

Assurance Frais de Santé – Surcomplémentaire

Document d'information sur le produit d'assurance



Produit conçu et géré par APRIL Santé Prévoyance (intermédiaire en assurance immatriculé à l'Orias N° 07 002 609, assuré par Axeria Prévoyance, entreprise d'assurance immatriculée en France sous le RCS Lyon N° 350.261.129 et régie par le Code des assurances.

Produit : RENFORT MODULAIRE

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 complète les remboursements du produit SANTE MODULAIRE souscrit 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, frais d'accompagnement des enfants de moins de 16 ans, honoraires médicaux, chirurgicaux et obstétricaux.
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins, actes médicaux, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses, transport remboursé par la Sécurité sociale, cure thermale remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Appareillage** : prothèse orthopédique, auditive, non dentaire, petit et gros appareillage.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Maternité** : chambre particulière, 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 la Sécurité sociale, bilan et suivi chez un médecin nutritionniste, actes d'ostéopathie, sevrage tabagique prescrit (gomme et patch).
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés par la Sécurité sociale.

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 ou thalassothérapies.



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ 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 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 jour pris en charge limité.
- ! **Consultations neuropsychiatriques et psychiatriques ou assimilées réalisées « hors Parcours de soins coordonnés »** : Nombre de consultations prises en charge limité.
- ! **Prothèse dentaire et orthodontie** : les montants cumulés de prise en charge au titre de ces deux garanties sont plafonnés.
- ! **Ostéopathie et suivi nutritionnel** : prise en charge plafonnée et nombre de consultation limité.
- ! **Postes optiques et dentaires** : 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 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 ;
- 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 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 par prélèvement automatique ou chèque. 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. Il est prévu un délai de rétractation de 14 jours qui court à compter de la date d'émission du certificat 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 par courrier recommandée ou lettre recommandée électronique :

- 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.