

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information d'un produit d'assurance
AXA France VIE – SA au capital de 487 725 073,50€ - 310 499 959 RCS Paris
Produit : MAEVA SANTE



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.

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

Le contrat n°2 800810 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association M.A.E.V.A au profit de ses adhérents. Seules les personnes relevant d'un régime de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) de Polynésie Française peuvent adhérer au contrat. Le produit intervient principalement en complément de la CPS mais couvre également des garanties non prises en charge par la CPS.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction des garanties et limites de la formule retenue. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

Les actes ou dépassements d'honoraires qualifiés hors nomenclature par la CPS ne sont donc pas remboursés.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la nomenclature en vigueur ou dans la liste des prestations remboursables, et qui n'ont pas donné lieu à remboursement de la CPS, ouvrent droit à prestations, sous réserve qu'ils soient réalisés en France et lorsque la mention en est faite expressément faite au tableau des garanties.

Nous ne prenons pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la CPS, sauf mention contraire du tableau des garanties.

Excepté le cas visé ci-dessus, les dépassements d'honoraires ou frais excédant les bases de remboursement de la CPS sont pris en charge s'ils figurent sur le décompte de cette dernière et s'ils ont été prévus au tableau des garanties.

GARANTIE MALADIE AU CHOIX :

- ✓ FORMULE M
- ✓ FORMULE A
- ✓ FORMULE B
- ✓ FORMULE C

La formule retenue est mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Elle est confirmée par la lettre d'acceptation. La formule est identique pour tous les bénéficiaires.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les indemnités versées en complément de la CPS en cas d'arrêt de travail.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS :

- ! LES ACCIDENTS QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DU BENEFICIAIRE DU CONTRAT ET DE CEUX QUI RESULTENT DE MUTILATION VOLONTAIRE,
- ! LES ACCIDENTS ET MALADIES OCCASIONNES PAR UNE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, INSURRECTION, EMEUTE, COMLOT, MOUVEMENT POPULAIRE, RIXE, ACTES DE TERRORISME DANS LESQUELS LE BENEFICIAIRE A PRIS UNE PART ACTIVE, ETANT PRECISE QUE LES CAS DE LEGITIME DEFENSE ET D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER SONT GARANTIS,
- ! LES FRAIS POUR LES TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES DE CARACTERE ESTHETIQUE NON-CONSECUTIFS A UN ACCIDENT,
- ! LES CONSEQUENCES D'UNE MATERNITE NON PATHOLOGIQUE, IL EST TOUTEFOIS PRECISE QU'AU CAS OU L'ACCOUCHEMENT DONNERAIT LIEU A UN ACTE CHIRURGICAL COUVERT PAR LE PRESENT CONTRAT, LES FRAIS DE SEJOUR SERAIENT PRIS EN CHARGE A COMPTER DU 6^{ème} JOUR,
- ! LES ACCIDENTS OU MALADIES DUS A LA TRANSMUTATION DU NOYAU DE L'ATOME,
- ! LES FRAIS ANTERIEURS DE DEUX ANS A LA DATE DE LEUR PRESENTATION,
- ! LES FRAIS DONT LA DATE EFFECTIVE DES SOINS EST ANTERIEURE A LA DATE D'ENTREE EN VIGUEUR OU POSTERIEURE A CELLE DE CESSATION DES GARANTIES.

PRINCIPALES RESTRICTIONS :

- ! SOUS PEINE DE DECHEANCE, et sauf cas de force majeur, nous faire parvenir les demandes de prestations, dans les SIX MOIS suivant la date de remboursement de la CPS.
- ! les frais d'obsèques cessent au 31/12 de l'exercice au cours duquel l'adhérent a atteint son 65^e anniversaire.
- ! les frais engagés pendant les périodes d'attente :
 - **SANS DELAI** pour les formules M et A,
 - **SANS DELAI** pour les personnes ayant bénéficié jusqu'à la veille de leur adhésion d'un contrat comportant des garanties d'un montant au moins égal à celle qu'ils désirent souscrire,
 - **SANS DELAI** en cas d'accident,
 - **DIX MOIS** pour tous les frais ayant une relation avec l'état de grossesse,
 - **SIX MOIS** pour les soins et prothèses dentaires, l'orthopédie et les autres prothèses, l'optique et les cures thermales,
 - **TROIS MOIS** pour les autres frais.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Vous êtes couverts pour les frais exposés sur le Territoire de la Polynésie Française ou en France métropolitaine dans la mesure où la CPS intervient en complément de ces derniers : Dans ce cas la base de remboursement retenue est celle de la CPS.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, nous intervenons en complément et sur la base des tarifs du régime d'assurance maladie obligatoire en Polynésie Française, et si la CPS a procédé à un remboursement de ces frais.



