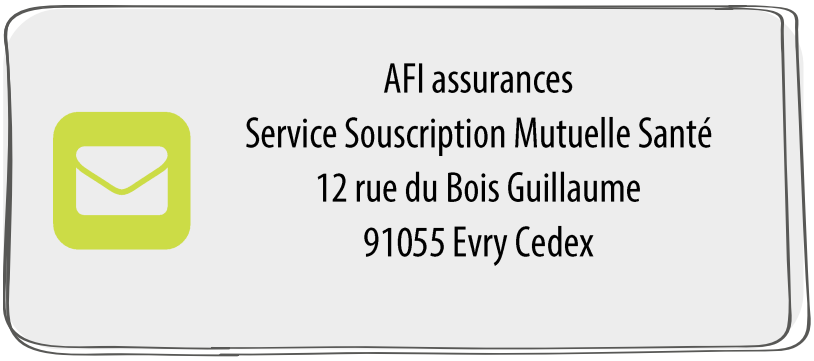
Dossier de souscription

Notre offre vous a convaincu ? Pour adhérer, suivez ces 4 étapes :

AFI santé

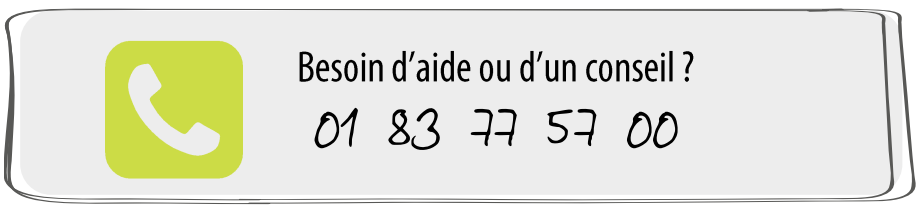
1. Lisez et complétez soigneusement les 2 volets de votre demande d'adhésion
2. Réunissez les documents à nous envoyer :
   - Les 2 volets de votre demande d'adhésion complétée
   - Un relevé d'identité bancaire ou postal
   - Une attestation de la carte vitale de chaque assuré
   - La demande de résiliation de votre mutuelle actuelle, AFI assurances se charge de l'envoyer à votre assureur, sans aucun frais pour vous
     (cf page 3 – à remplir **uniquement** en cas de changement de mutuelle)
3. Glissez tous ces éléments dans une enveloppe, affranchie au tarif en vigueur, et adressez-là à l'adresse suivante :



4. Et après, comment cela se passe ?

Dès réception de votre dossier, nous vous confirmons par téléphone ou par courrier de la prise d'effet de votre contrat à la date que vous nous avez mentionnée.

Vous recevrez sous 48 heures votre carte tiers-payant, et votre contrat complet.



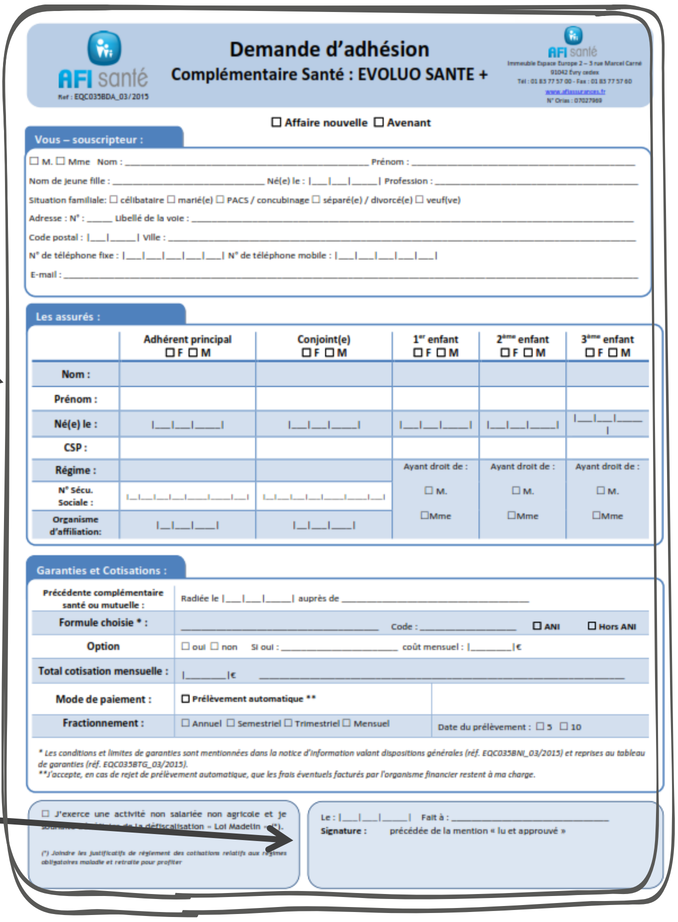
Remplir sa demande d'adhésion

1. Complétez les informations vous concernant

2. Indiquez les personnes que vous souhaitez assurer et toutes les informations les concernant

3. Précisez : la formule choisie, la date d'effet du contrat, le montant des cotisations mensuelles,… indiqués sur votre devis

4. Datez et signez avec la mention manuscrite « lu et approuvé »



Demande d'adhésion
Complémentaire Santé : EVOLUO SANTE +

AFI santé — Ref : EQC035BDA_03/2015

AFI santé — Immeuble Espace Europe 2 – 3 rue Marcel Carné, 91042 Évry cedex — Tél : 01 83 77 57 00 - Fax : 01 83 77 57 60 — www.afiassurances.fr — N° Orias : 07027969

☐ Affaire nouvelle ☐ Avenant

Vous – souscripteur :

