

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), co-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 COIFFURE 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 de la Coiffure (IDCC n°2596).

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 actes et soins, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, lit d'accompagnant, forfait patient urgence, forfait actes lourds.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (généralistes et spécialistes), sages-femmes, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie et radiologie, actes techniques médicaux et de chirurgie, médicaments remboursés par le Régime obligatoire, matériel médical, frais de transport, Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire (MonPsy).
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% Santé », autres soins, actes et consultations, prothèses « Offre Modérée » et « Offre Libre », Inlays/Onlays, orthodontie remboursée par le Régime obligatoire, actes dentaires non remboursés par le Régime obligatoire (prothèses, implants et parodontologie).
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) dont équipement « 100% Santé », prestations sur verres et monture (filtres, prismes et adaptation de la prestation), lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives « 100% santé » ou offre libre, accessoires, entretien, piles et autres consommables, réparations.
- ✓ **Médecine douce**
- ✓ **Prévention** : vaccins prescrits non remboursés par le Régime obligatoire, ostéodensitométrie.
- ✓ **Maternité** : chambre particulière, allocation naissance, aide à la procréation, pilules et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par le Régime obligatoire.
- ✓ **Autres soins** : séances de psychomotricité, ergothérapie, psychologue et diététicien.
- ✓ **Soins à l'étranger** : dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par le Régime obligatoire français.

LES GARANTIES OPTIONNELLES (niveaux Option+)

Frais d'accompagnement : en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 10 ans

Cures thermales : remboursées par le Régime obligatoire

Prothèses dentaires non remboursées par le Régime obligatoire

Sevrage tabagique prescrit non remboursé par le Régime obligatoire

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 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 non remboursées par le régime obligatoire 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

- ! **Psychologues remboursés par le Régime Obligatoire (MonPsy)** : 8 séances par an et par assuré
- ! **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 et chirurgie réfractive : prise en charge plafonnée.
- ! **Forfait naissance** : versé une seule fois par enfant.
- ! **Chambre particulière et lit d'accompagnement** : prise en charge plafonnée
- ! **Frais d'accompagnement** : prise en charge limitée à 30 jours par année civile.
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Médecine douce** : prise en charge plafonnée par an/assuré.
- ! **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** : renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.



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

- 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 la Sécurité sociale.



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 :

- 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 souscription du contrat, sans frais ni pénalité.

La résiliation peut être demandée dans les conditions prévues au contrat (lettre simple, recommandée avec accusé de réception, lettre recommandée électronique) ou par tout autre moyen prévu au Code des assurances.

SCS220522DIP