

Assurance Complémentaire Santé

Document d'Information sur le produit d'assurance

Compagnie : SOGECAP

Produit : Santé Madelin

Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le code des assurances - Numéro d'agrément : 5020040

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit avant examen de vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

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

Le produit d'Assurance Santé Madelin 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'accident, de maladie ou de maternité, en complément du Régime Obligatoire. Le produit intervient dans le cadre de la fiscalité de la loi Madelin et respecte les conditions légales des contrats responsables. L'adhésion au contrat est réservée aux professionnels indépendants.



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. Une partie des frais engagés peut rester à votre charge. En tout état de cause, les remboursements ne peuvent pas excéder les frais réels engagés.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Consultations, analyses médicales, radiologie, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursé à : 65%, 30% ou 15% par la Sécurité sociale), orthopédie, vaccin antigrippe.
- ✓ **Hospitalisation et maternité :** Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport.
- ✓ **Frais dentaires :** Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique :** Lunettes (monture et verres) et lentilles.
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** Prothèses, orthèses, audioprothèses.
- ✓ **Actes de prévention dans le cadre du contrat responsable :** Soins dentaires et consultations, vaccins.

GARANTIES OPTIONNELLES

- Médicaments prescrits mais non remboursés.
- Chambre particulière, lit accompagnant.
- Prothèses dentaires et orthodontie non prises en charge par la Sécurité sociale, implantologie, parodontologie.
- Opération de la vision au laser.
- Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale : soins, hébergement et transport.
- Allocation maternité, Fécondation In Vitro (FIV), amniocentèse non remboursée.
- Diagnostic en diététique, forfait prévention.
- Médecine alternative : l'ostéopathie, la chiropractie, l'étiopathie, la naturopathie, l'acupuncture, les actes de pédicurie-podologie effectués par un pédicure-podologue assermenté.

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ **Réseau de soins :** Carte Blanche Partenaires (réductions tarifaires chez les opticiens et audioprothésistes partenaires).
- ✓ **Téléconsultation :** MédecinDirect.

ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Informations santé et prévention, coaching antistress.
- ✓ Aide ménagère ou auxiliaire de vie.
- ✓ Garde des enfants, école à domicile ou à l'hôpital.
- ✓ Service d'accompagnement lors de déplacements professionnels, aide à la recherche d'un collaborateur de remplacement.
- ✓ Livraison de médicaments.
- ✓ Accompagnement médico-social et psychologique.
- ✓ Présence d'un proche.

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 engagés pour les séjours dans les établissements ou services suivants : hélimarins, ou de thalassothérapie, de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les centres hospitaliers pour les personnes âgées dépendantes.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale.
- ✗ Les cures de sommeil, d'amaigrissement, de rajeunissement, de désintoxication.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Optique :** Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire :** Prise en charge limitée à 1 500€ ou 2 000€ par an en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Chambre particulière :** Limité à 60€ ou 75€ par jour en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Lit accompagnant :** Limité à 30€ ou 45€ par jour en fonction du niveau de garantie choisi.
- ! **Consultations et visites de psychiatres ou neuropsychiatres :** Limité à 52 consultations par année d'adhésion et par assuré.
- ! **Hospitalisation :**
 - Hospitalisation pour affections psychopathologiques : Garanties limitées à 90 jours par année civile et par assuré.
 - Séjours en maison de repos ou convalescence : Couverture uniquement si faisant suite à hospitalisation et médicalement ordonnés. Limité à 30 jours par année d'adhésion et par assuré.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger si la durée du séjour ne dépasse pas trois mois consécutifs.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion au contrat :

- Remplir avec exactitude la Demande d'Adhésion fournie par l'assureur.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Payer la cotisation.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Payer la cotisation.
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale.
- Informer l'assureur des événements suivants, dans les 15 jours qui suivent la connaissance que l'assuré a de l'un de ces événements :
 - Changement de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie.
 - Changement de profession : dans ce cas, l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat. Ce changement peut dans certains cas entraîner la modification du contrat et de la cotisation.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables au jour figurant dans la Demande d'Adhésion.
- Aux choix de l'assuré, elles sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.
- Le règlement est effectué par prélèvement automatique ou par chèque.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet du contrat est indiquée au Certificat d'adhésion et est fixée d'un commun accord sous réserve de l'encaissement effectif de la première cotisation par l'assureur.
- En cas de contrat conclu à distance, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- A la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins 60 jours avant cette date.
- En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle vous amenant à ne plus être éligible au contrat.
- En cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.