☐ M. ☐ Mme Nom : ____ Prénom : ____
Nom de jeune fille : ____ Né(e) le : |__|__|____| Profession : ____
Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ PACS / concubinage ☐ séparé(e) / divorcé(e) ☐ veuf(ve)
Adresse : N° : ____ Libellé de la voie : ____
Code postal : |__|____| Ville : ____
N° de téléphone fixe : |__|__|__|__|__| N° de téléphone mobile : |__|__|__|__|__|
E-mail : ____

Les assurés :

	Adhérent principal ☐F ☐M	Conjoint(e) ☐F ☐M	1er enfant ☐F ☐M	2ème enfant ☐F ☐M	3ème enfant ☐F ☐M
Nom :					
Prénom :					
Né(e) le :	|__|__|____|	|__|__|____|	|__|__|____|	|__|__|____|	|__|__|____|
CSP :					
Régime :			Ayant droit de : ☐ M. ☐Mme	Ayant droit de : ☐ M. ☐Mme	Ayant droit de : ☐ M. ☐Mme
N° Sécu. Sociale :	|_|__|__|__|___|___|__|	|_|__|__|__|___|___|__|			
Organisme d'affiliation:	|_|__|___|	|_|__|___|			

Garanties et Cotisations :

Précédente complémentaire santé ou mutuelle :	Radiée le |__|__|____| auprès de ____
Formule choisie * :	____ Code : ____ ☐ ANI ☐ Hors ANI
Option	☐ oui ☐ non Si oui : ____ coût mensuel : |____|€
Total cotisation mensuelle :	|____|€ ____
Mode de paiement :	☐ Prélèvement automatique **
Fractionnement :	☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel ☐ Mensuel — Date du prélèvement : ☐ 5 ☐ 10

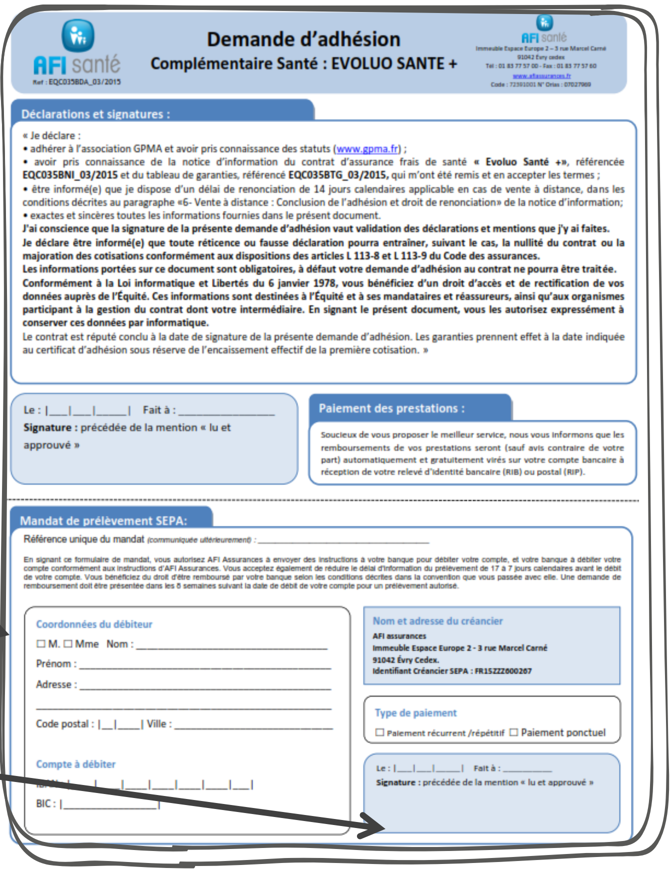
** Les conditions et limites de garanties sont mentionnées dans la notice d'information valant dispositions générales (réf. EQC035BNI_03/2015) et reprises au tableau de garanties (réf. EQC035BTG_03/2015).*
***J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.*

☐ J'exerce une activité non salariée non agricole et je souhaite bénéficier de la défiscalisation « Loi Madelin » (*).
(*) Joindre les justificatifs de règlement des cotisations relatifs aux régimes obligatoires maladie et retraite pour profiter

Le : |__|__|____| Fait à : ____
Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »

5. Indiquez les coordonnées postales et bancaires du titulaire du compte et de l'établissement du compte à débiter

6. Datez et signez avec la mention manuscrite « lu et approuvé »



Demande d'adhésion
Complémentaire Santé : EVOLUO SANTE +

AFI santé — Ref : EQC035BDA_03/2015

AFI santé — Immeuble Espace Europe 2 – 3 rue Marcel Carné, 91042 Évry cedex — Tél : 01 83 77 57 00 - Fax : 01 83 77 57 60 — www.afiassurances.fr — Code : 72391001 N° Orias : 07027969

Déclarations et signatures :

« Je déclare :
• adhérer à l'association GPMA et avoir pris connaissance des statuts (www.gpma.fr) ;
• avoir pris connaissance de la notice d'information du contrat d'assurance frais de santé **« Evoluo Santé + »**, référencée **EQC035BNI_03/2015** et du tableau de garanties, référencé **EQC035BTG_03/2015,** qui m'ont été remis et en accepter les termes ;
• être informé(e) que je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires applicable en cas de vente à distance, dans les conditions décrites au paragraphe «6- Vente à distance : Conclusion de l'adhésion et droit de renonciation» de la notice d'information;
• exactes et sincères toutes les informations fournies dans le présent document.
J'ai conscience que la signature de la présente demande d'adhésion vaut validation des déclarations et mentions que j'y ai faites.
Je déclare être informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration pourra entraîner, suivant le cas, la nullité du contrat ou la majoration des cotisations conformément aux dispositions des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.
Les informations portées sur ce document sont obligatoires, à défaut votre demande d'adhésion au contrat ne pourra être traitée.
Conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données auprès de l'Équité. Ces informations sont destinées à l'Équité et à ses mandataires et réassureurs, ainsi qu'aux organismes participant à la gestion du contrat dont votre intermédiaire. En signant le présent document, vous les autorisez expressément à conserver ces données par informatique.
Le contrat est réputé conclu à la date de signature de la présente demande d'adhésion. Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation. »

