

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

Document d'information sur le produit d'assurance

LA MÉDICALE - Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances.

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.

Les 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. Matériel médical (matériel orthopédique et appareillage autre qu'aides auditives et équipements d'optique).

✓ 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, transport, chambre particulière, lit d'accompagnant, prime de naissance.

✓ Aides auditives :

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

✓ Médecines douces :

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

✓ Prestations supplémentaires :

Cure thermale prise en charge par la sécurité sociale, contraception, vaccins, substituts nicotiniques.

GARANTIES OPTIONNELLES

Implants dentaires, bonus fidélité optique, bonus fidélité dentaire.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS :

✓ Le tiers payant santé vous permet de ne pas faire l'avance de tout ou partie des frais de pharmacie, laboratoire d'analyse médicale, centre de radiologie, auxiliaires médicaux, opticien.

✓ Services en ligne sur votre espace frais de santé sur www.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.

! L'ensemble des garanties optiques dans la formule Prestige Optique Exclue.

! L'ensemble des garanties dentaires dans la formule Prestige Dentaire Exclu.

* 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 (changement de statut, de profession et d'activité), l'assuré doit nous les déclarer par lettre recommandée 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 bénéficiez de la télétransmission, votre remboursement est effectué de manière automatique sous 48h à compter du traitement effectif de la Caisse d'Assurance Maladie,
- Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, nous transmettons votre décompte du régime légal obligatoire,
- Nous transmettons 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 par lettre recommandée, par envoi recommandé électronique ou par déclaration faite contre récépissé auprès de votre Agent Général. La résiliation peut s'opérer sans frais ni pénalités :

- soit à l'échéance principale en respectant un délai de préavis de 2 mois,
- soit 30 jours après la réception de notre notification,
 - en cas de modification du contrat groupe,
 - en cas de majoration de votre cotisation.
- soit en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.