

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 sont 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 médecine courante ou d'hospitalisation, à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, en cas d'accident, de maladie ou de maternité. L'assureur est AFG Assurances Bénin Non Vie.

En option, AFG Assurances Bénin Vie propose une garantie "prévoyance familiale". Un capital sera versé à l'assuré en cas d'invalidité totale et définitive, suite à accident ou maladie ou aux ayants-droit suite au décès de l'assuré.

Ce produit est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'APS Bénin pour le compte de ses adhérents.



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 selon la formule d'assurance retenue.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : frais de séjour, frais de soins, honoraires médicaux et chirurgicaux.
- ✓ **Médecine courante** : visites chez le médecin généraliste ou spécialiste, pharmacie, laboratoire.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Les soins dentaires, l'optique et la prise en charge des dépenses liées à la maternité sont en option suivant la formule retenue.

La garantie "prévoyance familiale" peut être souscrite en option avec la garantie santé.

LES SERVICES

- ✓ **Carte d'assuré biométrique** : sur présentation de sa carte aux prestataires agréés du réseau tiers-payant (liste consultable sur le site www.aps-benin.com), l'assuré ne règle que le "reste à charge". En dehors du réseau de prestataires, l'assuré fait l'avance des frais, pour un remboursement a posteriori par l'assureur sous 15 jours contractuels.
- ✓ **Service de 2nd avis médical** : une équipe de médecins répond à vos questions et vous accompagne dans vos démarches médicales.
- ✓ **Votre espace client en ligne** : accessible à partir du site www.aps-benin.com depuis votre ordinateur, tablette ou smartphone, pour consulter tous vos documents contractuels (certificat d'assurance, carte d'assuré, conditions générales), retrouver votre dossier de souscription et visualiser le détail de vos cotisations (téléchargement de vos appels de cotisations et règlement en ligne de vos échéances).



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes.
- ✗ Les frais de santé non consécutifs à un accident ou une maladie ou une maternité tels que les soins esthétiques, ou les cures.
- ✗ Les frais de santé consécutifs à une maladie pré-existante ou un accident non déclarés à l'assureur à la souscription du contrat sont exclus ou pris en charge après un délai d'attente de 6 mois.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! Le "reste à charge" que vous acceptez de supporter selon la formule d'assurance que vous retiendrez.
- ! Les soins en cas de maladie engagés pendant la période d'attente ("délais de carence" variables suivant les garanties).
- ! Les dépassements d'honoraires par les médecins au-delà de la limite fixée par votre contrat.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Plafond annuel de garantie** : prise en charge limitée annuellement.
- ! **Taux de prise en charge** : prise en charge limitée au pourcentage prévu en fonction de la formule choisie.
- Garanties soumises à entente préalable** : L'assureur prendra en charge après avoir donné son accord pour les garanties signalées par un * dans le tableau des garanties.
- ! **Tarifs** : ils peuvent subir des majorations en fonction des pathologies déclarées sur le questionnaire médical. La prime définitive sera confirmée à l'adhérent après analyse du questionnaire médical par l'assureur.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Au Bénin avec extension sur le reste de l'Afrique et l'Europe pour les séjours temporaires de moins de 90 jours consécutifs ;
- ✓ Dans le cas où les dépenses médicales ont été effectuées à l'étranger, le remboursement se fait a posteriori en FCFA et la prise en charge 'tiers-payant' n'est pas possible.



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 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 15 jours après les soins ;
- ✓ Informer l'assureur des changements d'adresse de résidence, e-mail, téléphone.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- ✓ Les cotisations sont payables d'avance annuellement, par virement, chèque, carte bancaire, mobile money ou espèces à remettre à l'assureur ou son mandataire.



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 7 jours qui court à compter de la date d'effet du certificat d'adhésion ;
- ✓ Le contrat est conclu pour une durée d'un an et est à durée ferme ;
- ✓ L'assureur pourra vous proposer, avant son expiration, de reconduire votre contrat pour une nouvelle année, sur les bases qu'il aura décidées.



Quels sont les délais d'attente ?

- ✓ Pas de délai d'attente en cas d'accident ;
- ✓ 01 mois après la souscription pour les soins ordinaires ;
- ✓ 06 mois pour la lunetterie et les prothèses dentaires ;
- ✓ 06 mois pour les maladies chroniques non déclarées, non rachetées et survenant pour la première fois pendant le contrat ;
- ✓ 10 mois pour la maternité.



Puis-je résilier le contrat en cours d'année ?

Le contrat est à durée ferme et souscrit pour un an. Il ne peut être résilié en cours d'année.

Vous pouvez consulter les conditions générales en cliquant ICI

TABLEAU DES GARANTIES ASSURANCE SOHU

TERRITORIALITÉ : BÉNIN + EXTENSION AFRIQUE - EUROPE

LISTE DES ACTES	PREMIER		VITALITE		PRESTIGE	
	Taux	Plafonds (F CFA)	Taux	Plafonds (F CFA)	Taux	Plafonds (F CFA)
PLAFOND ANNUEL DE REMBOURSEMENT	60 à 100%	1 000 000	60 à 100%	2 000 000	60 à 100%	3 000 000
HOSPITALISATION						
Soins pendant l'hospitalisation *						
Frais de chambre		10 000 / nuitée		15 000 / nuitée		25 000 / nuitée
Frais liés à une intervention chirurgicale *		300 000		500 000		1 000 000
Frais de séjour d'un parent accompagnant un enfant assuré de moins de 18 ans		10 000		15 000		25 000
Frais de kinésithérapie et de rééducation (suite à un traumatisme) *		100 000		150 000		200 000
Frais de transport (ambulance)		20 000		30 000		50 000
MÉDECINE COURANTE						
Frais de consultation						
- Généraliste		5 000 / visite		10 000 / visite		15 000 / visite
- Spécialiste / Professeur (psychiatrie exclue)		10 000 / visite		15 000 / visite		20 000 / visite
Frais pharmaceutiques et fournitures		150 000		250 000		400 000
Frais d'analyses biomédicales		150 000		250 000		400 000
Frais d'imageries médicales		150 000		250 000		400 000
Vaccins (Diphtérie, Poliomyélite, Coqueluche, Tétanos, Rougeole, Oreillons, Rubéole) *		30 000		40 000		50 000
Vitamines		Non		40 000		50 000
Préservatifs		10 000		10 000		10 000
DENTAIRE (inclus en formule Premier et en option pour Vitalité et Prestige)						
Soins dentaires courants		50 000		100 000		150 000
Prothèses dentaires *		50 000		100 000		150 000
Frais d'orthodontie (avant l'âge de 12 ans) *		50 000		100 000		150 000
OPTIQUE (inclus en formule Premier et en option pour Vitalité et Prestige)						
Verres ou lentilles de contact : une fois tous les deux ans *		50 000		100 000		150 000
Monture : une fois tous les deux ans *		20 000		30 000		50 000
MATERNITÉ (non proposée en formule Premier et en option pour Vitalité et Prestige)						
Frais pré et postnataux (voir postes hospitalisation et médecine courante)		Non				
Échographie prénatale		Non		Max 3 / grossesse		Max 5 / grossesse
Bilan prénatal		Non		40 000		50 000
Actes d'accouchement tous frais compris						
- Accouchement normal ou simple *		Non		100 000		200 000
- Accouchement par voie chirurgicale *		Non		200 000		300 000

L'option maternité n'est valable que pour l'assuré principal ou le conjoint.

Les garanties sont exprimées par an et par personne.

Le barème de remboursement est celui de la NGAP avec appréciation du médecin-conseil de l'assureur.

Conditions valables jusqu'au 31/12/2025.

* Garanties soumises à entente préalable.

Délais d'attente :

Pas de délai d'attente en cas d'accident ;

01 mois après l'adhésion pour les soins ordinaires ;

06 mois pour la lunetterie et les prothèses dentaires ;

06 mois pour les maladies chroniques non déclarées, non rachetées et survenant pour la première fois pendant le contrat ;

10 mois pour la maternité.

TRANCHE D'ÂGE	OPTION : PRÉVOYANCE FAMILIALE	
	Garanties	Capitaux
18 à 65 ans	Capital décès / invalidité totale et définitive	3 500 000 F CFA
	Capital décès / invalidité totale et définitive	5 250 000 F CFA
	Capital décès / invalidité totale et définitive	7 000 000 F CFA