Le : |__|__|____| Fait à : ____
Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »

Paiement des prestations :

Soucieux de vous proposer le meilleur service, nous vous informons que les remboursements de vos prestations seront (sauf avis contraire de votre part) automatiquement et gratuitement virés sur votre compte bancaire à réception de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Mandat de prélèvement SEPA:

Référence unique du mandat *(communiquée ultérieurement)* : ____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AFI Assurances à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions d'AFI Assurances. Vous acceptez également de réduire le délai d'information du prélèvement de 17 à 7 jours calendaires avant le débit de votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Coordonnées du débiteur
☐ M. ☐ Mme Nom : ____
Prénom : ____
Adresse : ____
Code postal : |__|____| Ville : ____

Compte à débiter
IBAN : |___|___|___|___|___|___|___|__|
BIC : |________|

Nom et adresse du créancier
AFI assurances
Immeuble Espace Europe 2 - 3 rue Marcel Carné
91042 Évry Cedex.
Identifiant Créancier SEPA : FR15ZZZ600267

Type de paiement
☐ Paiement récurrent /répétitif ☐ Paiement ponctuel

Le : |__|__|____| Fait à : ____
Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »

Résilier sa mutuelle actuelle

Modèle à compléter et joindre à votre dossier **uniquement** en cas de changement de mutuelle

A quel moment puis-je résilier mon contrat de mutuelle ?

- A sa date échéance anniversaire (en général 2 à 3 mois de préavis)
- A sa date échéance anniversaire en application de la loi Châtel (en général 20 jours à réception de l'échéancier)
- Lors d'un changement de domicile, de situation, de profession ou de retraite (dans un délai d'un mois)
- En cas d'augmentation de la cotisation (dans un délai d'un mois)

Expéditeur (nom et adresse)

_____

_____

_____

A _____, le ___/___/_____

Monsieur le directeur de la Société

_____

_____

_____

RECOMMANDE avec AR

Objet : Résiliation du contrat d'assurance N°_____

Monsieur le Directeur,
Veuillez noter, par la présente lettre recommandée, que j'entends faire cesser les effets du contrat référencé ci-dessus :

☐ **A la date d'échéance principale**, soit le ___/___/_____, conformément aux dispositions tant générales que particulières du contrat.

☐ **A la date d'échéance principale**, soit le ___/___/_____, conformément à l'article L.113-15-1 du Code des Assurances stipulant que «la reconduction des contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles peut être dénoncée dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance annuel» - cachet de la poste faisant foi.

☐ **Dans un délai d'un mois** à dater de la présente, conformément aux dispositions de l'article L 113-16 du Code des Assurances par suite de survenance d'un des événements suivants :

- ☐ Changement de domicile,
- ☐ Changement de situation ou de régime matrimonial,
- ☐ Changement de profession,
- ☐ Retraite ou cessation d'activité professionnelle.

☐ **Par suite de l'augmentation de votre tarif**, cette résiliation prenant effet 30 jours après l'envoi de la présente lettre.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature
Précédée de la mention «lu et approuvé»

AFI santé

Réf. : BA-Liberteo-02/2019

Bulletin d'adhésion

Complémentaire Santé : LIBERTEO 100% SANTE

☐ **Affaire nouvelle** ☐ **Avenant**

AFI assurances
Gestionnaire du contrat
12 rue du Bois Guillaume - 91055 Évry cedex
Tél : 01 83 77 57 00 - Fax : 01 83 77 57 60
www.afiassurances.fr
N° Orias : 07027969

Vos coordonnées (membre participant) :

☐ M. ☐ Mme Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____ Né(e) le : |___|___|_____| Profession : _____

Situation familiale : ☐ célibataire ☐ marié(e) ☐ PACS / concubinage ☐ séparé(e) / divorcé(e) ☐ veuf(ve)

Adresse : N° : _____ Libellé de la voie : _____

Code postal : |___|_____| Ville : _____

N° de téléphone fixe : |___|___|___|___|___| N° de téléphone mobile : |___|___|___|___|___|

E-mail : _____

Les assurés :

	Adhérent principal ☐ F ☐ M	**Conjoint(e)** ☐ F ☐ M	**1er enfant** ☐ F ☐ M	**2ème enfant** ☐ F ☐ M	**3ème enfant** ☐ F ☐ M
Nom :					
Prénom :					
Né(e) le :	|__|__|____|	|__|__|____|	|__|__|____|	|__|__|____|	|__|__|____|
CSP :					
Régime :			Ayant droit de : ☐ M. ☐ Mme	Ayant droit de : ☐ M. ☐ Mme	Ayant droit de : ☐ M. ☐ Mme
N° Sécu. Sociale :	|__|__|__|__|____|____|__|	|__|__|__|__|____|____|__|			
Organisme d'affiliation :	|__|___|____|	|__|___|____|			

Joindre obligatoirement au dossier :

- Les copies des attestations d'assurance maladie des personnes à couvrir (document annexé à votre carte Vitale),
- La photocopie intégrale d'une pièce d'identité.