Quelles sont mes obligations ?

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

A la souscription du contrat

- Etre âgé de moins de 65 ans à l'adhésion,
- Etre affilié, ainsi que vos ayants droit à l'un des régimes de la CPS,
- Remplir une demande d'adhésion fournie par l'assureur ou son mandataire,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Payer votre cotisation.

En cours de contrat

- Déclarer tout changement concernant les informations nécessaires à la bonne gestion du contrat (coordonnées, numéro de DN, RIB).
- Déclarer les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence de modifier le risque (changement de situation au regard des régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité, changement de profession). Dans ces cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ces changements peuvent dans certains cas entraîner la modification du contrat et de sa cotisation.
- Transmettre les factures justificatives et autres documents nécessaires selon les modalités prévues dans la notice d'informations
- Payer vos cotisations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont dues à compter du jour de la prise d'effet des assurances. Vos cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique en fractionnement mensuel. Elles sont également payables par chèque en fractionnement trimestriel, semestriel ou annuel.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

L'assurance prend effet au premier jour du mois en cours si l'assureur reçoit la demande d'adhésion avant le 15 du mois. Dans le cas contraire, la prise d'effet est fixée au 1er jour du mois suivant.

L'assurance prend fin pour chaque adhérent :

- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel il ne fait plus partie du groupe assuré,
- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel intervient la demande de résiliation de l'adhésion sous réserve que l'adhérent l'ait notifiée à l'assureur, ou à son mandataire, par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion dès qu'il adhère à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel l'assureur, ou son mandataire, en aura eu connaissance,
- au 31/12 de l'exercice d'assurance au cours duquel il a atteint son 65ème anniversaire de naissance pour les frais d'obsèques
- en cas de cessation de paiement des cotisations, selon les modalités prévues à l'article L 113-3 du Code des Assurances,
- en cas de résiliation du contrat,
- La cessation des garanties pour l'adhérent entraîne celle des membres de sa famille.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre contrat :

- Au 31/12 de l'exercice d'assurance en nous adressant une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre, le cachet de la poste faisant foi,
- En cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur,
- En cas de hausse de tarif supérieure à l'indice contractuel et à l'initiative de l'assureur sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire.

TABLEAU DES GARANTIES

Les remboursements ci-dessous sont en complément de ceux de la Caisse de Prévoyance Sociale et de tout autre organisme, dans la limite des frais réels engagés, et dans le respect du parcours de soins. Nous remboursons aussi certaines prestations non prises en charge par la Caisse de Prévoyance Sociale. Ces cas particuliers sont spécifiés ci-dessous. Ils s'appliquent aux actes dispensés par des praticiens conventionnés ou non, sauf cas particuliers mentionnés dans le tableau de garanties

