

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit géré par APRIL Santé Prévoyance (intermédiaire en assurances immatriculé à l'Orias N°07 002 609), co-conçu et assuré par AËSIO mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391. Siège social : 173 rue de Bercy – 75012 Paris.

Nom du Produit : APRIL VITA SANTÉ

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. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit sont fournies au client dans d'autres documents, en particulier 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 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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et est éligible 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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation en secteur conventionné** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, forfait patient urgences et forfait actes lourds, analyses et examens de laboratoires ; médicaments remboursés par la Sécurité sociale, transport remboursé par la Sécurité sociale, matériel médical, prothèses capillaires « 100% Santé », véhicule pour personne en situation de handicap « 100% Santé », psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale, dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française, cure thermale remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale, soins et prothèses dentaires dont « 100% Santé », prothèses dentaires « Offre Modérée » et « Offre Libre » et orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% santé », prestation d'adaptation de la correction visuelle, lentilles remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé » et « Offre Libre » et accessoires.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Renfort confort : Frais annexes de cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, lentilles remboursées ou non remboursées par la Sécurité sociale, frais d'accompagnant (conjoint ou enfant) en cas d'hospitalisation, équipement auditif « Offre libre ».

LES GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES en fonction du niveau choisi

Chambre particulière en secteur conventionné, médecines naturelles, chirurgie réfractive, frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (prothèses, implantologie et parodontologie), médicaments et vaccins non remboursés par la Sécurité sociale.

LES SERVICES

- ✓ **Avance des frais avec le tiers-payant**
- ✓ **Espace assuré en ligne, accessible 24h/24, 7j/7.**
- ✓ **Accès gratuit à un service de télé-médecine (24h/24 et 7j/7).**
- ✓ **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 ?

- X Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- X Les frais de santé non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire sauf ceux figurant au tableau de garanties.
- X Les séjours en maison d'accueil spécialisée, gérontologie, Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).
- X Les frais de santé non consécutifs à un accident ou une maladie ou une maternité tels que les soins esthétiques ou thalassothérapies non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire.



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.
- ! Postes de garantie incluant un plafond : prise en charge limitée annuellement.
- ! Hospitalisation en secteur non conventionné : prise en charge limitée et réduite à certains frais.
- ! Forfait 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.
- ! Prothèses dentaires (hors 100% santé) : prise en charge plafonnée.
- ! Aides auditives : forfait renouvelable tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition.
- ! Dépenses médicales à l'étranger : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! Prévention : prise en charge plafonnée par séance et par année d'adhésion.
- ! Chambre particulière en soins médicaux et de réadaptation ou psychiatrie : prise en charge limitée limitée à 30 jours par an et par assuré.
- ! Dispositif « Mon soutien psy » : prise en charge plafonnée au nombre de séances prévues par ce dispositif.
- ! Limitations : Une limitation de garantie est applicable selon le type de garantie. Certaines garanties exprimées en % sont remboursées à 100% de la base de remboursement sous déduction du remboursement du régime obligatoire pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties.
- ! Délai d'attente : Certains frais engagés au titre des garanties non remboursées par la Sécurité Sociale 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.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger (en cas de soins inopinés et d'intervention de la Sécurité sociale),
- ✓ 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 et exclusivement sur la base du remboursement du RO, peu important le montant initial dépensé.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fourni par l'assureur ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Etre affilié à l'Assurance maladie obligatoire.

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 des soins ou de la facturation ;
- Informer des changements de situation dans un délai de 3 mois : 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.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévue au contrat.

En cas de sinistre

- Informer APRIL Santé Prévoyance de tous accidents ou agressions causés par une tierce personne et dont vous ou vos ayants droit seriez victimes.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement par prélèvement automatique ou chèque sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France pour les paiements par chèque, ou dans un pays membre de la zone SEPA pour les paiements par prélèvement.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé en fonction du mode de règlement choisi (semestriel, trimestriel, mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion. Pas d'effet antérieur au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion. Il est prévu en cas de contrat conclu à distance ou dans le cadre d'un démarchage à domicile 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 ou tout autre moyen prévu au Code de la mutualité :

- 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 adhésion, sans frais ni pénalité.