

Association Nationale de Prévoyance Familiale

Association déclarée, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, sous le n°W872002868

B.P. 10072

24202 SARLAT CÉDEX

Tél. 05 53 28 1000

www.prevoyance-anpf.com

anpf24@orange.fr

*Régime
maladie
chirurgie
maternité*



Introduction au régime maladie – chirurgie – maternité de Prévoyance Anpf

Adhésion

Entrée en vigueur des garanties

Les garanties entrent en vigueur à la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion remis à chaque participant, avec un certificat d'affiliation au Régime Maladie - Chirurgie.

Pour tout nouvel affilié qui ne peut justifier de son appartenance à un Régime de Complémentaire santé dans les 2 mois qui précèdent, il existe une période transitoire :

1 mois pour l'hospitalisation.

6 mois pour les garanties « Art dentaire », « Optique », « Cures Thermales » et « Obsèques ».

9 mois pour la garantie « Maternité ».

Toutefois pour ces garanties le ticket modérateur est réglé dès le premier jour de l'affiliation.

La garantie obsèques n'est acquise qu'après un délai de carence de 6 mois.

L'affiliation et les garanties des ayants droit prennent effet :

- à la même date que pour l'adhérent,

- à la date de la modification de situation de famille de l'adhérent, sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de la mutuelle dans un délai de deux mois suivant la date de la modification.

- à la date de radiation d'un contrat de même nature couvrant les ayants droit.

En dehors des cas précités, le salarié devra attendre le 1^{er} janvier de l'exercice

suivant pour que ses ayants droit puissent bénéficier du contrat.

La formule choisie par l'adhérent vaut tant pour l'adhérent que pour ses ayants droit.

Le droit à prestations est ouvert aux soins prescrits à compter de la date d'effet mentionnée au bulletin d'adhésion.

Modalités de règlement

Le futur adhérent adressera à l'A.N.P.F. un chèque libellé à l'ordre de Prévoyance A.N.P.F.

Droit d'entrée

Le participant, en donnant son adhésion au Régime, doit acquitter un droit d'entrée fixé à 8 Euros. Ce droit, dû uniquement au moment de l'adhésion, restera acquis à Prévoyance ANPF et ne pourra être restitué en cas de dénonciation de l'adhésion.

Durée et dénonciation de l'adhésion

L'adhésion est souscrite pour une durée expirant le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque 1^{er} janvier. Elle ne peut prendre fin, en cas de dénonciation du participant, qu'à l'expiration d'une année civile avec un préavis de deux mois ou conformément aux nouvelles dispositions réglementaires.

Cotisations

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion. Le premier règlement sera effectué au moment de l'adhésion, et couvrira le semestre civil à échoir ou la partie de semestre si la date d'effet se situe en cours de semestre civil.

Les cotisations sont calculées par tranche d'âge et par personne, elles sont exprimées en Euros et suivent l'évolution de l'indice de consommation médicale.

L'appel des cotisations sera ensuite effectué par semestre civil, et d'avance au moyen d'un bordereau de cotisation adressé par l'A.N.P.F. Le règlement devra être effectué par le participant dans les 30 jours suivant la réception de ce bordereau s'il règle ses cotisations par semestre et par chèque. Il est aussi possible à l'adhérent de demander le règlement des cotisations par prélèvements mensuels.

Prestations

Règlement des prestations

Le règlement des prestations est effectué par l'A.P.G.I.S. en application d'un accord passé avec l'A.N.P.F.

Toutes vos demandes concernant les remboursements sont à adresser à :

A.P.G.I.S.
12, Rue Massue
94684 VINCENNES Cedex

Pour les Régimes qui prévoient ces garanties, et en ce qui concerne l'optique, l'art dentaire, les cures thermales, la chambre particulière et tous les soins et actes médicaux avec dépassement d'honoraires, adresser directement à l'A.P.G.I.S. les justificatifs de dépenses réelles.

Fournir également :

- un bulletin de naissance pour la garantie « Maternité » ;
- un bulletin de décès pour la garantie « Obsèques » ainsi qu'une fiche d'Etat civil du bénéficiaire ;

Hospitalisation :

Les demandes de prises en charge doivent être adressées à l'A.P.G.I.S.

Sur présentation de la facture détaillée l'A.P.G.I.S. procédera, directement à l'Établissement de soins, au règlement des prestations correspondantes en fonction du Régime auquel le Participant aura adhéré.

Le remboursement intervient à l'occasion de toutes dépenses médicales sous la seule condition qu'elles fassent l'objet d'un règlement de la part de la Sécurité Sociale.

Les affiliations sont effectuées par personne :

- de moins de 40 ans ;
- de 40 à 65 ans ;
- de plus de 65 ans ;
- et par enfant à charge (gratuité au 3^e enfant).

Sont considérés à charge :

Tous les enfants mineurs jusqu'au 31 décembre de leur 18^e anniversaire.

Les enfants majeurs qui poursuivent des études jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 25^e anniversaire.

Les enfants handicapés sont couverts jusqu'à leur 20^e anniversaire.

Les enfants de l'adhérent inscrits sous leur propre numéro de Sécurité Sociale et se trouvant en contrat d'apprentissage, de qualification ou d'orientation sont couverts jusqu'à leur 20^e anniversaire (sous réserve qu'ils perçoivent une rémunération inférieure à 60 % du SMIC en vigueur).

Définition

Le présent Régime assure aux divers participants bénéficiaires du Régime Général de la Sécurité Sociale, ou aux travailleurs non salariés, le remboursement des frais laissés à leur charge dans la limite des garanties choisies.

NATURE DES ACTES Libellé de l'acte	Libellé des prestations		
	Régime Premier Déclit (moins de 30 ans)	Régime sérénité (moins de 65 ans)	Régime Confort (moins de 65 ans)
CONSULTATIONS – VISITES Conventionné, Non-conventionné Généraliste, Spécialiste, Professeur - Ayant adhéré au contrat d'accès aux soins - N'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins	100 % du Ticket Modérateur	- 140 % de la BR** y compris le remboursement de la sécurité sociale - 120 % de la BR** y compris le remboursement de la sécurité sociale	- 160 % de la BR** y compris le remboursement de la sécurité sociale - 140 % de la BR** y compris le remboursement de la sécurité sociale
OSTÉOPATHIE – CHIROPRATIQUE – ACUPUNCTURE – HOMÉOPATHIE		30€ par séance (maximum 5 séances) par an et par bénéficiaire dans la limite des frais réels.	30€ par séance (maximum 5 séances) par an et par bénéficiaire dans la limite des frais réels.
AUXILIAIRES MEDICAUX – ANALYSES ACTES DE SPECIALISTES (lettre-clé K) RADIOLOGIE – TRANSPORT Conventionné, non-conventionné	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur
APPAREILLAGES – PROTHÈSES AUTRES QUE PROTHÈSES DENTAIRES	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur
PHARMACIE	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur
SOINS DENTAIRES Conventionné, non-conventionné	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur
PROTHÈSES DENTAIRES ET ORTHODONTIE, Conventionné et non-conventionné acceptées par la sécurité sociale	100 % du Ticket Modérateur	Prothèse fixe : 100% des frais réels dans la limite de 170% de la BR** de la Sécurité Sociale y compris le remboursement de la Sécurité Sociale. Prothèse mobile : 100% des frais réels dans la limite de 200% de la BR** de la Sécurité Sociale y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.	100% des frais réels dans la limite de 250% de la BR** de la Sécurité Sociale y compris le remboursement de la Sécurité Sociale.
OPTIQUE (par an et par bénéficiaire) Monture et Verres (2)	100 % du Ticket Modérateur	350€ par équipement avec un maximum de 150€ pour la monture	350€ par équipement avec un maximum de 150€ pour la monture
Lentilles acceptées par la Sécurité Sociale	100 % du Ticket Modérateur	100% des frais réels dans la limite de 5% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par paire	100% des frais réels dans la limite de 5% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, par lentille.
Lentilles refusées (y compris jetables) par la Sécurité Sociale			100% des frais réels dans la limite de 5% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale, par an et par bénéficiaire.
HOSPITALISATION MÉDICALE ET CHIRURGICALE Conventionné, Non-conventionné	100 % du Ticket Modérateur		
Séjour médical et chirurgical, Honoraires médicaux et chirurgicaux		100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 2% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par jour (180 jours maximum)	100 % des frais réels dans la limite de 2% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par jour (180 jours maximum)	100 % des frais réels dans la limite de 2% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par jour (180 jours maximum)
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
Transport du malade avec ou sans hospitalisation	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur
MATERNITÉ – ADOPTION (2) Simple		Versement forfaitaire égal à 10% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale	Versement forfaitaire égal à 10% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale
Multiple		Versement forfaitaire égal à 20% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale	Versement forfaitaire égal à 20% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale
PREVENTION Dépistage de l'Ostéoporose Détartrage	100 % du Ticket Modérateur 100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur 100 % du Ticket Modérateur	100 % du Ticket Modérateur 100 % du Ticket Modérateur
CURES THERMALES ACCEPTÉES PAR LA SECURITE SOCIALE		100 % du Ticket Modérateur	100% du Ticket Modérateur + Versement forfaitaire égal à 1% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par jour (21 jours maximum) dans la limite de 100% des frais réels
FRAIS D'OBSÈQUES (garantie limitée à 65 ans)		Versement forfaitaire égal à 50% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale (sur facture)	Versement forfaitaire égal à 50% du plafond mensuel de la Sécurité Sociale (sur facture)

