

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : PREPAR IARD – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances

SIREN : 343 158 036

Produit : PREPAR'SERENITE Garantie SANTE MADELIN

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. 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 est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'hospitalisation, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Il est destiné aux personnes physiques bénéficiant du régime fiscal prévu par la loi N°94-126 du 11/02/1994 dite « Loi MADELIN ». Ce produit respecte les conditions légales du contrat responsable.



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** : honoraires médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, frais de séjour, forfait journalier hospitalier,
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins, actes médicaux, imagerie, auxiliaires médicaux, analyses, transport remboursé
- ✓ **Séjour en établissement conventionné** : séjours de rééducation, réadaptation, désintoxication alcoolique, médicamenteuse, stupéfiants et substances analogues,
- ✓ **Appareillage** : appareils auditifs, orthopédie, petits et gros appareillages,
- ✓ **Pharmacie** : lorsqu'elle est remboursée par la Sécurité sociale à 65% du prix de limite de vente ou du tarif forfaitaire de responsabilité,
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires et orthodontie remboursés par la Sécurité sociale,
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles,
- ✓ **Prévention** : actes de prévention définis par le contrat responsable.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Gratuité pour le 3^{ème} enfant et suivants de moins de 21 ans,
- ✓ Avance des frais avec le tiers payant,
- ✓ Dépenses médicales prises en charge à l'étranger : dans le cadre d'un séjour temporaire et si les frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière et frais d'accompagnement.
Frais d'hospitalisation en secteur non conventionné.
Garantie automédication.
Forfait opération laser de la vision.
Certaines prestations non prises en charges par la Sécurité sociale (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie...).

Pour plus de détails sur les garanties ci-avant et leurs niveaux, vous pouvez vous reporter aux tableaux des garanties.

Les garanties précédées d'une ✓ 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 en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.
- ✗ Les cures de toutes natures (sauf celles remboursées par la Sécurité sociale), les soins esthétiques, la thalassothérapie.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire légale et les franchises médicales 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique** : une grille optique à respecter obligatoirement avec une prise en charge limitée à un équipement toutes les 2 années d'adhésion (réduite à 1 année pour les mineurs) ou en cas d'évolution de la vue et un montant maximum pour la monture de 150 euros.
- ! **Poste de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée par année d'adhésion.
- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée par jour et par bénéficiaire hors les établissements non conventionnés et psychiatriques.
- ! **Modifications des niveaux de garanties** : le changement de niveau de garanties est soumis à étude et acceptation préalable de l'assureur.
- ! **Des options « Renforts »** sont accessibles à partir de certains niveaux de garanties.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements, régions ou collectivités d'Outre-mer.
- ✓ Pour mes dépenses de soins (frais médicaux chirurgicaux et/ou d'hospitalisation) inopinés à l'étranger lors d'un séjour temporaire, le remboursement se fait en euros sur la même base que si les dépenses avaient donné lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription :

- Être une personne physique capable juridiquement ;
- Exercer une activité professionnelle non salariée non agricole ou avoir la qualité de conjoint collaborateur non agricole ;
- Résider en France Métropolitaine ou dans un département d'Outre-Mer ou dans l'une des collectivités d'Outre-Mer (Saint Barthélemy ou Saint Martin) ;
- Relever du régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- Relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ;
- Être à jour des paiements des cotisations au titre des régimes obligatoires maladie et vieillesse ;
- Avoir un compte BRED Banque Populaire ;
- Répondre avec exactitude et honnêteté à toutes les questions posées par l'assureur ou son distributeur ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Payer la cotisation (ou fraction de cotisation) à l'adhésion.

En cours de contrat :

- Informer l'assureur de tout changement dans les informations recueillies à la souscription dès que possible :
 - changement de situation : changement d'adresse, modification composition familiale, changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - changement de statut professionnel ou cessation d'activité professionnelle : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut entraîner dans certains cas la modification du contrat et de la cotisation.
- Payer la cotisation à chaque échéance.
- 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.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont versées par l'adhérent. Elles sont payables annuellement d'avance par prélèvement ou par chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France. Un paiement fractionné (semestriel, trimestriel, mensuel) peut toutefois être accordé au choix de l'adhérent. Les paiements trimestriels et mensuels s'effectuent par prélèvement automatique seulement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion. En cas de vente à distance ou de démarchage à domicile, il est prévu un délai de renonciation de 14 jours qui court à compter de la date d'émission du certificat d'adhésion.

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.

Les garanties cessent :

- en cas de non paiement des cotisations par l'adhérent après résiliation de l'adhésion dans les conditions de la documentation contractuelle.
- lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions pour être assuré.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée par l'adhérent au gestionnaire ou à l'assureur par courrier recommandée :

- Au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année,
- en cas de changement majeur d'une des conditions du contrat, dans le délai de 30 jours à compter de la notification de cette modification par l'assureur.