

Assurance complémentaire santé – Gamme ANPF (- de 30 ans)

Document d'information sur la garantie complémentaire santé Gamme ANPF (- de 30 ans)

Groupe France Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité et au contrôle de l'ACPR,

Immatriculée en France sous le n° de SIREN 784 492 084. Siège social : 56 rue de Monceau, 75 008 Paris

Association Nationale de Prévoyance Familiale dite ANPF, association loi 1901 sous le n° W872002868.

Siège social : BP 10072 – 24202 Sarlat Cedex



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 ?

Ce contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association Nationale de Prévoyance Familiale dite ANPF auprès de Groupe France Mutuelle est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la sécurité sociale française. Cette gamme de garanties s'adresse aux assurés âgés de 18 à 29 ans. Elle comporte 3 niveaux de garanties et respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et 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

- ✓ **Consultations, visites:** Consultations généraliste et spécialiste adhésion OPTAM, consultations généraliste et spécialiste hors OPTAM
- ✓ **Auxiliaires médicaux, analyses actes de spécialiste (lettre-clé K), radiologie, transport:** Actes techniques et de spécialité adhésion OPTAM - actes techniques et de spécialité hors OPTAM
- ✓ **Appareillages, prothèses autres que prothèses dentaires**
- ✓ **Pharmacie**
- ✓ **Soins dentaires**
- ✓ **Prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la sécurité sociale**
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture et verres), lentilles acceptées par la sécurité sociale
- ✓ **Hospitalisation médicale et chirurgicale:** séjour médical et chirurgical, honoraires médicaux et chirurgicaux chambre particulière, forfait journalier hospitalier, transports du malade avec ou sans hospitalisation
- ✓ **Prévention:** Dépistage de l'ostéoporose, détartrage

LES PRESTATIONS PREVUES SELON LE NIVEAU DE GARANTIES SOUSCRIT

- ostéopathie, chiropratique, acupuncture, homéopathie
- lentilles refusées par la sécurité sociale
- forfait maternité/ adoption
- cures thermales acceptées par la sécurité sociale
- forfait obsèques

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Analyse et délivrance de devis (optique, dentaire, audioprothèses)
- ✓ Télétransmission
- ✓ Tiers payant sur le ticket modérateur

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



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les actes non pris en charge par la sécurité sociale (exemple : chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale) sauf dispositions contraires indiquées dans le tableau des prestations
- ✗ Les indemnités de perte de salaire versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médicaux-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS ET RESTRICTIONS 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.
- ! Pour l'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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Délais d'attente:** limitation au ticket modérateur de la prise en charge :
 - des frais de maternité pendant les 9 premiers mois suivant l'adhésion
 - des frais d'hospitalisation pendant le premier mois suivant l'adhésion
 - des frais de prothèses dentaires, optique, cures thermales et obsèques pendant les 6 premiers mois suivant l'adhésion

(suite au verso)

PRINCIPALES RESTRICTIONS

! **Délais d'attente:** Exemption des délais d'attente sur présentation d'un certificat de radiation du précédent organisme assureur datant de moins de deux (2) mois à compter de la fin de couverture.

! **Ostéopathie, chiropratique, acupuncture, homéopathie :** Montant maximum par séance. Remboursement limité dans sa durée. Se référer au tableau des prestations.

! **Chambre particulière et cures thermales:** Remboursement limité dans sa durée. Se référer au tableau des prestations.

! **Frais d'obsèques:** Remboursement uniquement en cas de décès de l'assuré avant ses 65 ans.

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

! Changement de niveau de garanties possible sur demande écrite adressée à l'ANPF, au terme d'un délai d'adhésion minimum d'une année civile complète dans le niveau de garanties en cours.



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 (*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 et le droit d'entrée d'un montant de 8€

En cours de contrat :

- Régler la fraction de cotisation indiquée à l'échéancier ;
- 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 de l'un des évènements 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 paiements peuvent s'effectuer par prélèvement automatique ou chèque. Si vous optez pour le prélèvement automatique, les cotisations sont prélevées mensuellement. Dans le cas contraire, les cotisations sont réglées semestriellement pour le semestre à échoir.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord 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'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 au 1^{er} 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 ?

- 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