

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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont détaillés dans le tableau de garanties.

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

Dans le cadre d'une souscription individuelle, le produit Options Individuelles d'Extension Familiale Santé est destiné aux salariés couverts par un régime de frais médicaux collectifs de PRODIGÉO ASSURANCES. Il vise à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge des ayants droit du souscripteur (conjoint et/ou enfants à charge) en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément du régime de base d'assurance maladie en France métropolitaine, lorsque les ayants droit sont exclus de la couverture collective du souscripteur. Le produit respecte les conditions légales des contrats « responsables » et de la réforme « 100 % Santé ».



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. Avec tout autre remboursement, ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et une somme peut rester à votre charge. Le niveau de garantie des bénéficiaires est aligné sur celui du souscripteur au titre de sa couverture collective ou d'un complément individuel.

GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Honoraires médicaux et paramédicaux** : consultations et visites de généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie, soins externes, auxiliaires médicaux, soins infirmiers et transport sanitaire
- ✓ **Analyses et examens de laboratoires**
- ✓ **Médicaments** : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %
- ✓ **Matériel médical** : appareillages orthopédiques et autres prothèses
- ✓ **Hospitalisation** : forfait journalier hospitalier, honoraires, frais de séjour et lit pour accompagnant
- ✓ **Optique** : verres, montures et lentilles de contact remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : soins dentaires, inlays/onlays, prothèses et orthodontie remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Aides auditives** : prothèses auditives et accessoires
- ✓ **Actes de prévention**

GARANTIES OPTIONNELLES

Médicaments : médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 % ou à 30 %, vaccins et contraception féminine prescrits non remboursés par la Sécurité sociale
Hospitalisation : chambre particulière
Optique : lentilles de contact non remboursées par la Sécurité sociale et chirurgie réfractive de la vue
Dentaire : parodontologie, orthodontie adulte non remboursée par la Sécurité sociale et implants dentaires
Médecines complémentaires et alternatives agréées
Cures thermales
Assistance

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseaux de soins
- ✓ Analyse de devis
- ✓ Téléconsultation médicale

Les garanties et services précédés d'une coche ✓ sont systématiquement prévus au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus hors de la période de validité du contrat
- ✗ Les éventuels suppléments pour confort personnel en cas d'hospitalisation (téléphone, télévision, etc.)
- ✗ Les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf stipulation contraire prévue par le contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1 € sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, examen radiologique et analyse de biologie médicale
- ! La franchise de 0,50 € sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! La franchise de 2 € sur les transports sanitaires
- ! Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins
- ! **Honoraires** : prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
- ! **Prothèses** : remboursement limité à un montant compris entre 2 500 € et 10 000 € par bénéficiaire et par an, pour le cumul des dépenses liées aux prothèses dentaires acceptées par la Sécurité sociale, aux prothèses auditives et au matériel médical
- ! **Optique** : remboursement de la monture limité à 100 € et prise en charge d'un équipement optique par période de 24 mois, réduite à 12 mois pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Orthodontie adulte** : prise en charge limitée à 6 semestres consécutifs
- ! **Prothèses auditives** : prise en charge limitée à un appareil par oreille par période de 4 ans et par bénéficiaire
- ! **Médecines complémentaires et alternatives agréées** : remboursements limités aux dépenses liées aux soins effectués en France métropolitaine
- ! **Cures thermales** : remboursement limité à une cure par an et par bénéficiaire



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 du régime de base de la Sécurité sociale française, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité ou suspension des garanties ou de résiliation du contrat

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude et signer la demande de souscription
- Fournir tous les documents justificatifs demandés par l'assureur
- Garantir que les bénéficiaires ne sont pas couverts par un autre contrat de complémentaire santé, sauf dans le cadre d'une couverture obligatoire d'entreprise au titre d'une activité salariée sous contrat à durée déterminée ou d'intérim

En cours de contrat :

- Informer l'assureur en cas de changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de bénéficiaires ou de régime de base d'assurance maladie des bénéficiaires
- Régler les cotisations prévues par le contrat
- Ne pas souscrire un autre contrat de complémentaire santé couvrant les bénéficiaires

Pour le remboursement des frais de santé :

- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale ou de la date de survenance des soins non remboursés par la Sécurité sociale
- Fournir tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance par fraction mensuelle et par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date mentionnée dans la demande de souscription, sous réserve du paiement des cotisations. Cette date est fixée au plus tôt au premier jour qui suit la demande de souscription et ne peut être rétroactive. Par exception, la date d'effet peut être fixée au jour de l'affiliation du souscripteur au régime de frais médicaux collectifs de l'assureur, lorsque la demande est formulée dans le mois qui suit cette affiliation.

Le contrat est conclu jusqu'à la fin de l'exercice civil en cours et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction. Il prend fin en cas de résiliation à l'initiative du souscripteur ou de l'assureur, de cessation d'affiliation du souscripteur aux régimes de frais médicaux collectifs de l'assureur ou lorsque les bénéficiaires ne sont plus ayants droit du souscripteur, sont décédés ou ne relèvent plus d'un régime de base d'assurance maladie de France métropolitaine.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation du contrat doit être signifiée à l'assureur par lettre, support durable ou tout autre moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances.

De manière générale, la résiliation prend effet à la fin de l'exercice civil, sous réserve d'avoir été signifiée à l'assureur au moins 2 mois auparavant. Par exception, elle peut prendre effet de manière anticipée, par défaut à l'expiration du délai d'un mois après que l'assureur en a reçu notification, dans les situations suivantes :

- le souscripteur a été informé d'une augmentation de sa cotisation supérieure à celle de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie « ONDAM ») ou d'une diminution des droits nés du présent contrat, et a formulé sa demande dans les 30 jours suivant la date d'envoi de cette information ;
- le souscripteur a changé de régime matrimonial au cours des 3 derniers mois ;
- les bénéficiaires de la couverture ont été admis au bénéfice de la Complémentaire santé solidaire,
- le souscripteur ne fait plus partie des effectifs de l'entreprise adhérent à la couverture collective mais continue à bénéficier du maintien des garanties collectives sans contrepartie de cotisations ;
- la résiliation intervient après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription.