ASSURANCE FRAIS DE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Concepteur du contrat : **APS Prévoyance**
Assureur : KLESIA Mut'

Produit **: APS Rhapsody**

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales et Notice d'information. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans la Notice d'information et les tableaux des garanties.

DE QUEL TYPE D'ASSURANCE S'AGIT-IL ?

Le contrat APS RHAPSODY a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale.
Ce contrat respecte les exigences relatives aux contrats dits « responsables ».

QU'EST-CE QUI EST ASSURÉ ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds et peuvent varier en fonction du niveau de garanties choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ :

- ✓ **SOINS COURANTS :**
  Consultations et visites ; Auxiliaires médicaux ; Mon soutien psy ; Analyses et examens de laboratoire ; Actes techniques médicaux ; Actes d'imagerie ; Médicaments remboursés par la Sécurité sociale ; Matériel médical inscrit à la Liste des Produits et Prestations.
- ✓ **HOSPITALISATION :**
  Honoraires ; Forfait journalier hospitalier ; Frais de séjour ; Forfait actes lourds.
- ✓ **DENTAIRE :**
  Soins et prothèses 100 % santé ; Soins dentaires ; Actes prothétiques remboursées par la Sécurité sociale ; Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **OPTIQUE :**
  Équipement 100 % santé ; Équipement prix libres ; Prestation d'adaptation ; Lentilles remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **AIDE AUDITIVE :**
  Équipement 100 % santé ; Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE :**
  Actes de prévention.
- ✓ **DIVERS :**
  Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

SELON LA GARANTIE CHOISIE :
Complément capillaire et canne blanche non remboursés par la Sécurité sociale ; Ostéopathie, acupuncture, pédicurie et podologie non remboursées par la Sécurité sociale ; Confort hospitalier hors ambulatoire ; Chambre particulière, Chambre accompagnant ; Parodontologie et implantologie non remboursées par la Sécurité sociale ; Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale ; Chirurgie réfractive ; Forfait médicaments, homéopathie, vaccins prescrits, sevrage tabagique et contraception non remboursés par la Sécurité sociale, Expertise médicale non remboursée par la Sécurité sociale.

GARANTIE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S) :
- ✓ Garantie Plus APS *(Cf fiche IPID « Garantie + »)*

SERVICES INCLUS
- ✓ APS Assistance (Europ Assistance)
- ✓ Fonds de solidarité APS
- ✓ Réseau de soins Carte blanche
- ✓ Tiers payant

QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

Le contrat APS RHAPSODY ne rembourse pas :

- ✗ Les soins non prévus au tableau de garanties.

Y A-T-IL DES RESTRICTIONS DE GARANTIES ?

EXCLUSIONS « CONTRATS RESPONSABLES » :

- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale.
- ! Franchise de 1€ sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise de 4€ sur les transports sanitaires.
- ! Majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant).

AUTRES EXCLUSIONS CONTRACTUELLES :

Sous réserve du niveau de garanties choisi, les frais qui ne sont pas pris en charge par la Mutuelle sont les suivants :

- ! Les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature de la part du régime de base de l'assurance maladie ou maternité, sauf mention particulière dans le tableau des garanties ;
- ! Les frais ne figurant pas à la nomenclature des actes professionnels Sécurité sociale (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), sauf mention particulière dans le tableau des garanties ;
- ! Les séjours de repos à la campagne, à la mer ou à la montagne ;
- ! Les frais engagés pour un séjour dans un des établissements suivants : établissements, services et maisons de plein-air, de retraite, établissements et services de gériatrie (pour les longs séjours), les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes, les établissements sanitaires spécialisés pour les post cures psychiatriques ainsi que les instituts médicaux psychologiques;
- ! La prise en charge de frais liés aux appartements thérapeutiques, maisons d'accueil spécialisées ou familles d'accueil ;
- ! La prise en charge des chambres particulières en hospitalisation psychiatrique ;
- ! Les traitements ayant un but esthétique ou de rajeunissement, sauf ceux consécutifs à un accident et pris en charge par la Sécurité sociale.

DANS QUEL PAYS SUIS-JE COUVERT ?

La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.

QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

- LORS DE L'ADHÉSION

Lors de l'adhésion au contrat, l'adhérent doit adresser à la Mutuelle :
• les pièces nécessaires au paiement des cotisations et au remboursement des prestations (RIB, mandat de prélèvement SEPA),
• une copie de son attestation Vitale et de celle(s) de chaque personne bénéficiaire,
• une copie de sa pièce d'identité.

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent également être fournis :
• pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS,
• pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun,
• pour les enfants à charge, selon la situation : un certificat de scolarité, une copie du contrat de travail ou d'apprentissage, une copie de la carte d'invalide civil ou de la carte mobilité inclusion, un justificatif d'inscription à Pôle Emploi,
• pour les ascendants et collatéraux : un justificatif de la situation de dépendance ou de handicap.

- EN COURS D'ADHÉSION

L'adhérent doit informer la Mutuelle de tout changement de nom, de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale.

QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

Les cotisations sont payées :
- entre le 10 et le 15 (selon les jours ouvrables) de chaque mois pour un paiement mensuel,
- entre le 10 et le 15 (selon les jours ouvrables) du premier mois du trimestre ou du semestre pour un paiement trimestriel ou semestriel

Le paiement doit être effectué dans les trente jours suivant cette date.
Le paiement s'effectue par chèque bancaire, virement bancaire ou prélèvement sur votre compte bancaire.

A QUEL MOMENT LE CONTRAT COMMENCE-T-IL ET À QUEL MOMENT PREND-IL FIN ?

La date d'effet de l'adhésion figure sur le certificat d'adhésion.
L'adhésion est conclue pour une période allant jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet et se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

L'adhérent peut résilier son adhésion par l'un des moyens suivants :
• Lettre ou tout autre support durable
• Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle
• Acte extrajudiciaire
• Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :
• **À l'échéance du contrat**, au moins 2 mois avant l'échéance ;

• **Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**, à tout moment. La résiliation sera effective un mois après réception par la Mutuelle de la notification ;

• **Si l'adhérent produit une attestation de son employeur précisant son obligation d'adhérer au régime collectif obligatoire de l'entreprise**, à tout moment. La résiliation prendra effet à la date d'adhésion au régime collectif d'entreprise, sous réserve d'en avoir informé la Mutuelle dans les 30 jours qui suivent le changement de régime. A défaut, la résiliation prendra effet au 1er jour du mois de réception de la notification.

• **En cas de modification de cotisations et/ou de prestations**, dans le délai d'un mois suivant la notification des modifications. La résiliation prendra alors effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.

Association Souscriptrice du contrat : Association de Prévoyance Sociale - Association sans but lucratif, régie par la loi du 01-07-1901, enregistrée en Préfecture de Vaucluse sous le N° : 206470 le 18 mai 1987, puis en sous-préfecture d'Arles sous le n° : W132001968 le 30 août 2006 - Accueil et Siège Social : 10 parc des Baumes, 13160 CHATEAURENARD. Assureur du contrat (pour la complémentaire santé) : KLESIA Mut' - Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro 529 168 007, ayant son siège social sis 4, rue Georges Picquart, 75017 Paris. Courtier Délégataire : APS Prévoyance - Entreprise Solidaire d'Utilité Sociale (ESUS) - Intermédiaire en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le N°: 12066301, vérifiable sur : www.orias.fr et soumis au contrôle de l'ACPR, située : 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09. Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière, conformes au code des Assurances. Société par actions simplifiée à capital variable – RCS Tarascon N°: 538503079 - Activité exonérée de TVA, en vertu de l'article 261- 2C du C.G.I - Adresse Postale : BP 285, 84011 AVIGNON Cedex 1 – Accueil et Siège Social : 10 Bureau Parc des Baumes, 13160 CHATEAURENARD. Vous pouvez, sur demande, obtenir, par courrier ou courriel, le nom des Sociétés d'Assurances, Mutuelles, Institution de Prévoyance avec lesquelles APS Prévoyance travaille (art. L 520-1-II-b du code des Assurances). Service réclamation joignable par courrier à : APS Prévoyance, Service réclamation, BP 285, 84011 Avignon Cedex 1, par email : reclamation@aps-prevoyance.fr ou en ligne dans la rubrique "réclamation" accessible depuis la page d'accueil du site www.aps-prevoyance.fr.

v1.1 - 10/2024 (2025)