CATEGORIE DE FRAIS	TM	100	150	200
Prévention				
Vaccins pris en charge par la CPS	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR
Vaccins non pris en charge par la CPS	11 933 F	15 000 F	15 000 F	15 000 F
Consultation diététicien (enfant <12 ans)	3 580 F	3 580 F	3 580 F	3 580 F
Dépistage de l'Hépatite B	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Détartrage annuel complet sus et sous gingival (2 séances maxi)	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR	200 % BR
Test de dépistage du cancer du col de l'utérus (Test HPV) non pris en charge par la CPS, sur la base de, dans la limite d'une prise en charge tous les 3 ans	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR
Examen de dépistage de l'ostéoporose entre 45 et 59 ans	8 950 F	8 950 F	8 950 F	8 950 F
Lecteur de glycémie non pris en charge par la CPS	50 % FR	50 % FR	50 % FR	50 % FR
Médicaments et produits à base de nicotine, non pris en charge par la CPS, prescrits par un médecin dans un but de sevrage tabagique par an et par bénéficiaire	3 580 F	3 580 F	5 966 F	5 966 F
Hospitalisation				
Frais de séjour				
dans un établissement public ou privé conventionné				
- l'hospitalisation médicale	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR
- l'hospitalisation chirurgicale	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR
- l'hospitalisation obstétricale	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR	100 % FR - MR
Frais de séjour				
dans un établissement public ou privé non conventionné				
- l'hospitalisation médicale	90 % FR - MR	90 % FR - MR	90 % FR - MR	90 % FR - MR
- l'hospitalisation chirurgicale	90 % FR - MR	90 % FR - MR	90 % FR - MR	90 % FR - MR
- l'hospitalisation obstétricale	90 % FR - MR	90 % FR - MR	90 % FR - MR	90 % FR - MR
Forfait journalier	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Honoraires				
- médicaux, chirurgicaux	100 % BR	125 % BR	150 % BR	250 % BR
Chambre particulière (par jour) y compris en maternité *	12 000 F	12 000 F	13 000 F	15 000 F
Chambre particulière ambulatoire (par jour)			5 000 F	7 500 F
Lit d'accompagnant d'un enfant <16 ans (par jour)				
maxi 21 jours par an et par bénéficiaire	3 500 F	5 000 F	5 000 F	6 600 F
* Les frais de chambre particulière sont limités à 60 jours par an et par bénéficiaire pour maladie nerveuse ou mentale.				
Soins courants				
Honoraires médicaux				
Consultation d'un médecin généraliste	100 % BR - MR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultation d'un médecin spécialiste	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Visite d'un médecin généraliste	100 % BR - MR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Visite d'un médecin spécialiste	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie	100 % BR - MR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Imagerie médicale				
Actes d'imagerie, échographies et dopplers	100 % BR - MR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR - MR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux				
pour les actes pris en charge par la CPS	100 % BR - MR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Médicaments				
Médicaments pris en charge par la CPS	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR
Médicaments prescrits et non pris en charge par la CPS, y compris traitements homéopathiques dans la limite de			5 966 F	9 546 F
Matériel Médical				
Appareillages, prothèses, produits et prestations diverses, pris en charge par la CPS.	100 % BR - MR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Optique				
Verres et monture pris en charge par la CPS				
Verres par paire (pour un verre la garantie est réduite de moitié)				35 500 F
Monture de lunettes	25 000 F	40 000 F	50 000 F	25 000 F
Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de deux verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période d'un an suivant la date de délivrance de l'équipement précédent				
Autres postes optique				
Lentilles de contact correctrices prises en charge ou non par la CPS. (par an et par bénéficiaire)	7 500 F	7 500 F	7 500 F	30 000 F
L'opération de la myopie (hypermétropie) laser (par œil) par bénéficiaire et par an	30 000 F	35 000 F	55 000 F	70 000 F
Les implants intraoculaires multifocaux pour cataracte. Pour un implant, la garantie est réduite de moitié	30 000 F	35 000 F	55 000 F	70 000 F
Dentaire				
Soins				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie et parodontologie, pris en charge par la CPS	100 % BR - MR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Prothèses				
Prothèses fixes et appareils amovibles (y compris appareils transitoires et réparations), pris en charge ou non par la CPS, y compris inlays et onlays	150 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
par an et par bénéficiaire dans la limite de	75 000 F	125 000 F	180 000 F	245 000 F
Orthodontie				
Orthopédie dento-faciale prise en charge par la CPS	150 % BR	150 % BR	200 % BR	250 % BR
Orthopédie dento-faciale non prise en charge par la CPS, par semestre, dans limite de 4 semestres consécutifs par bénéficiaire. Seuls les traitements commencés après 16 ans et avant 30 ans sont pris en charge			150 % BR reconstituée	200 % BR reconstituée
Parodontologie non prise en charge par la CPS				
Remboursement dans la limite annuelle par bénéficiaire pour les 3 actes suivants : curetage/surfaçage, greffe gingival				20 000 F
Implantologie dentaire				
Pose de l'implant (Phase opératoire)				59 660 F
Faux moignon implantaire				29 900 F
dans la limite de,				3
Médecines non conventionnelles				
Actes thérapeutiques pour les actes cités ci-contre,	4 200 F	4 200 F	5 400 F	5 400 F
Acupuncteur, Chiropracteur, Etiopathe, Micro-kinésithérapeute, Ostéopathe, Tabacologue, Psychologue, Psychomotricien, Hypnothérapeute				
dans la limite, par année civile et par bénéficiaire, de :	3	3	4	4
Les médecines non conventionnelles ne sont pas prises en charge par la CPS. Pour bénéficier de la prestation, l'original de la facture acquittée, avec le numéro d'enregistrement du praticien auprès de la CPS ou à défaut auprès du syndicat professionnel reconnu sera demandé.				
Aides auditives				
Par oreille	100 % BR	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente.				
Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.				
Autres Postes				
Frais de Transport	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR	100 % BR - MR
Forfait Maternité	11 933 F	11 933 F	11 933 F	11 933 F
Obsèques : Forfait dans la limite des frais engagés	70 000 F	70 000 F	70 000 F	70 000 F

DEFINITIONS :

FR : Frais Réels : Dépenses engagées par l'adhérent
 TM : Ticket Modérateur = base de remboursement (BR) – montant remboursé par la CPS (MR)

BR : Base de Remboursement de la CPS
 MR : Montant Remboursé par la CPS