

Assurance Frais de Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

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

Nom du Produit : APRIL Santé Mix- Formule Hospitalisation

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 d'hospitalisation restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément ou non des remboursements de la Sécurité sociale française.

Ce produit ne respecte pas les conditions légales des contrats responsables et n'est pas 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 en secteur conventionné** : frais de séjour, forfait journalier et frais de soins, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : frais de séjour, forfait journalier et frais de soins.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais accompagnant et frais extra hospitaliers.

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant
- ✓ Programme d'avantages clients : réductions exclusives auprès de nombreux partenaires
- ✓ Télémédecine (accès gratuit au service de Médecin Direct)
- ✓ Espace assuré

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

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises légales sur les boîtes de médicament, 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

- ! **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 secteur conventionné** : psychiatrie exclue pour les séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilée.
- ! **Frais d'accompagnant** : prise en charge exclue en cas de séjours en soins de suite réadaptation, de rééducation/assimilés et en psychiatrie. Couverture limitée en cas de séjour en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité.



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 fourni par l'assureur ;
- 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 renonciation de 14 jours qui court à compter de la date de 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:

- 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.

Assurance Frais de Santé



Document d'information sur le produit d'assurance

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

Nom du Produit : APRIL Santé Mix- Formules Santé Complète et Santé Renforcée

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 et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément ou non des remboursements de la Sécurité sociale française. Les garanties respectent les conditions légales des contrats responsables et sont éligibles 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

Formule Santé Complète

- ✓ **Hospitalisation en secteur conventionné** : frais de séjour, forfait journalier et frais de soins, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : frais de séjour, forfait journalier et frais de soins.
- ✓ **Soins courants** : Consultations généralistes, spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses, transport.
- ✓ **Médicaments** : remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, prothèses dentaires et orthodontie remboursées par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact acceptées par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Appareillage** : prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage.
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés par la Sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Formule Santé Complète : Chambre particulière, frais accompagnant et frais extra hospitaliers. Médecine naturelle. Lentilles refusées par la Sécurité sociale, chirurgie réfractive de l'œil, traitement de l'œil au laser, implant oculaire.

Formule Santé Renforcée :

Renfort Senior : Aides auditives, médicaments prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale, cure thermale remboursés par la Sécurité sociale (soins et frais annexes), frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale.

Renfort Famille : Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale, frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, médicaments prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale, forfait de naissance ou adoption

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant.
- ✓ Télémédecine (accès gratuit au service de Médecin Direct).
- ✓ Programmes d'avantages clients : Bonus fidélité.
- ✓ Espace assuré.

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

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises légales sur les boîtes de médicament, 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

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée annuellement
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Hospitalisation en secteur non conventionné** : prise en charge limitée et réduite à certains frais
- ! **Chambre particulière en secteur conventionné** : psychiatrie exclue et prise en charge limitée pour les séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilée.
- ! **Frais d'accompagnant** : prise en charge exclue en cas de séjours en soins de suite réadaptation, de rééducation/assimilés et en psychiatrie et couverture limitée en cas de séjour en médecine, chirurgie, hospitalisation à domicile et maternité.
- ! **Forfait optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans. Un renouvellement anticipé est possible dans les conditions prévues par le dispositif des contrats dits « Responsables et solidaires ». La prise en charge des montures est limitée.
- ! **Prothèses auditives** : forfait renouvelable tous les 3 ans jusqu'au 31/12/2020 puis tous les 4 ans à compter du 1^{er} janvier 2021.



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 fourni par l'assureur ;
- 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 renonciation de 14 jours qui court à compter de la date de 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 :

- 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.