

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), 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 : SANTÉ BUREAUX D'ÉTUDES 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 complète les remboursements du contrat SANTE BUREAUX D'ETUDES SOCLE ou SANTE BUREAUX D'ETUDES EXTENSION.

Ce produit permet une prise en charge des dépenses de santé supérieures 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 SYTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, chambre particulière et frais d'accompagnant en secteur conventionné
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes techniques médicaux, imagerie médicale, matériel médical.
- ✓ **Aides auditives** : accessoires et aides auditives équipement offre libre (classe II) à compter du 01/01/2021.
- ✓ **Dentaire** : soins, Inlays-Onlays et prothèses remboursés par le régime obligatoire (**hors 100% Santé**), prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, Inlays core, orthodontie, parodontologie non remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres **hors équipement 100% Santé**), lentilles, chirurgie réfractive
- ✓ **Médecine douce**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Prévention sur prescription : vaccins non remboursés (y compris vaccins anti-grippe) par la Sécurité sociale, équilibre alimentaire et produits diététiques, sevrage tabagique, ostéodensitométrie

Maternité : forfait naissance et adoption, contraception féminine

Dentaire : implants dentaires

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 du régime obligatoire 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 ?

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 dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement
- ! **Frais de séjours en milieu psychiatrique** : limité à 30 jours
- ! **Chambre particulière et frais d'accompagnement** : prise en charge plafonnée et uniquement en secteur conventionné
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Lentilles et chirurgie réfractive : prise en charge plafonnée
- ! **Aides auditives** : à compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.
- ! **Prothèses dentaires** : prise en charge de 3 prothèses maximum par an (hors 100% santé).
- ! **Prévention** : sur prescription médicale et présentation de facture.
- ! **Postes optiques et dentaires** : un délai d'attente de 3 mois peut être applicable.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger (en cas de soins inopinés et d'intervention du régime obligatoire français).
- ✓ Dans le cas où les dépenses médicales ont été effectuées à l'étranger, le remboursement se fait en euros en complément du remboursement du régime obligatoire.



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 régime obligatoire.
- 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 dans les conditions prévues au contrat par lettre (simple ou recommandée) ou par courrier électronique (ou lettre recommandée électronique) ou par tout autre moyen prévu par le Code des assurances :

- au 31 décembre de chaque année et au moins deux mois avant cette date ;
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, sans frais ni pénalité ;
- 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.

BER200520DIP