

# Assurance Frais de Santé collective

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 : SANTE BUREAUX D'ETUDE SOCLE

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. 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, dans un cadre collectif et obligatoire, tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés en cas d'hospitalisation, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Il est réservé aux entreprises relevant de l'accord de branche des bureaux d'études techniques, cabinets d'ingénieurs-conseils, sociétés de conseil (IDCC n°1486). Ce produit respecte les conditions légales du 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 la charge de l'assuré.

### LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, chambre particulière et lit d'accompagnement en secteur conventionné
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, actes médicaux, imagerie médicale, analyses et examens de laboratoire, matériel médical, transport sanitaire remboursé par le régime obligatoire, médicaments (remboursés par régime obligatoire).
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives dont équipement « 100% santé » et offre libre à compter du 01/01/2021, accessoires et fournitures remboursés par le régime obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : soins, Inlays Onlays, soins et prothèses dentaires « 100% Santé », autres prothèses dentaires remboursées ou non remboursées par le régime obligatoire, orthodontie remboursée par le régime obligatoire, implantologie non remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) dont équipement « 100% Santé », lentilles prescrites, chirurgie réfractive, prestation d'adaptation de la correction.
- ✓ **Soins inopinés effectués à l'étranger** : soins remboursés par le régime obligatoire.
- ✓ **Médecine douce**
- ✓ **Actes de prévention des contrats responsables.**

### LES GARANTIES OPTIONNELLES

**Soins courants** : Pharmacie prescrite non remboursée par le régime obligatoire et cure thermale remboursée par le régime obligatoire.

**Prévention sur prescription** : vaccins non remboursés par le régime obligatoire dont vaccins anti grippe, équilibre alimentaire et produits diététiques, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique.

**Maternité** : forfait naissance et adoption, contraception féminine.

**Dentaire** : orthodontie non remboursée par le régime obligatoire et parodontologie.

### 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 (sauf prévues aux garanties) ou thalassothérapies.



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

### PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! 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.

### PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Prothèses dentaires remboursées le régime obligatoire** : prise en charge limitée à 3 prothèses par an (hors 100% santé).
- ! **Optique** : un équipement tous les 2 ans à compter de la dernière acquisition. Renouvellement anticipé dans les conditions prévues par le dispositif des contrats dits « Responsables et solidaires ». Lentilles : prise en charge plafonnée.
- ! **Aides auditives** : à compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.
- ! **Chambre particulière et lit d'accompagnement** : prise en charge uniquement en secteur conventionné.
- ! **Soins inopinés effectués à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Prévention** : sur prescription médicale et présentation de facture.



## 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 ?

### ▪ 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

- Procéder à l'affiliation de l'ensemble des salariés (présents ou futurs) appartenant à la catégorie de personnel définie lors de la souscription du contrat ainsi que leurs éventuels ayants-droit.
- Remettre aux salariés une notice détaillée sur les garanties du contrat et leurs modalités d'application.
- Informer l'assureur des changements de situation des salariés : changement d'adresse, modification de la composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.
- Porter à la connaissance de l'assureur toute sortie des effectifs et indiquer si les salariés concernés peuvent bénéficier de la portabilité des droits.
- Informer les salariés et anciens salariés de toutes modifications apportées au contrat initialement souscrit.

- **En cas de sinistre** : la demande de remboursement doit parvenir dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins par le régime obligatoire.



## Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables par l'entreprise trimestriellement à terme échu par virement bancaire ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France. Elles peuvent être réglées par prélèvement sous réserve que l'entreprise soit éligible à ce mode de règlement.



## Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur l'attestation d'adhésion. 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.

BES200520DIP