Assurance Frais de santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Assureur : Mutuelle d'assurance CARCEPT Prev

Produit : CARCEPT PRO SANTE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions des Conditions générales et Notice d'information. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Une information précontractuelle et contractuelle complète est fournie dans les Conditions générales, la Notice d'information et le tableau des garanties.

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

CARCEPT PRO SANTE a pour objet le remboursement de tout ou partie des frais de soins de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément des remboursements de la Sécurité sociale.

Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds [et peuvent varier en fonction du niveau de garantie choisi]. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée. Les montants ou forfaits pris en charge figurent dans le tableau des garanties.

✓ **SOINS COURANTS**
- Honoraires médicaux
- Honoraires paramédicaux
- Actes d'imagerie, d'échographie
- Analyses et examens de laboratoire
- Médicaments remboursés par la Sécurité sociale
- Matériel médical remboursé par Sécurité sociale (LPP)
- Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale

✓ **HOSPITALISATION**
- Honoraires
- Forfait journalier hospitalier
- Frais de séjour
- Chambre particulière par jour
- Frais d'accompagnant par jour (- de 16 ans)
- Forfait actes lourds
- Forfait patient urgences

✓ **DENTAIRE**
- Soins
- Soins et prothèses « 100 % Santé »
- Prothèses à honoraires maitrisés et libres
- Autres actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale
- Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

✓ **OPTIQUE**
- Equipement « 100 % Santé »
- Equipement optique prix libre
- Prestation d'adaptation
- Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale

✓ **AIDE AUDITIVE**
- Equipement « 100 % Santé »
- Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale

✓ **PREVENTION et MEDECINE DOUCE**
- Forfait global médecine douce (Ostéopathie)
- Patch anti-tabac

✓ **DIVERS**
- Frais de transport remboursés par la Sécurité sociale

✓ **ASSISTANCE**

Selon la garantie choisie :
Actes prothétiques non remboursées par la Sécurité sociale ; Parodontologie ; Implantologie ; Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale ; Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale ; Chirurgie de la vision ; Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale (honoraires, transport et hébergement) ; forfait naissance, adoption.

Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

CARCEPT PRO SANTE ne rembourse pas :
- ✗ les soins non prévus dans le tableau des prestations

Y a-t-il des restrictions de garanties ?

Les principales exclusions de votre contrat :

Exclusions « contrats responsables » :
- ! Participation forfaitaire de 1€ sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! Franchise de 0.50€ sur les boîtes de médicaments et actes d'auxiliaires médicaux ; franchise de 2€ sur les transports sanitaires
- ! Majoration du ticket modérateur en cas de non-respect du parcours de soins (consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Autres exclusions contractuelles :
- ! Les frais entrant dans le cadre de l'action sanitaire et sociale ;
- ! Le forfait maternité/adoption aux enfants de l'adhérent ou de son conjoint, son concubin ou de la personne liée par un pacs, même s'ils sont à leur charge ;
- ! Les lentilles de couleur non correctrices, ainsi que tous les produits d'entretien ;
- ! Les cures et opérations de rajeunissement et de remise en forme ainsi que leurs suites ;
- ! Les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf celles reconnues et prises en charge par la sécurité sociale au titre de la chirurgie réparatrice.

Dans quel pays suis-je couvert ?

✓ La garantie s'exerce dans le monde entier sous réserve de reconnaissance et de prise en charge par la Sécurité sociale française.

Quelles sont mes obligations ?

▪ A la souscription du contrat
L'Assuré doit remplir une demande individuelle d'adhésion et fournir notamment :
• une copie de son attestation vitale,
• une photocopie recto/verso de la carte d'identité du signataire,
• un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations,
• un relevé d'identité bancaire (RIB) et une autorisation de prélèvement pour le paiement des cotisations s'il a opté pour ce mode de paiement.

Loi « Madelin »
Si l'Adhérent souhaite adhérer au contrat CARCEPT PRO SANTE dans le cadre de la loi « Madelin », il doit également joindre à sa demande d'adhésion une attestation de paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Justificatifs à fournir
Chaque année, l'Assuré devra adresser le cas échéant, les justificatifs suivants :
• une attestation sur l'honneur et un justificatif de domicile commun datés de moins de 2 mois, pour le concubin de l'Assuré ou ses enfants à charge en application de l'article L.160-2 du Code de la Sécurité sociale,
• une copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du Tribunal d'Instance du domicile de l'Assuré ou un extrait d'acte de naissance sur lequel figure la mention du PACS et un justificatif de domicile commun,
• un certificat de scolarité délivré par l'établissement d'enseignement indiquant les dates de début et de fin d'études,
• pour les étudiants, une attestation d'affiliation au régime de base de protection sociale concerné,
• une copie du contrat de travail ou d'apprentissage pour les enfants garantis tels que définis ci-dessus.

Tout changement de situation de famille doit être signalé à l'Assureur, de même que les changements d'adresse, de compte bancaire (envoi d'un nouveau RIB indispensable), changement de bureau payeur de Sécurité sociale

▪ En cours de contrat
Vous êtes tenus de fournir à la mutuelle toutes pièces et documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.

Quand et comment effectuer les paiements?

Les cotisations sont payables d'avance le 10 du mois d'échéance de la cotisation, par prélèvement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel, ou par chèque. Les cotisations sont dues à compter de la date d'effet de l'adhésion.

A quel moment le contrat commence-t-il et à quel moment prend-il fin ?

La couverture prend effet au jour mentionné sur le certificat d'adhésion.

La couverture peut être résiliée au 31 décembre de chaque année.

Comment puis-je résilier le contrat ?

L'Assuré peut résilier le contrat frais de santé par l'un des moyens suivants :
- Lettre ou tout autre support durable
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur
- Acte extrajudiciaire
- Communication à distance lorsque l'Assureur le propose pour la souscription.

Cette résiliation peut intervenir :
- À l'échéance du contrat, au moins 2 mois avant l'échéance ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, à tout moment. La résiliation sera effective un mois après que l'Assureur en a reçu notification par l'adhérent.
- En cas de refus de la modification du contrat par l'Assureur (révision des cotisations ou réduction des garanties), dans un délai d'un mois suivant la proposition de modification. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.