

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

Le contrat d'assurance « La Médicale Santé » est conçu et assuré par Generali Vie.

Contrat : LA MÉDICALE SANTÉ



La médicale

assure les professionnels de santé

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques. Une information complète sur ce produit est fournie dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau des garanties.

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

Notre Assurance complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants droits en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la sécurité sociale française. Notre contrat propose des formules qui respectent les conditions des contrats responsables et sont conformes au 100% Santé (selon les dispositions du décret n°2019-21 du 11/01/2019), il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin. Notre contrat propose également des formules non responsables.

✓ : Garantie en inclusion dans notre contrat - ✗ : Non couvert par notre contrat - ! : Non couvert par nos garanties - ✓ : Territorialité des garanties



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 des garanties. Dans tous les cas, les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut éventuellement rester à votre charge.

GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES :

✓ Soins courants :

Honoraires des praticiens adhérent ou non à l'OPTAM et l'OPTAMCO* et des paramédicaux. Médicaments à service rendu (SMR) important, modéré et faible (remboursé à 65 %, 30 % et 15 %). Analyses et examens de laboratoire.

✓ Optique :

Lunettes (monture et verres), lentilles, chirurgie réfractive.

✓ Dentaire :

Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridge, inlay core) et orthodontie.

✓ Hospitalisation :

Honoraires des praticiens adhérent ou non à l'OPTAM et l'OPTAMCO*, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, contribution forfaitaire pour actes lourds, chambre particulière.

✓ Prestations supplémentaires :

Transport en ambulance.

GARANTIES POUVANT ÊTRE PRÉVUES SELON LA FORMULE SOUSCRITE :

✓ Optique :

Bonus fidélité optique.

✓ Dentaire :

Implants dentaires, bonus fidélité dentaire.

✓ Médecines douces :

Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, psychologue, psychothérapeute, diététicien, homéopathe, podologue, psychomotricien.

✓ Aides auditives :

Prothèses auditives destinées à compenser les pertes d'audition ou les troubles de la compréhension.

✓ Prestations supplémentaires :

Lit accompagnant en hospitalisation, matériel médical, cures thermales, contraception, vaccins, substituts nicotiques, forfait naissance.

SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

✓ Le tiers payant Viamédis vous permet de ne pas faire l'avance de tout ou partie de vos frais pris en charge par votre contrat.

✓ Services en ligne sur votre espace frais de santé sur lamedicale.fr



QU'EST-CE QUI N'EST PAS ASSURÉ ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat.
- ✗ Les transports et hébergements liés aux cures thermales.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.



Y A-T-IL DES EXCLUSIONS À LA COUVERTURE ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1 € et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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 (OPTAM/OPTAMCO).

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Optique : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue conformément à la réglementation des contrats responsables.
- ! Dentaire : prise en charge limitée à un plafond global (hors soins) annuel par assuré selon la formule choisie.
- ! Aides auditives : prise en charge limitée à un équipement tous les 4 ans conformément à la réglementation des contrats responsables.
- ! Médecines douces : prise en charge limitée à un nombre de séance et un plafond de garantie par séance selon la formule choisie.
- ! Formule Prestige Optique Exclue : aucune prise en charge des prestations optique.
- ! Formule Prestige Dentaire Exclu : aucune prise en charge des prestations dentaire.
- ! Formule Risques graves : limitation de la prise en charge des soins courants, de l'optique et du dentaire aux traitements des tumeurs par curiethérapie, radiations ionisantes et cobalthérapie.

* OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAMCO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée pour les chirurgiens et obstétriciens) : dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires des médecins.



OÙ SUIS-JE COUVERT(E) ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



QUELLES SONT MES OBLIGATIONS ?

Sous peine de nullité du contrat d'assurance ou de non garantie :

À la souscription du contrat

- Vos déclarations figurant sur la demande d'adhésion et sur les conditions particulières doivent être sincères et conformes à la réalité,
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat

Si des circonstances nouvelles apparaissent, l'assuré doit nous les déclarer dans un délai de 15 jours à partir du moment où il en a eu connaissance. Sont considérées comme des circonstances nouvelles notamment le changement de la situation d'un assuré par rapport au régime légal auquel il est assujéti, la modification d'activité professionnelle, le changement d'état civil d'un assuré, votre changement de domicile et la souscription par un assuré d'autres contrats personnels ou collectifs couvrant tout ou partie des mêmes risques.

En cas de sinistre

- Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, nous transmettre votre décompte du régime légal obligatoire,
- Nous transmettre les justificatifs demandés pour certaines prestations dans un délai maximum de 2 ans.



QUAND ET COMMENT EFFECTUER LES PAIEMENTS ?

La cotisation est exigible dans les 10 jours suivant l'échéance de votre contrat, indiquée dans vos Conditions particulières. Vous pouvez choisir sans frais votre fractionnement de cotisation (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel).

Le paiement de la cotisation peut se faire par prélèvement automatique, chèque ou carte bleue.



QUAND COMMENCE LA COUVERTURE ET QUAND PREND-ELLE FIN ?

Le contrat prend effet le lendemain à midi du paiement de la première cotisation et au plus tôt à la date d'effet fixée sur vos Conditions particulières.

La durée de votre contrat est d'un an. Il se renouvelle automatiquement d'année en année, sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions indiqués au contrat.



COMMENT PUIS-JE RÉSILIER LE CONTRAT ?

Vous pouvez résilier votre contrat :

- soit à la première échéance principale, en respectant un préavis de 2 mois, celui-ci est décompté à partir de la date d'envoi de la résiliation ;
- soit hors échéance, après un délai d'1 an à compter de la 1^{re} souscription ;
- soit en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis avec un préavis d'1 mois, celui-ci est décompté à partir de la date d'envoi de la résiliation ;
- soit en cas de modification du contrat groupe avant l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions ;

par l'un des moyens suivants :

- > lettre ou tout autre support durable,
- > acte extrajudiciaire,
- > déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur à l'adresse figurant dans votre Notice d'information ou auprès de l'agent dont l'adresse figure dans les Conditions particulières,
- > si l'assureur propose la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

En cas de résiliation hors échéance, si l'assuré souhaite résilier en vue de contracter avec un nouvel assureur, la demande doit être notifiée par l'assuré à ce dernier par lettre simple ou tout autre support durable, et manifester sa volonté de résilier son contrat et d'en souscrire un nouveau auprès de ce nouvel assureur. Ce dernier notifie alors la résiliation du contrat de l'assuré au précédent assureur, pour son compte, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. Le nouvel assureur s'assure ainsi de la continuité de la couverture de l'assurance durant l'opération de résiliation. Celle-ci prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois après la date de réception de la notification de la résiliation.

