

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 d'assurance immatriculée en France sous le RCS Paris N°350.261.129 et régie par le Code des assurances.

Produit : SANTE PRESTATAIRES DE SERVICES 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 du Régime obligatoire. Il est réservé aux entreprises relevant de l'accord de branche des prestataires de services dans le domaine du secteur tertiaire (IDCC n°2098).

Ce produit respecte les conditions légales du contrat solidaire et 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, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, chambre particulière et nuitée d'accompagnement (pour un assuré de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans).
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes de spécialité, actes techniques médicaux, radiologie, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, matériel médical (dont orthopédie et autres prothèses et compléments équipements post cancer), médicaments et pharmacie remboursés par le Régime obligatoire, et transport remboursés par le Régime obligatoire, Dispositif « Mon soutien psy »
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives dont équipement « 100% santé » et offre libre à compter du 01/01/2021, accessoires remboursés par le Régime obligatoire.
- ✓ **Dentaire** : soins, Inlays/Onlays, soins et prothèses « 100% Santé », autres prothèses remboursées par le Régime obligatoire, orthodontie remboursée par le Régime obligatoire et implantologie, implantologie.
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) dont équipement « 100% Santé », lentilles, prestation d'adaptation de la correction.
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins inopinés remboursés par le Régime obligatoire
- ✓ **Actes de prévention des contrats responsables.**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Soins courants : cure thermale remboursée par le Régime obligatoire

Dentaire : prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par le Régime obligatoire et parodontologie.

Optique : chirurgie réfractive.

Maternité : contraception non remboursée par le Régime obligatoire, forfait naissance/adoption.

Médecine douce

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 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 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.

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 : prise en charge plafonnée.
- ! **Aides auditives** : Renouvellement tous les 4 ans suivant la date d'acquisition.
- ! **Forfait naissance et adoption** : versé une seule fois par enfant.
- ! **Chambre particulière et nuitée d'accompagnement** : prise en charge plafonnée.
- ! **Implantologie** : prise en charge annuelle limitée à 2 implants
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **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
- ! **Dispositif « Mon soutien psy »** : Prise en charge plafonnée au nombre de séances prévues par ce dispositif.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger (en cas de soins inopinés et d'intervention du Régime obligatoire français).
- ✓ 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 ?

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 le Régime obligatoire.



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. 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.

PSS1022DIP
Mis à jour : Mars 2025

