

Assurance Frais de Santé – Surcomplémentaire

Document d'information sur le produit d'assurance



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

Produit : SANTE MODULAIRE RENFORT

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 qui est fournie dans d'autres documents. 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 des assurés en cas d'hospitalisation, de maladie ou de maternité. Il s'agit d'un produit d'assurance sur-complémentaire qui intervient en complément des remboursements du produit SANTE MODULAIRE SOCLE ou SANTE MODULAIRE EXTENSION souscrit auprès d'April Santé Prévoyance.

Ce produit permet une prise en charge des dépenses de santé supérieure aux plafonds imposés par le « contrat responsable ».



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

NIVEAU 1 :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires Médecins non DPTAM.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux des Médecins non DPTAM.

NIVEAUX 2 A 6 :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, chambre particulière, frais d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, pharmacie prescrite non remboursée, matériel médical et frais de transport, cure thermale remboursée par le Régime obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : Aides auditives de « l'Offre libre », accessoires, piles et autres consommables.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses remboursés par le Régime obligatoire (hors 100% santé), orthodontie. Inlays Onlays, frais dentaire non remboursés par le Régime obligatoire (implant dentaire, prothèse, orthodontie et parodontologie).
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres hors équipement 100% santé), lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Maternité** : forfait naissance/adoption, aide à la procréation non remboursée par le Régime obligatoire
- ✓ **Actes de prévention prescrits non remboursée par le Régime obligatoire** : sevrage tabagique, vaccins, traitements anti-paludéens, contraceptifs.
- ✓ **Médecine douce** : toutes les médecines pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADEL ou exerçant dans un établissement FINESS.
- ✓ **Soins à l'étranger** : dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par le Régime obligatoire français.

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers payant.
- ✓ Programme d'avantages clients : réductions exclusives auprès de nombreux partenaires.

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 non remboursées par le Régime obligatoire ou thalassothérapies.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les prothèses dentaires hors nomenclature.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Prothèses dentaires et orthodontie remboursés par le Régime obligatoire** : les montants cumulés de prise en charge au titre de ces garanties sont plafonnés.
- ! **Postes optique et dentaire** : délai d'attente applicable. Non prise en charge du 100% santé.



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 ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription ;
- 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. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la 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 :

- 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 souscription du contrat, sans frais ni pénalité.

La résiliation peut être demandée dans les conditions prévues au contrat (lettre simple, recommandée avec accusé de réception, lettre recommandée électronique) ou par tout autre moyen prévu au Code des assurances.

SMOR210921DIP