

Assurance frais de Santé

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 HABILLEMENT ET ARTICLES TEXTILES EXTENSION AYANTS DROITS

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 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 ayants droit des bénéficiaires du produit SANTE HABILLEMENT ET ARTICLES TEXTILES SOCLE.

Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, chambre particulière et frais d'accompagnement en secteur conventionné.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes de radiologie, techniques d'échographie, d'imagerie, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments et pharmacie remboursés par le régime obligatoire, matériel médical, transport remboursé par le régime obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives dont équipement « 100% santé » et offre libre à compter du 01/01/2021, accessoires et piles remboursés par le régime obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : soins, Inlays/Onlays remboursés par le régime obligatoire, soins et prothèses « 100% Santé », autres prothèses remboursées par le régime obligatoire, orthodontie remboursée par le régime obligatoire.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) dont équipement « 100% Santé », lentilles, prestation d'adaptation de la correction, verres avec filtres, autres suppléments.
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés par le régime obligatoire.
- ✓ **Maternité** : forfait naissance.
- ✓ **Médecine douce**
- ✓ **Prévention** : actes de prévention définis par le contrat responsable, ostéodensitométrie osseuse, vaccins non remboursés par le régime obligatoire, sevrage tabagique, moyens contraceptifs prescrits.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Dentaire : prothèses, orthodontie et inlay-cores non remboursés par le régime obligatoire, implantologie, parodontologie.
Cures thermales : remboursées par le régime obligatoire
Optique : chirurgie réfractive.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ 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

- ! **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.
- ! **Forfait naissance et adoption** : versé une seule fois par enfant.
- ! **Chambre particulière et frais d'accompagnement** : prise en charge plafonnée et en secteur conventionné uniquement.
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Consultation neuropsychiatrie, psychiatrie et assimilé hors parcours de soins** : prise en charge limitée.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Aides auditives** : à compter du 01/01/2021, renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.
- ! **Médecine douce** : prise en charge plafonnée et nombre de séance limité.



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

- 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 dans les conditions prévues au contrat par lettre (simple ou recommandée) ou par courrier électronique (ou lettre recommandée électronique) :

- 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.

CHFS190719DIP