**BR : base de remboursement de la Sécurité Sociale

(1) : À l'exception du «hors nomenclature de la Sécurité Sociale».

(2) : Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

NATURE DES ACTES Libellé de l'acte	Libellé des prestations Régime Plus 3 (moins de 60 ans)	
	Base R+3	Options sur R+3 (3 modules au choix)
HOSPITALISATION		
Forfait hospitalier	100% des Frais Réels	
Chambre particulière (hors maternité)	2% du PMSS/jour maxi 180 jours/an	
Lit accompagnant	-	1% du PMSS/jour maxi 30 jours (a)
Honoraires conventionnés		
- Praticiens ayant adhéré au CAS	100% du Ticket Modérateur	- 170% de la BR** y compris le remboursement de la Sécurité Sociale (a)
- Praticiens n'ayant pas adhéré au CAS		- 150% de la BR** y compris le remboursement de la Sécurité Sociale (a)
Honoraires non conventionnés	100% du Ticket Modérateur	150% de la BR** de la Sécurité Sociale (a) (1)
Frais de séjour conventionné	100% du Ticket Modérateur	150% de la BR** de la Sécurité Sociale (a) (1)
Frais de séjour non conventionné	100% du Ticket Modérateur	150% de la BR** de la Sécurité Sociale (a) (1)
Transport en ambulance	100% du Ticket Modérateur	
FRAIS MEDICAUX		
Consultations / Visites Généraliste	100% du Ticket Modérateur	
Consultations / Visites Spécialiste	100% du Ticket Modérateur	
Consultations / Visites Professeur	100% du Ticket Modérateur	
Consultations / Visites ncs (4)	-	50% FR maxi 60 € / acte (a)
Auxiliaires Médicaux	100% du Ticket Modérateur	
Laboratoires	100% du Ticket Modérateur	
Radiologie	100% du Ticket Modérateur	
Acte petite chirurgie	100% du Ticket Modérateur	
Densitométrie osseuse	100% du Ticket Modérateur	
PHARMACIE		
Médicaments et autres	100% du Ticket Modérateur	
Médicaments non remboursés	-	50% FR sur médicaments homéopathiques (a)
Tiers payant	Oui	
Vaccins	-	
APPAREILLAGE – PROTHESES		
Auditives acceptées	200% de la BR** de la Sécurité Sociale (1)	+ 150% de la BR** de la Sécurité Sociale (2)
Auditives refusées	-	100€ par prothèse, par an et par bénéficiaire (2)
Autres acceptées	100% du Ticket Modérateur	+ 150% de la BR** de la Sécurité Sociale (2)
DENTAIRES		
Soins	100% du Ticket Modérateur	
Prothèses Dentaires (3)	200% de la BR** de la Sécurité Sociale (1)	+ 100% de la BR** de la Sécurité Sociale (b) (1)
Orthodontie acceptée	100% du Ticket Modérateur	
Orthodontie refusée	-	
Implants	-	
OPTIQUE (5)		
Monture et Verres	350€ par équipement avec un maximum de 150€ pour la monture	+60€ /verre simple, +90€ /verre complexe
Lentilles acceptées	3% du PMSS / lentille	+ 2,5% du PMSS / lentille (3 et c)
Lentilles refusées	5% du PMSS / lentille	+ 2,5% du PMSS / lentille (3 et c)
Lentilles refusées jetables	10% du PMSS / an / bénéficiaire	+ 5% du PMSS / an / bénéficiaire (3 et c)
Opération de la myopie et de l'hypermétropie	-	+10% du PMSS / œil / an / bénéficiaire (3 et c)
FORFAITS		
Maternité ou adoption (2)	10% du PMSS (20% si gémellaire)	
PREVENTION		
Dépistage de l'Ostéoporose	100 % du Ticket Modérateur	
Détartrage	100 % du Ticket Modérateur	
Cure acceptée	1% PMSS / jour maxi 21 jours (1)	
Obsèques (garantie limitée à 65 ans)	50% du PMSS (sur facture)	

