

Assurance Frais de Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

Produit géré par APRIL Santé Prévoyance (intermédiaire en assurances immatriculé à l'Orias N°07 002 609), co-conçu et assuré par AXERIA Prévoyance, entreprise d'assurance immatriculée en France sous le RCS N°350.261.129 et régie par le Code des assurances.

Nom du Produit : APRIL Tranquillité 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 ce produit 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 ?

Ce produit est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément ou non des remboursements de la Sécurité sociale française. Les garanties respectent les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles au dispositif fiscal Madelin.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation en secteur conventionné** : frais de séjour, forfait journalier, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : frais de séjour, forfait journalier.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, matériel médical, analyses et examens de laboratoires, médicaments remboursés par la Sécurité sociale, transport remboursé par la sécurité sociale, soins à l'étranger remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, Inlays-Onlays, soins et prothèses dentaires « 100% Santé », prothèses dentaires « Offre modérée » et « Offre Libre » remboursées par la Sécurité sociale et orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) dont équipement « 100% santé », lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé » et « Offre Libre ».

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière en secteur conventionné,
Frais d'accompagnant en secteur conventionné,
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (prothèses, implantologie et parodontologie),
Médecines naturelles

Renfort Senior : Forfait supplémentaire aides auditives, médicaments et vaccins prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale, cure thermale remboursée par la Sécurité sociale (soins et frais annexes).

Renfort Famille : Forfait supplémentaire orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale, chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser, médicaments et vaccins prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale, forfait de naissance ou d'adoption.

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant.
- ✓ Programmes d'avantages clients : Bonus fidélité.
- ✓ Espace assuré.

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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours.
- ✗ Les frais de santé non consécutifs à un accident ou une maladie ou une maternité tels que les soins esthétiques, les cures ou thalassothérapies.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises légales sur les boîtes de médicament, actes d'auxiliaires médicaux, transports sanitaires
- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Hospitalisation en secteur non conventionné** : prise en charge limitée et réduite à certains frais
- ! **Chambre particulière en secteur conventionné** : psychiatrie exclue et prise en charge limitée à 30 jours par an et par assuré pour les séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilée.
- ! **Frais d'accompagnant** : prise en charge exclue en cas de séjours en soins de suite réadaptation, de rééducation/assimilés et en psychiatrie.
- ! **Forfait optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Un renouvellement anticipé est possible dans les conditions prévues par le dispositif des contrats dits « Responsables et solidaires ». La prise en charge des montures est limitée.
- ! **Prothèses auditives** : forfait renouvelable tous les 4 ans



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger,
- ✓ Dans le cas où les dépenses médicales ont été effectuées à l'étranger, le remboursement se fait en euros en complément du remboursement de la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer des changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, par prélèvement automatique ou chèque. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion. Il est prévu un délai de renonciation de 14 jours qui court à compter de la date de conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale (le 31 décembre) sauf résiliation dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée à APRIL Santé Prévoyance dans les conditions prévues au contrat :

- au 31 décembre de chaque année et au moins deux mois avant cette date ;
- en cas de modification du contrat dans le délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'assureur ;
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, sans frais ni pénalité.

Coordonnées utiles pour résilier le contrat :

- Par courrier APRIL SANTE PREVOYANCE – 114 Boulevard Marius Vivier Merle – 69439 Lyon Cedex 03.
- Par courriel : relationclient@april.com

La résiliation peut également être demandée par tout autre moyen prévu par le Code des assurances.