

Assurance Frais de Santé collective

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 : SANTE 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. 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, 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 du contrat responsable 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

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricale, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnant enfant moins de 14 ans, établissement de convalescence, de soins, de repos ou assimilés
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins, actes de spécialité, de chirurgie, acte technique médicale, imagerie, auxiliaires médicaux, analyses, cures thermales remboursées par la Sécurité sociale, transport remboursé par la Sécurité sociale,
- ✓ **Appareillage** : appareillage orthopédique, prothèses non dentaires, appareillage, audioprothèses
- ✓ **Pharmacie** : remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires et orthodontie, implants dentaires, parodontologie et scellement des sillons.
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles, chirurgie réfractive
- ✓ **Maternité** : forfait naissance/adoption, aide à la procréation non remboursée par la Sécurité sociale, contraceptifs prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Prévention** : sevrage tabagique prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, vaccins et traitement anti-paludéens prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Médecine naturelle** : acupuncture, chiropractie, ostéopathie, étioopathie, naturopathie
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins inopinés remboursés par la sécurité sociale

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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Lentilles : prise en charge plafonnée.
- ! **Forfait naissance** : versé une seule fois enfant
- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions
- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée et sous condition.
- ! **Orthodontie et prothèses dentaires** : les montants cumulés de prise en charge au titre de ces garanties sont plafonnés.
- ! **Appareillage** : les montants cumulés de prise en charge au titre de cette garantie est plafonné
- ! **Médecine naturelle** : prise en charge plafonnée par acte/consultation et limitée à 4 consultations par an



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 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 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.

SMO150715DIP