

Assurance Frais de Santé – Surcomplémentaire



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.

Produit : SANTÉ RENFORT

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 qui est fournie dans d'autres documents. 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. Il s'agit d'un produit d'assurance sur-complémentaire qui intervient en complément d'autres garanties de santé souscrites auprès d'APRIL Santé Prévoyance.

Ce produit permet une prise en charge des dépenses de santé supérieure aux plafonds imposés par le « 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 votre charge.

LES GARANTIES

- ✓ **Hospitalisation** : chambre particulière (y compris maternité), frais d'accompagnant des enfants de moins de 16 ans, honoraires.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, actes de radiologie, analyses et examens de laboratoire, matériel médical, transport remboursé par le Régime obligatoire, cure thermale remboursée par le Régime obligatoire.
- ✓ **Aides auditives** : accessoires et aides auditives équipement offre libre à compter du 01/01/2021.
- ✓ **Dentaire** : soins, Inlays-Onlays et prothèses remboursés par le Régime obligatoire (**hors 100% santé**), orthodontie remboursée par le Régime obligatoire, implants et parodontologie non remboursés par le Régime obligatoire.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres **hors équipement 100% santé**), lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Maternité** : forfait naissance et adoption, forfait procréation et amniocentèse, pilules contraceptives prescrites non remboursées par le Régime obligatoire.
- ✓ **Actes de prévention** : vaccins et médicaments contre le paludisme prescrits mais non remboursés par le Régime obligatoire, bilan et suivi chez un médecin nutritionniste, actes d'ostéopathie, sevrage tabagique prescrit (gomme et patch)
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés 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 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 séjours en psychiatrie.
- ✗ 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 ?

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! 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 PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Frais d'accompagnement des enfants de moins de 16 ans** : nombre de jours pris en charge limité.
- ! **Consultations neuropsychiatriques et psychiatriques ou assimilées réalisées « hors Parcours de soins coordonnés »** : prise en charge limitée.
- ! **Prothèse dentaire et orthodontie** : les montants cumulés de prise en charge au titre de ces deux garanties sont plafonnés. Les prothèses dentaires provisoires ne sont pas prises en charge.
- ! **Ostéopathie et suivi nutritionnel** : prise en charge plafonnée et nombre de consultation limité.
- ! **Postes optique et dentaire** : délai d'attente applicable.



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 du Régime obligatoire.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

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 Régime obligatoire.
- 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 par l'entreprise trimestriellement à terme échu sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France pour les paiements par chèque, ou dans un pays membres de la zone SEPA pour les paiements par prélèvement. 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.

SRU201120DIP