Garanties et Cotisations :

Précédente complémentaire santé ou mutuelle :	Radiée le |___|___|_____| auprès de _____	
Formule choisie * :	_____ Code : _____	
Option Eco	☐ oui ☐ non	
Total cotisation mensuelle : y compris cotisation mensuelle à l'association APSAP	|_____|€ _____	
Mode de paiement :	☐ **Prélèvement automatique ****	☐ **Chèque**, à l'ordre d'AFI Assurances
Fractionnement :	☐ Annuel ☐ Semestriel ☐ Trimestriel ☐ Mensuel Date du prélèvement : ☐ 10 ☐ 15	☐ Annuel

**Les conditions et limites de garanties sont mentionnées dans la notice d'information valant dispositions générales (réf. Notice-Liberteo-02/2019) et reprises au tableau de garanties (réf. TG-Liberteo-02/2019).*

*** J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.*

☐ J'exerce une activité non salariée non agricole et je souhaite bénéficier de la défiscalisation « Loi Madelin » (*) en adhérant à l'association APSAP.

(*) Joindre les justificatifs de règlement des cotisations relatifs aux régimes obligatoires maladie et retraite, attestant que je suis à jour de mes cotisations et éventuellement ceux de mon conjoint(e) et de mes enfants.

Le : |___|___|_____| Fait à : _____

Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »

AFI santé

Réf. : BA-Liberteo-02/2019

Bulletin d'adhésion

Complémentaire Santé : LIBERTEO 100% SANTE

AFI assurances
Gestionnaire du contrat
12 rue du Bois Guillaume - 91055 Évry cedex
Tél : 01 83 77 57 00 - Fax : 01 83 77 57 60
www.afiassurances.fr
N° Orias : 07027969

Déclarations et signatures :

« Je déclare :
• adhérer l'association APSAP et au contrat groupe souscrit par elle pour la garantie Liberteo 100% Santé.
• sincères et exacts l'ensemble des renseignements portés sur cette demande d'adhésion et je reconnais avoir été informé(e) des conséquences qui pourraient résulter d'une omission ou d'une fausse déclaration prévues aux articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité. Je devrais déclarer dans un délai d'un mois, toute modification sous peine de déchéance. J'autorise le gestionnaire à établir une liaison directe (télétransmission) avec mon régime de base, afin que les remboursements complémentaires de mes frais de santé soient effectués de manière automatique ;
• avoir pris connaissance de la Notice d'information du contrat d'assurance frais de santé « Liberteo 100% Santé », référencée Notice-Liberteo-02/2019 et du tableau de garanties, référencé TG-Liberteo-02/2019, ainsi que la fiche IPID, des statuts de l'association APSAP et de Miltis, et la notice d'assistance qui m'ont été remis et en accepter les termes ;
• être informé(e) que je dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires selon les modalités prévues dans la présente demande d'adhésion ainsi que la Notice d'information de la garantie Liberteo ;
• attester sur l'honneur que les personnes à garantir sont à jour du paiement des cotisations relatives aux régimes d'assurances obligatoires. Je m'engage à ce qu'il en soit de même pendant toute la durée de mon adhésion.
• J'accepte de recevoir des informations à caractère commercial de la part de l'Assureur. J'ai la possibilité de m'inscrire sur le fichier national d'opposition au démarchage téléphonique (dispositif BLOCTEL).
L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le jour de la réception au siège d'AFI Assurances, complété, daté et signé, sous réserve d'acceptation de la mutuelle expressément notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la 1ère cotisation. »

Protection des données personnelles :

J'atteste avoir pris connaissance de l'ensemble des dispositions relatives au recueil et aux finalités de traitement de mes données personnelles (ci-dessous retranscrites) et à avoir donné, à cet effet, mon consentement. Les informations recueillies par AFI Assurances font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association APSAP et à MILTIS. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre la fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur. Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'AFI Assurances, l'APSAP (association souscriptrice), MILTIS ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. AFI Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.
Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser : à l'attention du Service de Protection des Données, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 Evry Cedex ou droitacces@afiassurances.fr. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la

Le : |___|___|_____| Fait à : _____

Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »

Paiement des prestations :

Soucieux de vous proposer le meilleur service, nous vous informons que les remboursements de vos prestations seront (sauf avis contraire de votre part) automatiquement et gratuitement virés sur votre compte bancaire à réception de votre relevé d'identité bancaire (RIB) ou postal (RIP).

Mandat de prélèvement SEPA:

Référence unique du mandat *(communiquée ultérieurement)* : _____

En signant ce formulaire de mandat, j'autorise AGEO à envoyer des instructions à ma banque pour débiter mon compte et ma banque à débiter mon compte conformément aux instructions d'AGEO. Je bénéficie du droit d'être remboursé par ma banque selon les conditions décrites dans la convention que j'ai passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée : dans les 8 semaines suivant la date de débit de mon compte pour un prélèvement autorisé, sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Coordonnées du débiteur

☐ M. ☐ Mme Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____

Code postal : |__|____| Ville : _____

Compte à débiter

IBAN : |____|____|____|____|____|____|___|

BIC : |_____|

Nom et adresse du créancier

AGEO
7 rue de Turbigo 75001 Paris
N° IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA :
FR48ZZZ390153

Type de paiement

☐ Paiement récurrent /répétitif ☐ Paiement ponctuel

Le : |___|___|_____| Fait à : _____

Signature : précédée de la mention « lu et approuvé »

ANNEXES

Informations complémentaires

AFI assurances
Gestionnaire du contrat
12 rue du Bois Guillaume - 91055 Évry cedex
Tél : 01 83 77 57 00 - Fax : 01 83 77 57 60
www.afiassurances.fr
N° Orias : 07027969

Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours (14) calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de lettre de renonciation à l'adhésion d'une complémentaire Santé

Destinataire : AFI Assurances – 12 rue du Bois Guillaume - 91055 Evry Cedex

Objet : Renonciation à l'adhésion de la garantie [Nom de la garantie]

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro du membre participant] demeurant à [Lieu] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [date sous le format JJ/MM/AAAA].

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

A [lieu], le [date sous le format JJ/MM/AAA].

