

Assurance Surcomplémentaire 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 SANTE COLLECTIVE « Surcomplémentaire »

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. Il complète les remboursements du produit PREPAR Santé Collective Socle et est souscrit par le salarié lui-même. Ce produit répond au dispositif des contrats « responsables ».



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** : chambre particulière, frais d'accompagnement des enfants de moins de 16 ans ;
- ✓ **Soins courants** : consultations médecins, actes de spécialité et de chirurgie, imagerie médicale, auxiliaires médicaux, analyses, transport remboursé par la Sécurité sociale, cure thermale remboursée par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Appareillage** : prothèse orthopédique, auditive, non dentaire, petit et gros appareillage ;
- ✓ **Frais dentaires** : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie, implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale ;
- ✓ **Frais optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles, chirurgie réfractive ;
- ✓ **Maternité** : chambre particulière, forfait naissance et adoption, forfait procréation et amniocentèse, pilules contraceptives prescrites non remboursées par le régime obligatoire ;
- ✓ **Actes de prévention** : vaccins et médicaments contre le paludisme prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale, bilan et suivi chez un médecin nutritionniste, actes d'ostéopathie, sevrage tabagique prescrit (gomme et patch) ;
- ✓ **Soins à l'étranger** : soins remboursés par la Sécurité sociale.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Avance des frais avec le tiers payant ;
- ✓ Programme d'avantages clients : réductions exclusives auprès de nombreux partenaires.

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 frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ou à la classification commune des actes médicaux.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués en gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires.
- ✗ Les cures de toutes natures, les soins esthétiques, la thalassothérapie.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire et les franchises légales sur les boîtes de médicaments, 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.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! Les actes hors nomenclature effectués à l'étranger.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Postes de garantie incluant un forfait** : prise en charge limitée par année d'adhésion.
- ! **Chambre particulière** : prise en charge limitée par jour et par bénéficiaire.
- ! **Frais d'accompagnement des enfants de moins de 16 ans** : prise en charge limitée à 30 jours par année d'adhésion.
- ! **Prothèse dentaire et orthodontie** : le montant cumulé de prise en charge au titre de ces deux garanties est plafonné à 1300 euros par année d'adhésion et par bénéficiaire.
- ! **Ostéopathie et suivi nutritionnel** : prise en charge plafonnée par consultation et nombre de consultation limité par bénéficiaire et par année d'adhésion.
- ! **Optique** : 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.
- ! **Postes optiques et dentaires** : délai d'attente de 3 mois applicable sous conditions.
- ! **Suspension des garanties** : pendant les périodes de suspension du contrat de travail, sauf quand l'entreprise choisit expressément de maintenir les garanties au profit de son salarié.
- ! En cas de modification à la baisse, il ne sera plus possible par la suite d'opter pour un changement de garantie de niveau supérieur.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France métropolitaine, dans les départements, régions ou collectivités d'Outre-mer.
- ✓ Pour mes dépenses de soins inopinés à l'étranger, le remboursement se fait en euros sur la base d'un pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale comme si les soins avaient été apportés en France.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

À la souscription du contrat

- Résider en France métropolitaine ou dans un des départements et Régions d'Outre-mer ou dans une Collectivité d'Outre-mer ;
- Être Bénéficiaire des garanties du produit PREPAR Santé Collective "socle" souscrite par ailleurs par son employeur ;
- Relever d'un Régime d'assurance maladie obligatoire français ;
- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription ;
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur ;
- Régler la cotisation (ou fraction de 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 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale ;
- Informer des changements de situation :
 - changement ou cessation d'activité professionnelle, de statut professionnel, de catégorie professionnelle, modalité d'exercice de la profession, séjour ou déplacement professionnel à l'étranger ;
 - changement d'adresse postale et/ou électronique, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité ;
 - perte du bénéfice de la Convention PREPAR Santé Collective « socle ».
- Déclarer à l'assureur toute autre assurance complémentaire santé cumulative.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement par prélèvement automatique ou chèque.

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 au 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 prennent fin :

- en cas de non paiement des cotisations par l'adhérent, après résiliation de l'adhésion par l'assureur ou son délégataire dans les conditions de la documentation précontractuelle et contractuelle ;
- en cas de résiliation du contrat PREPAR santé collective « socle » ;
- au profit des ayants droit lorsqu'ils cessent d'être affiliés au produit PREPAR Santé collective socle.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée par l'assuré au gestionnaire ou à l'assureur par courrier recommandé :

- 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.