Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit géré par APRIL Santé Prévoyance (intermédiaire en assurances immatriculé à l'Orias N°07 002 609), assuré par Viasanté Mutuelle. Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN n° 777 927 120, soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, Siège social : 14-16 boulevard Malesherbes 75008 PARIS.

Nom du Produit : APRIL Santé Peps

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. Toutes les informations contractuelles et précontractuelles sur le produit sont fournies au client dans d'autres documents, en particulier les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce produit de complémentaire santé a pour objet le remboursement de 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. Le 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 médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Hospitalisation en secteur non conventionné** : frais de séjour, forfait journalier hospitalier, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux, actes médicaux, imagerie médicale, Forfait Patient Urgences, honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires ; médicaments remboursés par la Sécurité sociale, transport remboursé par la Sécurité sociale, matériel médical (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage), psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale, dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale française.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires Inlays-Onlays remboursés par la Sécurité sociale, soins et prothèses dentaires dont « 100% Santé », prothèses dentaires dont « Offre Modérée » et « Offre Libre » et orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% santé », prestation d'adaptation de la correction visuelle, lentilles remboursées par la Sécurité sociale, lentilles refusées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives** : équipement « 100% santé » et « Offre Libre » et accessoires.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière en secteur conventionné, frais d'accompagnants enfant ou conjoint assuré, cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale, forfait supplémentaire médecines naturelles, forfait supplémentaire pour les frais annexes de cure remboursée par la Sécurité sociale, médicaments non remboursés, orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale

LES GARANTIES SUPPLEMENTAIRES en fonction du niveau choisi

Forfait médecines naturelles, chirurgie réfractive et traitement de l'œil au laser (myopie et presbytie) : les prestations suivantes sont incluses selon le niveau choisi.

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant
- ✓ 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 ou thalassothérapies.

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 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.
- ! **Postes de garantie incluant un plafond** : 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 excepté si souscription du Pack Santé et Bien-être et couverture limitée à 90 jours par an et par assuré.
- ! **Frais d'accompagnant enfant ou conjoint assuré** : non pris en charge excepté si souscription du Pack Santé et Bien-être et couverture limitée à 30 jours par an et par assuré.
- ! **Forfait 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.
- ! **Prothèses dentaires** (hors 100% santé) : prise en charge plafonnée.
- ! **Aides auditives** : forfait renouvelable tous les 4 ans.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger :** prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Limitations** : Les garanties exprimées en % sont remboursées à 100% de la base de remboursement sous déduction du remboursement du régime obligatoire pendant les 3 premiers mois suivant la date d'effet des garanties (hors soins courants et accident pour les honoraires médicaux et chirurgicaux et hors garanties du 100% Santé). Les frais engagés au titre des garanties non remboursées pas la Sécurité Sociale et exprimées en euros ne donneront lieu à aucun remboursement pendant un délai d'attente de trois (3) mois suivant la date d'effet des garanties de chaque Assuré.

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 des soins engagés à l'étranger n'est possible qu'en cas de prise en charge par la Sécurité Sociale française et ce, dans la limite de la couverture prévue par le contrat.

Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude la demande d'adhésion fourni par APRIL Santé Prévoyance ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par APRIL Santé Prévoyance ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) prévue 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 des soins ou de la facturation.
- Informer des changements de situation dans un délai de 3 mois : 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.

En cas de sinistre

- Fournir les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations ;
- Faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de réalisation de l'acte.
- Informer APRIL Santé Prévoyance de tous accidents ou agressions causés par une tierce personne et dont vous ou vos ayants droit seriez victimes.

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). Le paiement par prélèvement automatique est possible en cas de fractionnement mensuel, trimestriel ou semestriel, et par chèque en cas de fractionnement semestriel.

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, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la mutualité, selon 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.

PPS062025DIP – Mise à jour : juin 2025

APRIL Santé Prévoyance – 12 rue Juliette Récamier - CS15555 -69452 LYON Cedex 06 - Fax 0478536518 - S.A.S.U. au capital de 540 640 € - RCS Lyon 428 702 419. Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 (www.orias.fr). Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 4 place de Budapest - 75436 Paris cedex 09.
Viasanté Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 777 927 120, Siège social : 14-16 boulevard Malesherbes 75008 PARIS