Signature

Liberteo 100% Santé
tableau des garanties

		NIVEAU 1 85 ans	NIVEAU 2 85 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans	NIVEAU 7 85 ans	NIVEAU 8 85 ans
HOSPITALISATION & MATERNITÉ [1]									
Frais de séjour conventionné (médecine, chirurgie et maternité)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour non conventionné (médecine, chirurgie et maternité)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrie (hors chirurgie dentaire)	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%	350%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier [2]		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière [3] **		-	40€ / jour	40€ / jour	50€ / jour	60€ / jour	70€ / jour	80€ / jour	90€ / jour
Transport du malade (**sauf cures thermales**)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Lit d'accompagnement (**maxi 15 jours par an**)		-	10€ / jour	10€ / jour	15€ / jour	15€ / jour	20€ / jour	20€ / jour	25€ / jour
Confort hospitalier (téléphone, internet, télévision (**maxi 15 jours par an**)		-	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour	5€ / jour
SOINS COURANTS									
Consultation de médecins spécialistes et généralistes, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Radiologue, imagerie, échographie, actes de techniques médicaux ATM, laboratoires	Dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
Hospitalisation à domicile		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.)		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Analyses, auxiliaires médicaux		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : - prothèses et appareillages (autres que dentaires et auditifs) - complément pour petit appareillage, forfait par an		100% -	100% 30€	100% 50€	100% 75€	100% 100€	100% 125€	100% 150€	100% 200€
Médicaments et homéopathie pris en charge par le RO		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non pris en charge par le RO (y compris vaccins, contraceptifs)**		-	30€ / an	30€ / an	40€ / an	40€ / an	50€ / an	50€ / an	60€ / an
OPTIQUE									
Forfait optique [4], équipement complet remboursé par le RO : 2 verres + montures tous les 2 ans par assuré (sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue tous les ans) (de classe A, B ou mixtes à compter du 01/01/2020)	2 verres simples	100%	100€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
	1 verre simple et un verre complexe, deux verres complexes ou très complexes	100%	200€	250€	300€	350€	400€	450€	500€
Suppléments et prestations		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait annuel pour lentilles prescrites prises en charge ou non par le RO		100% [5]	50€	75€	100€	125€	150€	175€	200€
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil		-	100€	150€	200€	225€	250€	275€	300€
100% SANTE Equipements 100% SANTÉ Optique - à compter du 01/01/2020 (verres et monture de classe A)		Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)									
Soins pris en charge par le RO (dont Inlays, onlays, scellement des sillons) (hors panier de soins 100% santé)		100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie pris en charge par le RO (hors panier de soins 100% santé)		100%	150%	200%	250%	275%	300%	350%	400%
Orthodontie prise en charge par le RO		100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
Dentaire non pris en charge par le RO (implants non pris en charge, orthodontie pour adulte)		-	100€	150€	200€	250€	300€	350€	400€
Plafond de remboursement (sur l'ensemble du poste dentaire hors soins) Au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur		-	-	800€ / an	1 000€ / an	1 000€ / an	1 200€ / an	1 400€ / an	1 600€ / an
100% SANTE Soins et prothèses 100% SANTE Dentaire à compter du 01/01/2020		Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base. Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit par période de 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'adhésion.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations. Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Liberteo 100% Santé
tableau des garanties

		NIVEAU 1 85 ans	NIVEAU 2 85 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans	NIVEAU 7 85 ans	NIVEAU 8 85 ans
AIDES AUDITIVES									
Appareillages et prothèses auditives		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareil auditif (par an) - hors 100% santé		-	100€	200€	300€	400€	500€	600€	700€
100% SANTE Equipements100% SANTE Prothèses Auditives à compter du 01/01/2021		Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE									
Cure thermale prise en charge par le RO	Honoraires dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Honoraires Hors OPTAM ou OPTAM CO*	100%	100%	105%	130%	155%	180%	200%	200%
	Frais d'établissement	100%	100%	125%	150%	175%	200%	250%	300%
	Transport et hébergement (par an)	100%	50€	100€	150€	175€	200€	250€	300€
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, pédicure, mésothérapeute, réflexologue, podologue, diététicien, nutritionniste (**maxi 40€ / consultation**)		-	80€ / an	80€ / an	120€ / an	120€ / an	160€ / an	160€ / an	200€ / an
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
SERVICES INCLUS									
Assistance accompagnement		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers payant		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télémédecine (5 consultations / an / pers.)		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réseaux de soins		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Décompte en ligne et espace adhérent		oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui

(1) **Pendant les 30 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités uniquement à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait hospitalier, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.**
(2) Illimité. **Exclu pour les séjours en gérontologie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.**
(3) **Durée limitée à 90 jours par an en hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique, et limité à 30 jours les séjours en soins de suite (maison de repos, de convalescence ou de rééducation…) consécutifs à une hospitalisation. SONT EXCLUS de la garantie : les séjours en gérontologie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).**
(4) Les forfaits indiqués incluent la prise en charge du ticket modérateur. **La prise en charge est limitée à un équipement (deux verres et une monture) par période de deux ans, sauf pour un mineur (de moins 18 ans avant le 01/01/2020 et de 16 ans au plus à compter du 01/01/2020) ou en cas d'évolution de la vue où la période est réduite à un an. De plus, à compter du 01/01/2020, le renouvellement de l'équipement s'applique par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. En outre, la prise en charge de la monture est limitée à 150€ en 2018 et 100€ à partir du 1er janvier 2020 (hors Classe A).**
Corrections visuelles (définition contrat responsable) :
Définitions de la correction antérieures au 1er janvier 2020 :
Correction simple : verres 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
Correction complexe : verres 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 et à verres multifocaux ou progressifs
Correction très complexe : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptrie.
Définitions de la correction à compter du 1er janvier 2020 :
Correction simple :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries

Correction complexe :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Correction très complexe :
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(5) **Pour le niveau 1, seules les lentilles prescrites et prises en charge par le régime obligatoire font l'objet d'un remboursement.**
* OPTAM / OPTAM-CO : dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée qui se distinguent selon la spécialité médicale exercée par le professionnel : OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique.
** Exclu si option ECO
Le 100% SANTE vous permet d'accéder à une offre d'équipements de qualité sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif définies par décret à partir du 1er janvier 2020 (les paniers).

