui est assuré ?

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Assistance au domicile (envoi d'un médecin, d'une ambulance, recherche d'une place en milieu hospitalier, livraison de médicaments, recherche de prestataires qualifiés, centres spécialisés, consultation d'un spécialiste, transmission de messages urgents), assistance en cas d'hospitalisation (présence d'un proche, aide-ménagère, garde des enfants, garde et transfert des animaux domestiques, frais de téléviseur), assistance en cas d'immobilisation d'un enfant de moins de 16 ans au domicile (garde des enfants malades, soutien pédagogique)

Les prestations et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.

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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Dentaire** : Plafond annuel pour les prothèses dentaires et orthodontie remboursés par le régime obligatoire de 1000 à 1900€ pendant les 2 premières années pour les niveaux 4 à 6. Plafond annuel de 1400 à 2500€ à partir de la 3ème année. Au-delà, le remboursement complémentaire limité au ticket modérateur. Pas de plafond pour les niveaux 1, 2 et 3.

RESTRICTIONS DANS LE CADRE D'UN CHANGEMENT DE NIVEAU DE GARANTIES

- ! Changement de niveau de garantie possible au 1er janvier de chaque année, au terme d'un délai d'un an minimum à compter de l'année civile complète.
- ! Pour tout changement de niveau de garantie, maintien des garanties pendant une période minimale de 2 ans.

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger

Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément du régime obligatoire français et sur sa base de remboursement.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion par la mutuelle ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle (copie de la carte d'identité, attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois, relevé d'identité bancaire, mandat Sédur ou certificat de scolarité ou photocopie de la carte d'étudiant pour les enfants attestant de leur qualité d'ayant-droit, éventuel certificat de non-prise en charge du précédent organisme de santé);
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée sur le bulletin financier.

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéance ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues par la notice d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date du décompte du régime obligatoire;
- Informer la mutuelle en cas de survenance des événements suivants : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité

Quand et comment effectuer les cotisations ?

Les cotisations sont payables, au plus tard, le 1er du mois suivant :

- mensuellement ou trimestriellement ;
- semestriellement ;

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

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet de la couverture est fixée d'un commun accord et est indiquée aux conditions particulières (attestation d'adhésion).

En cas de contrat conclu par voie électronique (vente en ligne, vente téléphonique), l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'effet du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par la notice d'information.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification(s) de vos droits et obligations (voir notice d'information),
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire sous réserve de présentation d'un justificatif et de l'envoi de la demande en LRAR au plus tard, (3) trois mois après l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire

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 cette garantie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau des prestations.

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

Contrassur TNS santé Surcomplémentaire est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Concept Prévoyance Santé dite ACPS auprès de Groupe France Mutuelle. Ce contrat 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 du régime obligatoire français.

Contrassur TNS santé Surcomplémentaire comporte 4 niveaux de garanties venant en complément des remboursements de la formule de base souscrite.

Ce produit permet une prise en charge des frais de santé au delà des plafonds imposés par les conditions légales de la Sécurité Sociale. Il n'est donc pas éligible à la loi Madelin.

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 des prestations. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES PRESTATIONS SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation médicale et chirurgicale** compris **hospitalisation ambulatoire** : Honoraires médicaux et chirurgicaux des professionnels de santé n'ayant pas souscrit au DPTAM
- ✓ **Soins courants des professionnels de santé n'ayant pas souscrit au DPTAM** : Honoraires médicaux de spécialité, radiologie, autres actes de soins, soins de régime obligatoire, consultations spécialisées

LE DPTAM

Le DPTAM regroupe les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépenses de soins des professionnels de santé intervenant dans le régime obligatoire, tel que le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et le DPTAM-CO).

Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.

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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Avoir souscrit un contrat de Base : Contrassur TNS santé Formules
- ! Le niveau de garantie de la surcomplémentaire doit être équivalent au niveau de garantie sélectionné en Base

Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger

Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement ne se fait qu'en complément du régime obligatoire français et sur la base de remboursement.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion par la mutuelle;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle (Photocopie de la pièce d'identité, attestation d'affiliation à l'assurance maladie de moins de 3 mois, relevé d'identité bancaire, mandat SEPA, certificat de scolarité ou photocopie de la carte d'étudiant pour les enfants attestant de leur qualité d'ayant-droit, éventuel certificat de radiation du précédent organisme de santé);
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée à l'échéancier.

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéancier ;
- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat et à la notice d'information ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date du décompte du régime obligatoire;
- Informer la mutuelle en cas de survenance de l'un des événements suivants : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, divorce, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables, au choix de chaque adhérent :

- mensuellement ou trimestriellement à terme échu;
- semestriellement ou annuellement d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par mandat de paiement ou par chèque.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est indiquée dans le contrat et est indiquée aux conditions particulières (attestation d'adhésion).

En cas de contrat conclu à distance (vente en ligne, vente téléphonique), l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la date d'entrée en vigueur du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date d'effet du contrat).

Le contrat est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre de l'année de sa prise d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite

reconduction au même tarif chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par la notice d'information.

Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- en cas de résiliation du contrat de base
- à l'échéance principale du contrat (31 décembre), en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de modification(s) de vos droits et obligations (voir notice d'information),
- en cas d'affiliation à une mutuelle d'entreprise obligatoire sous réserve de présentation d'un justificatif et de l'envoi de la demande en LRAR au plus tard, (3) trois mois après l'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie : AXA FRANCE VIE S.A. – RCS Nanterre 310 499 959
Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances
Produit : ALPHA TNS



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 les tableaux de garanties.

