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 de Lyon N°350.261.129 et régie par le Code des assurances.

Nom du Produit : APRIL Santé Senior

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 de la Sécurité sociale française.
Ce produit respecte les conditions légales des contrats responsables.

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 hospitalier, honoraires
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : forfait journalier hospitalier, frais de soins et frais séjours
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, matériel médical, analyses et examens de laboratoires, médicaments (remboursés par la Sécurité sociale), transport remboursé par la sécurité sociale, soins à l'étranger remboursés par la Sécurité sociale française
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% Santé », autres soins, prothèses et orthodontie remboursées par la Sécurité sociale
- ✓ **Optique** : lunettes (montures et verres) dont équipement « 100% santé », lentilles, chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie)
- ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé » et « Offre Libre ».

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière en secteur conventionné
Frais d'accompagnant en secteur conventionné
Pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale
Autres frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (prothèses, implantologie et parodontologie)
Forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale
Confort et prévention : Médecines naturelles

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant
- ✓ Programme d'avantages clients : réductions exclusives auprès de nombreux partenaires
- ✓ 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 DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises légales sur les boites 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

- ! **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** : non prise en charge en cas de séjour en psychiatrie et couverture limitée à 30 jours par an et par assuré en cas de séjours en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilée.
- ! **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.
- ! **Orthodontie et prothèses dentaires** (hors 100% santé) : prise en charge plafonnés
- ! **Confort et prévention** : prise en charge plafonnée par année
- ! **Aides auditives**: forfait renouvelable tous les 3 ans, tous les 4 ans à compter du 01/01/21.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger :** prise en charge limitée et sous conditions

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 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 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.

SEN190719DIP