Liberteo 100% Santé
tableau des garanties

OPTION ECO

Lors de l'adhésion, vous avez la possibilité de souscrire cette option afin de choisir la formule la mieux adaptée à votre situation. Cette option s'applique à toutes les formules (de 2 à 8), sauf à la formule 1. Une réduction de cotisation s'applique si cette option est choisie. Elle concerne la totalité des assurés désignés au certificat d'adhésion sur le bloc indissociable des garanties ci-après : chambre particulière et médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins et contraceptifs). En conséquence, les garanties mentionnées ci-dessus ne sont plus prises en charge dans la formule de garanties souscrite par l'adhérent. Vous conservez la possibilité de résilier ou de souscrire à l'option Eco à l'issue des 12 mois complets d'assurance après votre adhésion, ou de votre dernière modification de formule de garanties moyennant un préavis de deux mois au moins. Suite à la première adhésion à l'option ECO, toute résiliation sera définitive. Toute nouvelle adhésion à ces options sera exclue.

100% SANTÉ

CONFORME À LA RÉFORME 100% SANTE

Le 100% SANTÉ vous permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines prestations en dentaire, optique, auditif défini par décret à partir du 1er janvier 2020. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ces paniers, les remboursements se feront selon les niveaux de garanties prévus au tableau de garanties que vous avez choisi.

Garanties incluses dans le panier 100% SANTÉ (à partir du 1er janvier 2020)	Remboursement sur les formules 1 à 8	Composition du panier	Mise en vigueur
OPTIQUE 100% SANTE			
Équipement optique (Verre et Monture) – Monture	Dans la limite de 100 € (1)	- Monture respectant les normes européennes, avec un prix inférieur ou égal à 30 €. Chaque opticien aura au minimum 17 modèles différents de montures adultes « 100% santé » en deux coloris différents ; - Verres traitant l'ensemble des troubles visuels ; - Amincissement des verres en fonction du trouble, durcissement des verres pour éviter les rayures, traitement anti-reflet obligatoires.	A partir du 1er janvier 2020
Verres	Entièrement remboursés (2)		
DENTAIRE 100% SANTE			
Soins dentaires (y compris chirurgie dentaire), Inlays-Onlays	Entièrement remboursé (2)	- Couronnes céramique monolithique et céramo-métalliques sur les dents visibles (incisives, canines et 1e prémolaire) ; couronnes céramique monolithique zircones (incisives et canines) ; couronnes métalliques toute localisation ; - Inlays core et couronnes transitoires ; - Bridges céramo-métalliques (incisives et canines) ; bridges full zircon et métalliques toute localisation ; prothèses amovibles à base résine.	Progressif à partir du 1er janvier 2020
Inlay-Core			
Prothèses dentaires			
AIDES AUDITIVES 100% SANTE			
Prothèses auditives	Entièrement remboursé (2)	- Tous les types d'appareils sont concernés : contour d'oreille classique ; contour à écouteur déporté ; intra-auriculaire ; - Au moins 12 canaux de réglage (ou dispositif de qualité équivalente) pour assurer une adéquation de la correction au trouble auditif ; système permettant l'amplification des sons extérieurs restituée à hauteur d'au moins 30 dB ; - 4 ans de garantie ; - Au moins 3 des options suivantes : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptative, bande passante ≥ 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération	A partir du 1er janvier 2021

(1) Le panier « 100% santé » prévoit un remboursement sur les montures de 30 € (Classe A). En offre combinée (verres 100% Santé et monture de classe B), **le plafond de remboursement des montures est fixé à 100€.**

(2) Dans les limites qui figurent dans la Notice d'information.

-> A RETENIR ! Dates de la mise en place du nouveau dispositif*

A partir de 2019	- Les tarifs du panier « 100% santé » seront plafonnés en audiologie (dès janvier) et en dentaire (dès avril) - Le remboursement des aides auditives (Sécurité sociale + complémentaire) augmentera de 100 € - Au total, le reste à charge pour les assurés diminuera de 200 € en moyenne pour les aides auditives (audioprothèses)
A partir de 2020	- L'offre « 100% santé » sera garantie en optique ainsi que pour une partie du panier dentaire - Pour les aides auditives, le plafond des tarifs sera abaissé de 200 € et le remboursement « Sécurité sociale + complémentaire » augmenté de 50€, soit un gain de reste à charge de 250€ en moyenne
A partir de 2021	L'offre « 100% santé » sera garantie pour le reste du panier dentaire, ainsi que pour les aides auditives

* source : dossier presse du gouvernement du 13 juin 2018

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS HORS 100% SANTE

Exemples de remboursement dans le cas où vous n'optez pas pour les paniers de produits 100% santé.

