

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 Identités Mutuelle - Mutuelle immatriculée en France sous le numéro 379 655 541 et régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité

Nom du Produit : APRIL Santé Access

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 d'assurance 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.

Il 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 SYSTÉMATIQUEMENT 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, participation forfaitaire et frais de soins.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (consultations généralistes et spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoires, médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65%, transport remboursé par la Sécurité sociale, matériel médical (prothèses orthopédiques, petit et gros appareillage)
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, Inlays-Onlays, prothèses dentaires et orthodontie remboursées par la Sécurité Sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles de contact acceptées par la Sécurité Sociale,
- ✓ **Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale**
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés par la Sécurité sociale française.

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, 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

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge annuelle par bénéficiaire
- ! **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



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

- Être âgé de 90 ans et moins ;
- 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

- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au 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 de domiciliation bancaire, 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
- Se soumettre à tout contrôle médical destiné à vérifier la réalité des dépenses engagées par la Mutuelle



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 par lettre (simple ou recommandée) ou par courrier électronique (ou lettre recommandée électronique) :

- au 31 décembre de chaque année et au moins deux mois avant cette date ;
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, sans frais ni pénalité ;
- 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.