

Assurance Frais de Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Produit assuré par Monceau Générale Assurances, entreprise immatriculée en France- RCS Blois N°414 086 355. Entreprise régie par le code des assurances et labélisée Monceau Assurances.

Nom du Produit : MONCEAU SANTE

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. 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'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Ce produit respecte les conditions légales du contrat responsable et est éligible au dispositif fiscal Madelin.



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 et non conventionné** : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, honoraires médicaux et chirurgicaux, frais médicaux.
- ✓ **Séjours en soins de suite, réadaptation, rééducation et assimilés, séjours en psychiatrie en secteur conventionné** : forfait journalier hospitalier, frais de séjour, honoraires médicaux et frais médicaux.
- ✓ **Soins courants** : honoraires médicaux (consultations généralistes et spécialistes, actes médicaux, imagerie médicale), honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, forfait patient urgences, matériel médical (prothèse orthopédique petit et gros appareillage), transport, médicaments remboursés par la Sécurité sociale, forfait médicaments prescrits et non remboursés par la sécurité sociale, médecine naturelle, vaccins non remboursés par la Sécurité sociale, psychologues conventionnés remboursés par la Sécurité sociale
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses dentaires « 100% Santé », autres soins, prothèses et orthodontie remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres) dont équipement « 100% santé » et « offre libre », lentilles,
- ✓ **Aides auditives** : dont équipement « 100 % Santé » et « Offre Libre », accessoires et consommables.
- ✓ **Autres garanties** : Dépenses médicales effectuées à l'étranger et remboursées par la Sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation : chambre particulière en secteur conventionné/non conventionné, frais d'accompagnant en secteur conventionné.

Soins courants : cure thermale.

Dentaire : prothèses dentaires et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale, implants et parodontologie.

Optique : opération de la vision au laser y compris implants oculaires non remboursés par la Sécurité sociale

LES SERVICES

- ✓ Avance des frais avec le tiers-payant.
- ✓ Espace assuré.
- ✓ Assistance.
- ✓ Programmes d'avantages clients : Bonus fidélité.

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 dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours.
- ✗ Les frais de santé non consécutifs à un accident ou une maladie ou une maternité tels que les soins esthétiques, les cures ou thalassothérapies.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux.
- ! 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

- ! **Garanties incluant un forfait de prise en charge** : limitation annuelle.
- ! **Hospitalisation en secteur non conventionné** : prise en charge limitée et réduite à certains frais.
- ! **Chambre particulière en secteur conventionné** : non prise en charge en séjour psychiatrique, prise en charge plafonnée et conditionnée pour les séjours en maison de repos et assimilé.
- ! **Orthodontie et prothèses dentaires** (hors 100% Santé) : prise en charge plafonnée à compter du niveau 4.
- ! **Optique** : un équipement tous les 2 ans à compter de la dernière acquisition. Renouvellement anticipé dans les conditions prévues par le dispositif des contrats dits « Responsables et solidaires ».
- ! **Cure thermale** : cure thermale non remboursée par la sécurité sociale.
- ! **Aides auditives** : prise en charge tous les 4 ans.
- ! **Dépenses médicales à l'étranger** : prise en charge limitée et sous conditions.
- ! **Assistance** : prise en charge limitée et sous conditions.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Dans le monde entier.
- ✓ Dans le cas où les dépenses médicales ont été effectuées à l'étranger, le remboursement se fait en euros en complément du remboursement de la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

A la souscription du contrat

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur ;
- Fournir tout document justificatif demandé 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 d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, par prélèvement automatique ou chèque.
Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (semestriel, trimestriel, mensuel).



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion. 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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée à AGLAE GESTION selon les conditions prévues au contrat :

- au 31 décembre de chaque année et au moins deux mois avant cette date ;
- à tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, sans frais ni pénalité ;
- en cas de modification du contrat dans le délai de 30 jours à compter de la notification de la modification du contrat par l'assureur.