	REMBOURSEMENT DE L'ASSURÉ (mutuelle + régime obligatoire)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Consultation d'un médecin généraliste OPTAM / OPTAM-CO	24€	24€	30,25€	36,50€	42,75€	49€	61,50€	74€
Pose d'une couronne dentaire (HBLD036) 2019	107,50€	161,25€	215€	268,75€	295,63€	322,50€	376,25€	430€
2020	120€	180€	240€	300€	330€	360€	420€	480€
Achat d'une paire de lunettes monture avec verres progressifs (sphère de -4.00 à +4.00) 2019	17,48€	210,49€	260,49€	310,49€	360,49€	410,49€	460,49€	510,49€
Achat d'un appareil auditif* 2019	300€	400€	500€	600€	700€	800€	900€	1000€
2020	350€	450€	550€	650€	750€	850€	950€	1050€

Pour chaque dépense de santé que vous faites, votre Régime Obligatoire vous rembourse une partie, puis votre complémentaire santé se base sur ce remboursement pour apporter un complément. Le remboursement se fait dans la limite des frais réellement engagés par l'assuré, hors contribution forfaitaire retenue et franchise médicale qui restent à la charge de l'assuré. Ainsi, le remboursement effectué ne peut excéder la somme versée par l'assuré lors du règlement de l'acte de santé.

Ces tarifs sont donnés à titre d'exemple, ils peuvent varier en fonction du tarif de convention, de la prescription médicale, etc. Pour des tarifs précis, demandez votre devis gratuit et personnalisé.

* Appareil auditif pour une personne de plus de 20 ans, et hors personnes déficientes auditives et souffrant de cécité

LES + DE LIBERTEO

Des économies réelles pour votre budget

- ✓ Votre tarif 2019 garanti sans augmentation au 1er janvier 2020 !
- ✓ Pas d'avance de frais grâce au tiers payant
- ✓ Des tarifs négociés auprès d'un réseau de partenaires
- ✓ Des réductions sur les produits optiques, dentaires et auditifs

Une souscription simple et rapide

- ✓ Une prise d'effet immédiate
- ✓ Pas de questionnaire de santé
- ✓ Une garantie à vie
- ✓ Un conseiller dédié

Les avantages de Liberteo

- ✓ Un produit compatible 100% Santé
- ✓ Des consultations en télémédecine 7j/7 et 24h/24
- ✓ Un réseau de soins complet et innovant
- ✓ Une assistance complète incluse
- ✓ Des appli pour prendre RDV en ligne et calculer le reste à charge
- ✓ Un espace adhérent sécurisé

VOUS VOULEZ SOUSCRIRE ? CONTACTEZ VOTRE CONSEILLER :

✆ Par téléphone : 01 83 77 57 30

ou

@ Par email : conseillersante@afiassurances.fr

AFI assurances

LE RÉSEAU DE SANTÉ

SANTÉCLAIR mon repère santé

Notre réseau de soins qui offre la garantie de **la qualité au meilleur prix** !

Réseau Optique
3 350 partenaires et 45 centres de chirurgie réfractive

Réseau Dentaire
2 600 partenaires et 50 chirurgiens en Implantologie dentaire

Réseau Audioprothèse
800 centres

Une plateforme téléphonique ouverte 6j/7
pour vous renseigner :

lundi au vendredi : 9h – 19h30
samedi : 9h – 17h

LES AVANTAGES SANTECLAIR :

EXCLUSIVITÉ SANTÉCLAIR

- **Jusqu'à -40%* sur tous les verres et traitements** des 3 grands verriers Carl Zeiss Vision, Essilor et Seiko Optical.
- **-15 à -20%*** sur les **prothèses dentaires** et **l'orthodontie**.
- **Environ -35%*** sur l'intégralité des gammes d'**appareils auditifs**.
- **-15%*** sur les consultations de 380 **diététiciennes** et 360 **ostéopathes** et **chiropracteurs**.
- **-5%** de remise sur le **coaching sportif** (cours individuel ou semi-collectif, à domicile, en extérieur ou en salle de sport).

** Par rapport au prix moyen du marché. Comparaison entre les tarifs négociés chez les professionnels de santé partenaires Santéclair et les tarifs pratiqués par les professionnels de la santé non partenaires Santéclair en 2017-2018.*

LES SERVICES SANTECLAIR :

- Analyse de devis
- Géolocalisation des partenaires
- Téléconsultation (5x / pers. / an)
- Calcul du reste à charge
- Prise de RDV en ligne
- Coaching nutrition
- Conseil en automédication
- Service de deuxième avis médical
- Coaching sommeil

AFI assurances

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance
Compagnie d'assurances : MILTIS - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité.
Co-concepteur : AFI assurances – Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n° 07 027 969 et régi par le Code des assurances
Garantie : LIBERTEO 100% SANTÉ

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 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 « Liberteo 100% Santé » est une assurance complémentaire santé destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas de maladie, de maternité ou d'accident et intervient en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit d'assurance respecte les conditions légales pour être qualifié de contrat responsable, y compris à compter du 01/01/2020.

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 de base, prévues sur l'ensemble des niveaux, sont les suivantes :

- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Frais de séjour, honoraires, forfait journalier hospitalier, transport (hors cures thermales).
- ✓ **Soins courants :** Consultations médicales, actes d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie ; radiologue, imagerie, échographie, actes techniques médicaux ATM, laboratoires ; hospitalisation à domicile ; analyses, auxiliaires médicaux.
- ✓ **Pharmacie :** Médicaments et homéopathie pris en charge par le régime obligatoire.
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture et verres). Équipement optique, lentilles prises en charge par le régime obligatoire, 100% Santé optique (au 01/01/2020).
- ✓ **Dentaire :** Soins dentaires, prothèses dentaires, inlays-core, orthodontie et implantologie (remboursés par la Sécurité Sociale).
- ✓ **Appareillage et prothèses médicales :** Prothèses et appareillage (autres que dentaires et audio).
- ✓ **Aides auditives :** Prothèses auditives, 100% Santé Prothèses auditives (au 01/01/2021).
- ✓ **Prévention et bien-être** : Cure thermale prise en charge par le régime obligatoire (honoraires, frais d'établissement, transport et hébergement), prise en charge de tous les actes de prévention prévus dans le contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006).

