

Produit géré par APRIL Santé Prévoyance (Intermédiaire en assurances immatriculé à l'Orias N° 07 002 609), co-conçu et assuré par QUATREM, entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 412 367 724 et dont le siège social est situé 21 rue Laffitte-75009 Paris.

Nom du Produit : SANTE TNS APRIL

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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. 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 exerçant une activité indépendante et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité ; en complément de la Sécurité sociale française.

Ce 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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière et frais d'accompagnement enfant de moins de 14 ans
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, forfait patient urgence, matériel médical, analyse et examens de laboratoires, médicaments (remboursés par la Sécurité Sociale), transport, cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale, Psychologues conventionnés remboursés par le Régime obligatoire (Dispositif Mon soutien psy)
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% santé », autres soins, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité Sociale. Prothèses, implantologie parodontologie et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement 100% Santé, lentilles de contact prescrites, lentilles jetables, chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé » et « offre Libre ».
- ✓ **Prévention** : sevrage tabagique, vaccins et traitements antipaludéens prescrits non pris en charge par la Sécurité Sociale, médecine naturelle, contraception et médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Autres prestations** : forfait naissance.
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés par la Sécurité Sociale.

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant
- ✓ Télémédecine : (accès gratuit au service de Médecin Direct qui vous offre la possibilité de contacter 24h/24 et 7j/7 un médecin généraliste ou spécialiste)
- ✓ Programme d'avantages clients : réductions exclusives auprès de nombreux partenaires
- ✓ Espace Assuré

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire légale de 2€ et les franchises légales sur les boîtes de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports sanitaires
- ! 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

- ! **Limite d'âge à l'adhésion pour l'adhérent** : 67 ans inclus
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement
- ! **Hospitalisation en secteur non conventionné** : prise en charge limitée et réduite à certains frais
- ! **Chambre particulière en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilée** : prise en charge limitée à 90 jours par année d'adhésion et par assuré
- ! **Chambre particulière en psychiatrie** : prise en charge limitée à 30 jours par année d'adhésion et par assuré
- ! **Frais d'accompagnant enfant de moins de 14 ans** : prise en charge limitée à 30 jours par année d'adhésion 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 ». La prise en charge de la monture est limitée.
- ! **Prothèses auditives** : renouvellement tous les 4 ans à compter de la dernière acquisition.
- ! **Médecine naturelle** : prise en charge plafonnée par acte/consultation.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Psychologues remboursés par le Régime obligatoire selon les limitations prévues par le dispositif « Mon soutien psy »**
- ! **Limitations** : Prise en charge limitée durant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties, à 100 % de la Base de Remboursement (à l'exception des garanties 100 % Santé et honoraires médicaux et chirurgicaux en cas d'hospitalisation à la suite d'un accident).
- ! **Délai d'attente** : Non prise en charge durant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties.



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 les thalassothérapies.



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 ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par APRIL Santé Prévoyance ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par APRIL Santé Prévoyance ;
- 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 Sécurité sociale.
- 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 d'avance annuellement, 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 ou par tout autre moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances :

- 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.



TNS012025DIP
Mise à jour : Janvier 2025