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

L'offre ALPHA TNS est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité. Elle intervient en complément du Régime Obligatoire français et de tout autre organisme de prévoyance. Elle couvre également des garanties non prises en charge par le Régime Obligatoire français. Les contrats s'adressent aux Travailleurs Non-Salariés, agricoles en exercice ou dans une situation de cumul emploi – retraite. Les contrats sont à adhésion facultative. Ce produit peut proposer des solutions compatibles au dispositif 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, et figurent dans les tableaux de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT INCLUSES :

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnant nuitée/repas et frais de transport
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations et visites de médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux et pharmacie remboursée ou prescrite non remboursée par le Régime Obligatoire
- ✓ **Frais optiques** : Lunettes (monture et verres), lentilles de contact correctrices remboursées ou non par le Régime Obligatoire et traitement chirurgicaux des troubles visuels
- ✓ **Frais dentaires** : Consultations et soins dentaires, prothèses dentaires et orthodontie prises en charge ou non par le Régime Obligatoire, implants dentaires, traitement des sillons et parodontologie non pris en charge par le Régime Obligatoire
- ✓ **Maternité** : Forfait naissance (incluant le forfait en cas de naissance gémellaire) et forfait accouchement (incluant la prise en charge par le Régime Obligatoire)
- ✓ **Appareillages** : Audioprothèses et prothèses médicales/orthodontiques remboursées par le Régime Obligatoire, appareillages (hors auditif et dentaire) non remboursés par le Régime Obligatoire
- ✓ **Médecine douce** : Les actes thérapeutiques d'Acupuncture, d'Homéopathie, de Chiropractie, d'Ostéopathie, de Pédiacupuncture, de Podologie, de Psychologie et de Psychomotricité pris en charge par le Régime Obligatoire
- ✓ **Prévention** : Forfait annuel remboursé par le Régime Obligatoire, consultations chez un diététicien, vaccins et dépistages prévus par le contrat, dépistage du cancer du sein féminin prescrits, sevrage tabagique, ostéodensitométrie osseuse non remboursés
- ✓ **Cures thermales** : Frais médicaux, de séjour et de transport pris en charge par le Régime Obligatoire

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT INCLUSE :

- ✓ Des garanties d'assistance et de protection juridique sont prévues dans l'offre

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT INCLUS :

- ✓ Réseau de partenaires à tarifs négociés

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 en complément du Régime Obligatoire en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les séjours et frais relatifs aux établissements sociaux, médico-psychopédagogiques comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements de logement pour personnes dépendantes (EHPAD), de jour et pour personnes âgées



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! La participation forfaitaire et franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport sanitaire
- ! 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 réglementairement pour les médecins n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire non maîtrisée

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! **Hospitalisation** :
 - **Frais d'accompagnant** : Limité aux enfants de moins de 16 ans affiliés
 - **Soins de suite ou de réadaptation** : Limités à 30 jours puis au ticket modérateur pour les séjours pris en charge et consécutifs à une hospitalisation et pour les frais exposés en établissement privé pour maladie nerveuse ou mentale
- ! **Optique** : Limitée à 1 équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** :
 - **Plafond dentaire (hors soins dentaires)** : Limité à 1 plafond global en euros par an et par bénéficiaire **selon la formule de garanties choisie**
 - **Implants dentaires non pris en charge** : Limités à 2 par an et par bénéficiaire
 - **Parodontologie non prise en charge** : Limitée à 3 actes par an et par bénéficiaire dans la limite d'un forfait en euros **selon la formule de garanties choisie**
- ! **Appareil auditif** : Limité à 1 équipement tous les 4 ans
- ! **Médecine douce** : Limitée à 7 séances par an et par bénéficiaire dans la limite d'un forfait en euros **selon la formule de garanties choisie**
- ! **Cures thermales** : Non prises en charge au-delà de 65 ans



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est effectué s'il y a eu une prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

À la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le bulletin individuel d'adhésion fourni par l'assureur
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur, régler la cotisation (ou fraction de cotisation) pour le contrat
- Remplir les critères d'adhésion et notamment être adhérent de l'Association BMI TNS, être affilié à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale française (pour les Travailleurs Non-Salariés Non Agricoles relevant de ce régime) ou à un des régimes obligatoires des Travailleurs Non-Salariés Non Agricoles, tels que précisés à l'article *Conditions d'Adhésion* de la Notice d'information
- Exercer une activité professionnelle de Travailleurs Non-Salariés Non Agricoles en France Métropolitaine ou être dans une situation de cumul emploi - retraite
- Être âgé de 18 à 80 ans le jour de votre adhésion à la Convention d'assurance, âge déterminé en fonction de l'ancienneté de l'adhésion

En cours de contrat

- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires au paiement des prestations selon les modalités prévues dans la Notice d'information
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les 3 mois qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements :
 - Changement de situation : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès)
 - Changement de profession : 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 ou sa résiliation
- Régler les cotisations



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est perçue d'avance par acomptes mensuels ou annuels par prélèvement automatique ou par chèque pour les règlements annuels



Quand commence-t-elle et quand prend-elle fin ?

Votre adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion selon les modalités suivantes :

- Au premier jour du mois qui suit la réception de la demande d'adhésion

Les garanties prennent fin en cas de cessation du paiement des cotisations ou en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part. Aussi les garanties cessent :

- Lorsque vous ne répondez plus aux conditions d'admission tels que prévues à l'article *Conditions d'Adhésion* de la Notice d'information
- Lorsque la demande de cessation de votre adhésion intervient sous réserve du respect des formalités de notification
- Lorsque vous atteignez votre 65^{ème} anniversaire de naissance pour les frais de cures thermales
- En cas de résiliation du contrat



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion :

- Au 31 décembre de l'année en cours sous réserve d'une demande adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au Centre de gestion au moins 2 mois avant la date précitée
- En cas de révision des dispositions du contrat et notamment des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 2 mois suivant leur notification