Les garanties complémentaires, prévues uniquement sur les niveaux 2 à 8, sont les suivantes :

- **Hospitalisation et maternité** : chambre particulière, lit d'accompagnement, confort hospitalier (tel, internet, télévision).
- **Pharmacie** : médicaments non pris en charge par le régime obligatoire (y compris vaccins et contraceptifs).

Qu'est-ce qui est assuré (suite) ?

Les garanties complémentaires, prévues sur les niveaux 2 et 8, sont les suivantes (suite) :

- **Dentaire :** Implants ou orthodontie adulte non pris en charge par le régime obligatoire.
- **Optique :** Forfait annuel pour lentilles prescrites non prises en charge par le régime obligatoire ; chirurgie réfractive de l'œil (par an et œil).
- **Appareillage et prothèses médicales :** Complément pour petit appareillage.
- **Prévention et bien-être :** Médecine naturelle.

La garantie optionnelle, prévue sur les niveaux 2 à 8 uniquement, est la suivante :

- **Option éco :** réduction de cotisation contre une non-prise en charge d'un bloc indissociable de garanties souscrites (chambre particulière et médicaments prescrits non prise en charge par le régime obligatoire).

Les services prévus sur l'ensemble des niveaux sont les suivants :

- ✓ **Assistance accompagnement,**
- ✓ **Tiers payant,**
- ✓ **Télémédecine,**
- ✓ **Réseaux de soins,**
- ✓ **Décompte en ligne.**

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
  - Dans les établissements et services sociaux.
  - Dans les établissements médico-sociaux et médicopédagogiques.
  - Dans les établissements ou unités de longs séjours.
  - Dans les établissements ou unités pour personnes âgées.
- ✗ La chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base.
- ✗ Les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

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

Les principales restrictions du contrat responsable sont les suivantes :

! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boites 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.

Les principales restrictions sont les suivantes :

! **Hospitalisation et maternité** :
- Prise en charge limitée au ticket modérateur et au forfait hospitalier dans les 30 jours suivants la date d'effet de l'adhésion, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- Forfait journalier hospitalier : exclusion en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- Chambre particulière : limitée à 90 jours par an (hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique) ou 30 jours (séjours en soins de suite consécutifs à une hospitalisation) et exclue en gérontologie, unités de soins longue durée et établissement pour personnes âgées, en établissement médicosociaux, établissement ne relevant des soins de suite et réadaptation, les séjours en milieu spécialisé, en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
- Lit d'accompagnement et confort hospitalier : prise en charge limitée à 15 jours par an.

! **Optique** : monture prise en charge à hauteur de 150€ et un équipement tous les deux ans (réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue), puis 100€ à compter du 01/01/2020 (hors classe A).

! **Dentaire** : plafonds de remboursement (hors soins) pour les niveaux 2 à 8.

! **Prévention et bien-être** : limité à 40€ par consultation de médecine naturelle.

! **100% Santé** : prise en charge différée, à compter de 2020 (optique et dentaire) et 2021 (prothèses auditives).

! **Séjours à l'étranger** : prise en charge de soins à l'étranger à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française lors de séjours n'excédant pas trois mois par an.

Où suis-je couvert ?

✓ Pour les frais engagés en France métropolitaine (pour les résidents à titre principal en France métropolitaine et Corse).

✓ Dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas une durée totale de trois mois par an (en un ou plusieurs séjours). Les soins effectués à l'étranger ne seront remboursés qu'à condition d'être pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité du contrat l'assurance ou de non-garantie, l'assuré doit :

- **À la souscription du contrat**
  - Compléter, dater et signer le bulletin d'adhésion indiquant la formule de garantie choisie et les éventuels ayants-droit à garantir ;
  - Etre affilié à l'un des régimes de base de la sécurité sociale française ;
  - Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cours de contrat**
  - Signaler tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations, par écrit, dans les 15 jours qui suit la connaissance que l'assuré a de l'un des évènements suivants : changement d'état civil ou perte de qualité d'ayant-droit, changement d'affiliation au régime obligatoire, changement de domicile ou départ de France pour plus d'un an, changement ou cessation de profession, changement du département de résidence, changement de compte bancaire débité, existence ou cessation de garanties similaires auprès d'un autre assureur.
  - Régler la cotisation annuelle (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.
- **En cas de sinistre :** fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.

Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date prévue par le contrat. Un paiement fractionné peut être accordé au choix de l'assuré (semestriel, trimestriel ou mensuel).
Le paiement peut être effectué par chèque (paiement annuel uniquement) ou prélèvement bancaire.

Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'adhésion est fixée au plus tôt le jour de la réception du dossier complet au siège d'AFI Assurances (gestionnaire du contrat).
L'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours selon les modalités de la vente à distance ou du démarchage à domicile.
Le contrat est conclu pour l'année d'adhésion en cours et se renouvelle par tacite reconduction d'année en année à sa date d'échéance principale du mois sauf résiliation par l'un des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.

Comment puis-je résilier le contrat ?

Il est possible de résilier le contrat en adressant une lettre recommandée au siège de AFI Assurances, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY Cedex.
- A la date d'échéance principale du contrat, fixée à la date d'effet du contrat, au moins deux mois avant cette date.
- En cas de révision des cotisations, dans un délai de 30 jours à compter de la communication de cette information à l'assuré.

AFI assurances
Société à responsabilité limitée au capital de 10 000 € - Intermédiaire en assurance immatriculé en France auprès de l'ORIAS sous le n°07 027 969 www.orias.fr - RCS Evry 404 414 583 - Siège social : 12, rue du Bois Guillaume – 91055 EVRY CEDEX
Miltis
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et inscrite au répertoire SIREN sous le n° 417 934 817 -
Siège social : 25, cours Albert Thomas – 69003 LYON