

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 Quatrem, entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 510 426 261 euros, dont le siège social est situé 21 rue Laffitte - 75009 Paris, RCS Paris 412 367 724, Société du groupe Malakoff HUMANIS.

Produit : SANTE TPE 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 tout ou partie des frais de santé restant à la charge des assurés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Il est réservé aux entreprises souhaitant faire bénéficier leurs salariés d'une complémentaire santé obligatoire. Ce produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables et du « panier de soins ANI ».



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 patient urgence et forfait actes lourds.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, matériel médical, analyse et examens de laboratoires, médicaments et pharmacie remboursés par le Régime obligatoire, frais de transport.
- ✓ **Aides auditives** : Aides auditives « 100% santé » ou offre libre, accessoires, piles et autres consommables.
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses « 100% santé », autres soins, prothèses et orthodontie remboursées par le Régime obligatoire, inlays-onlays.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) dont équipement « 100% santé », lentilles.
- ✓ **Actes de prévention remboursés par le Régime obligatoire**
- ✓ **Soins à l'étranger** : dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par le Régime obligatoire français.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation : chambre particulière, frais d'accompagnant
Soins courants : Pharmacie prescrite non remboursée par le Régime obligatoire, cure thermique remboursée par le Régime obligatoire.
Dentaire : frais dentaires non remboursés par le Régime obligatoire (implants dentaires, prothèses, orthodontie et parodontologie).
Optique : chirurgie réfractive.
Maternité : forfait naissance/adoption.
Actes de prévention prescrits non remboursés par le Régime obligatoire : sevrage tabagique, vaccins, traitements anti-paludéens, contraceptifs.
Médecine douce : toutes les médecines pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI ou exerçant dans un établissement FINISS.

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 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 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.
- ! Les prothèses dentaires hors nomenclature.

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 et chirurgie réfractive : prise en charge plafonnée.
- ! **Aides auditives** : renouvellement tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition.
- ! **Forfait naissance/adoption** : versé une seule fois par enfant et limité à deux forfaits en cas de naissance multiple.
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Orthodontie et prothèses dentaires (hors 100% santé)** : les montants cumulés de prise en charge au titre de ces garanties sont plafonnés.
- ! **Chambre particulière en service psychiatrique ou établissements de convalescence, de soins, de repos ou assimilés** : limité à 30 jours par année d'affiliation.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.



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, le cas échéant, 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.

TPES210921DIP