

Assurance Frais de Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance (intermédiaire en assurances immatriculé à l'Orias N°07 002 609), assuré par Identités Mutuelle - Mutuelle immatriculée en France sous le numéro 379 655 541 et régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité

Nom du Produit : APRIL 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 d'assurance a pour objet le remboursement de 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 niveaux Essentiel, Équilibre, Medium, Confort, Intégral et Premium 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 hospitalier et frais de soins, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, participation forfaitaire et frais de soins.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (consultations généralistes et spécialistes, actes médicaux et imagerie médicale), analyses et examens de laboratoires, honoraires paramédicaux, forfait patient urgences et actes lourds, médicaments (remboursés par la Sécurité sociale), transport remboursé par la sécurité sociale, matériel médical (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage)
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, Inlays-Onlays, soins et prothèses dentaires « 100% Santé », prothèses dentaires et orthodontie remboursées par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% Santé », lentilles de contact acceptées par la Sécurité Sociale, chirurgie réfractive et lentilles refusées par la Sécurité sociale dès le niveau Equilibre.
- ✓ **Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale** dont équipement « 100% Santé » à partir du 01/01/2021.
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés par la Sécurité sociale française.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Option Rachat de la limitation pendant les 3 premiers mois d'adhésion au contrat.

Renfort Hospitalisation : chambre particulière et frais d'accompagnant (dès niveau 2).

Renfort Médecines naturelles et Médicaments : ostéopathe, homéopathe, acupuncteur, naturopathe, étiope, diététicien, chiropracteur, micro-kinésithérapeute, podologue, réflexologue, sophrologue, lumbinothérapeute, hypnothérapeute, médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité Sociale (dès niveau 2).

Renfort Optique/Dentaire/Audiologie : prothèses non remboursées par la Sécurité sociale, implantologie, parodontologie, verres optiques de Classe B « Offre libre », aides auditives de Classe II (dès niveau 2).

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant.
- ✓ 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 annuelle par bénéficiaire
- ! **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 pour les séjours en médecine, chirurgie, maternité, en soins de suite, réadaptation et de rééducation/assimilée.
- ! **Forfait optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Renouvellement anticipé possible dans les conditions prévues par le dispositif des contrats responsables. Prise en charge des montures limitée.
- ! **Aides auditives** : forfait renouvelable tous les 4 ans dès le 01/01/2021 et tiennent compte des 4 années antérieures.
- ! **Délai d'attente** : Les garanties dont la prise en charge est exprimée en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (à l'exception des garanties 100% santé, des médicaments, et Honoraires hospitaliers en cas d'Accident) font l'objet d'une limitation de prise en charge au cours des trois (3) premiers mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré. Les frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité Sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré ; sauf s'ils sont consécutifs à un Accident dont l'Assuré est victime après la prise d'effet des garanties.



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

- Être âgé de 90 ans et moins ;
- 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

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au 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 de domiciliation bancaire, 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
- Se soumettre à tout contrôle médical destiné à vérifier la réalité des dépenses engagées par la Mutuelle



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 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.