Notes

**BR : base de remboursement de la Sécurité Sociale

1 : Dans la limite des frais réels, y compris les remboursements de la Sécurité Sociale

2 : Forfait.

3 : À l'exclusion de celles hors nomenclature de la sécurité sociale.

4 : Praticiens spécialisés en médecine douce tels que ostéopathes, radiesthésistes, homéopathes, acupuncteurs ou naturopathes, non conventionnés mais inscrit auprès d'une association professionnelle reconnue.

5 : Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

a : Module Hospitalisation & médecine douce
b : Module Prothèses dentaires et autres
c : Module Optique

Bulletin d'adhésion 1/2

à compléter et signer au verso

N° SS	<input type="text"/>	Réservée	<input type="text"/>
Je soussigné(e) : M, Mme, Melle	<input type="text"/>	Situation de famille	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Né(e) le	<input type="text"/>	à	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Département	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Profession	<input type="text"/>
Code Postal	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Régime obligatoire	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>

Déclare :

- Adhérer à l'A.N.P.F. en vue de bénéficier du Régime Maladie-Chirurgie-maternité conformément à l'option désignée ci-après et dont les garanties sont précisées sur le document annexé au présent bulletin.
- Avoir à verser, dès réception des bordereaux semestriels qui me seront adressés, les cotisations dues.

TELETRANSMISSION

Vous bénéficiez automatiquement du système N.O.E.M.I.E. qui permet à l'**aggis** de recevoir directement les informations en provenance de votre centre de sécurité sociale et relatives à vos remboursements.

Vous pouvez à tout moment renoncer à ce service par simple courrier adressé à l'**aggis**.

TIERS PAYANT PHARMACIE

Vous êtes bénéficiaire de ce service et vous recevrez votre carte Santé-Pharma dans les jours qui suivent votre affiliation.

DOCUMENTS A NOUS RETOURNER

- *Le bulletin d'adhésion rempli et signé.*
- *Votre règlement de la cotisation et du droit d'entrée (modalités de paiement au verso).*
- *Le montant SEPA signé ainsi qu'un RIB, RIP, ou RICE, si vous demandez le prélèvement de vos cotisations.*
- *Copie de l'attestation de droits à la Sécurité Sociale.*
- *Certificats de scolarité pour les enfants majeurs qui ont entre 18 et 25 ans.*
- *Copie pièce d'identité, CNI ou passeport.*

Le présent régime Maladie - Chirurgie - Maternité souscrit par l'ANPF fait l'objet d'une convention adhésion d'assurance collective à adhésion facultative auprès de FRANCE MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, RNM n°784 492 084.

Les prestations sont gérées par l'**aggis**, institution de prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité Sociale sous le n°930, régie par l'article N°931/1 du Code de la Sécurité Sociale.

Bulletin d'adhésion 2/2

PERSONNES SUPPLEMENTAIRES* A GARANTIR	Nom	Prénom	N° de Sécurité Sociale	Date de naissance
Conjoint			<input type="text"/>	<input type="text"/>
1 ^{er} enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 ^{ème} enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 ^{ème} enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 ^{ème} enfant			<input type="text"/>	<input type="text"/>

* REGIME PREMIER DECLIC Moins de 30 ans exclu

REGIME PREMIER DÉCLIC (moins de 30 ans)	REGIME SÉRÉNITÉ (moins de 30 ans)	REGIME SÉRÉNITÉ (jusqu'à 65 ans)	REGIME CONFORT (jusqu'à 65 ans)
INDIVIDUEL <input type="checkbox"/>	ADULTE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ENFANT (gratuité au 3ème) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REGIME PLUS 3 MODULES au choix (cocher la case correspondante). L'option choisie doit être la même pour toute la famille

	Base	+ Module Hospi	+ Module Optique	+ Module Prothèses
ADULTE de moins de 40 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADULTE de 40 à 60 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ENFANT (gratuité au 3ème)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je souhaite adhérer à partir du

Je souhaite bénéficier du prélèvement mensuel, je joins à ce bulletin un chèque de :€, à l'ordre de l'A.N.P.F. (représentant les 2 premiers mois de cotisation et 8€ de droit d'entrée), et je complète l'autorisation de prélèvement ci-dessous.

Je choisis la cotisation semestrielle, je joins à ce bulletin un chèque de :€, à l'ordre de l'A.N.P.F. (représentant le semestre civil à échoir, ou la partie de semestre si la date d'effet se situe en cours de semestre et 8 € de droit d'entrée).

Vous recevrez après validation : Un duplicata du présent bulletin, un Certificat d'Adhésion avec vos garanties et la Notice d'information du contrat collectif A.N.P.F. délivrée par GFM. En tant qu'adhérent de l'A.N.P.F., vous serez adressés les statuts et un extrait du règlement intérieur de l'association.

Fait à :

Le Signature

PARTIE RESERVEE A L'A.N.P.F. Date d'effet :

VISA

Définition des termes employés

- Frais réels** : Montant des frais médicaux réellement engagés (honoraires versés aux praticiens, factures...).
- Tarif de Convention** : Tarif fixé par convention signée par le praticien ou certains établissements (hôpitaux, cliniques) et la Sécurité Sociale, servant de base aux remboursements effectués par cet organisme.
- Tarif d'autorité** : En l'absence de convention, la Sécurité Sociale fixe d'autorité les tarifs servant de base aux remboursements qu'elle effectue.
- Tarif de responsabilité** : Tarif pratiqué par la Sécurité Sociale pour des actes ne dépendant ni du Tarif de Convention, ni du tarif d'autorité : orthopédie, prothèse non dentaire, optique...
- Ticket Modérateur** : C'est la différence entre le tarif retenu par la Sécurité Sociale et le remboursement effectué par cet organisme.
- Limite** : Montant du remboursement maximum effectué par l'assureur, ou par l'assureur et la Sécurité Sociale.
- PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

Ces produits s'inscrivent dans les dispositions de la loi 2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et qu'à ce titre, ils respectent des niveaux de garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable.