

# Dispositions Générales

## Complémentaire Santé

### 1 Les principales définitions

#### **Vous**

Désigne le souscripteur, l'adhérent ou l'assuré.

#### **Nous**

Désigne la société d'assurance mentionnées aux dispositions personnelles.

#### **Souscripteur**

La personne signant le contrat et désignée aux dispositions personnelles.

#### **Adhérent**

La personne signant le bulletin d'adhésion et désignée au certificat d'adhésion.

#### **Assuré**

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux dispositions personnelles.

#### **Dispositions personnelles**

Désignent également le certificat d'adhésion.

#### **Domicile**

Lieu de résidence principale ou adresse du souscripteur, de l'adhérent ou de l'assuré précisée aux dispositions personnelles.

#### **Maladie**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

#### **Accident**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

#### **Hospitalisation**

Séjour en qualité de patient prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

#### **Transport**

Le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

#### **Régime obligatoire**

Régime légal de prévoyance sociale auquel est obligatoirement affilié l'assuré.

#### **Tarif de convention**

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé *ayant* adhéré aux Conventions Nationales.

### **Tarif de responsabilité**

Tarif arrêté par les Pouvoirs Publics et qui s'applique au remboursement des séjours hospitaliers et à certains actes.

### **Tarif d'autorité**

Tarif servant de base au remboursement des honoraires et soins dispensés par des praticiens non conventionnés.

### **Nomenclature des actes professionnels**

Liste des actes médicaux remboursables par les Régimes Obligatoires.

Les actes sont symbolisés par une lettre :

Exemple : **C** = Consultation

**K** = Acte Opératoire.

### **Échéance principale**

Date de renouvellement du contrat ou de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir.

### **Échéance**

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de celle-ci si vous avez opté pour un paiement semestriel, trimestriel ou mensuel.

### **Avenant**

Modification du contrat et document matérialisant cette modification.

## **2 Les garanties**

Dans les conditions et limites de la garantie choisie, mentionnée aux dispositions personnelles le contrat garantit :

### **2 • 1 : Le remboursement des frais médicaux suivants :**

- les frais de médecine générale et spécialisée (visites, consultations, déplacements de médecins, soins dispensés par les médecins),
- les actes des auxiliaires médicaux,
- les médicaments,
- les analyses et examens de laboratoires,
- les actes de radiologie, d'imagerie, d'échographie,
- les soins et prothèses dentaires, les frais d'orthodontie,
- les frais et appareils d'optique,
- les appareillages auditifs , orthopédiques et autres prothèses,
- les interventions chirurgicales,
- les hospitalisations, y compris le forfait hospitalier,
- les frais de transport du malade ou de l'accidenté,
- les cures thermales ( forfait d'eau et forfait médical).

Pour le remboursement des actes médicaux, nous nous conformons aux dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels de la Sécurité Sociale ou du tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS).

## **2•2 : Le versement d'indemnités forfaitaires suivantes :**

- une indemnité en cas d'accouchement de l'assurée au prorata de la période de garantie (également versée pour une adoption),
- une allocation forfaitaire en cas de cure thermale prise en charge par le Régime Obligatoire.
- une allocation obsèques en cas de décès d'un assuré, versée au conjoint, à défaut aux enfants de l'assuré par parts égales, à défaut aux autres héritiers.

**Cette garantie ne fait pas partie des garanties prévues dans le cadre du contrat d'assurance de groupe «Madelin »**

## **2•3 : Le remboursement des soins de chiropractie ou d'ostéopathie**

non remboursés par le régime obligatoire dans la limite de la participation prévue.

## **2•4 : Le remboursement de la chambre particulière**

dans la limite du plafond journalier prévu.

## **2•5 : Le remboursement des frais pour le lit d'accompagnant en cas d'hospitalisation**

d'un enfant assuré âgé de moins de 14 ans, pendant 15 jours par an dans les limites du plafond journalier prévu.

## **2•6 : Le remboursement des vaccins et des traitements anti-paludéens**

quand ceux ci ne sont pas pris en charge par votre Régime Obligatoire, dans la limite du montant prévu.

## **2•7 : Le remboursement des prothèses dentaires**

des implants, de l'orthodontie, de la parodontologie non pris en charge par le Régime Obligatoire ou hors nomenclature, dans les limites des montants et plafonds prévus.

## **2•8 : Le remboursement de certains actes de prévention dentaires**

non remboursés par le régime obligatoire (curetage sous gingival et pose d'un vernis fluoré) dans la limite du forfait prévu.

### **2•9 : Le versement d'un forfait optique en complément de notre remboursement**

pour les verres et les montures. Ce forfait couvre les lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire ainsi que la chirurgie réfractive de la myopie, sur prescription médicale. Il est versé une fois par année d'assurance et par personne dans la limite des frais réels.

### **2•10 : Le versement d'un forfait auditif**

en complément de notre remboursement pour les prothèses auditives.

### **2•11 : Le remboursement d'un examen de d'ostéodensitométrie**

(mesure de la densité osseuse) en prévention de l'ostéoporose : un examen pour la vie du contrat ou de l'adhésion.

### **2•12 : Le remboursement de la dépose du holter tensionnel**

non prise en charge par le régime obligatoire sur la base d'une consultation de spécialiste (CS).

### **2•13 : Après 2 ans d'assurance dans cette garantie**

Les remboursements des frais dentaires, pris en charge par le régime obligatoire, et le forfait optique sont majorés selon les montants prévus. Il s'agit d'un bonus fidélité.

Pour chaque assuré, sont couvertes les dépenses de santé engagées entre les dates d'effet et de résiliation de sa garantie (la date des soins retenue par le régime obligatoire sert de référence).

En dentaire, les dépenses doivent également être situées dans la période de garantie, ainsi que les dates de propositions et d'exécution des travaux.

## **3 Entrée en vigueur des garanties**

Les garanties de votre contrat, ainsi que les augmentations de garantie et les extensions d'assurance, prévues par avenant sont acquises :

> sans délais d'attente pour la formule minimale et pour toutes les formules pour la gamme principale

> Pour les autres formules de la gamme principale, il n'y a pas de délais d'attente en cas d'accident, ni en ce qui concerne les soins courants sauf :

- 3 mois pour l'hospitalisation suite à une maladie,
- 6 mois pour l'optique, les cures thermales, les soins dentaires, les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses,
- 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie les grossesses, la maternité ( y compris les frais de chambre particulière).

Les délais d'attente concernent la partie du remboursement excédant le niveau de garantie de la formule P5 (L4 pour le régime local Alsace Moselle).

Pour les formules « Garantie supplémentaire » les garanties sont acquises :

- immédiatement en cas d'accident,
- après un délai d'attente de 3 mois sauf
- 6 mois pour l'optique, les cures thermales, les soins dentaires, les appareillages auditifs, orthopédiques et autres prothèses,
- 9 mois pour les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'implantologie, la parodontologie, les grossesses, la maternité ( y compris les frais de chambre particulière).

Ces délais d'attente peuvent être abrogés dans les conditions prévues aux dispositions personnelles.

## **4 Assurance des nouveau-nés**

Le nouveau-né peut être assuré immédiatement et l'enfant est garanti sans délai d'attente. Les éventuelles affections congénitales sont couvertes si l'un des parents est assuré depuis plus de 9 mois au jour de la naissance. Le bulletin de naissance devra nous parvenir dans le mois qui suit la naissance.

Dans les autres cas, la garantie du nouveau-né prendra effet à la date de réception de la demande d'extension. Les délais d'attente seront applicables.

## **5 Etendue territoriale des garanties**

La garantie remboursement des frais médicaux de votre contrat s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où le Régime Obligatoire intervient. Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'Etat Français. Cette extension de garantie ne concerne que les assurés résidant durablement en France métropolitaine.

## 6 Cas où la garantie ne s'exerce pas

> Les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

- d'un acte intentionnel de l'assuré,
- de l'usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits,
- de l'alcoolisme, de l'ivresse ou de la démence,
- de la participation de l'assuré à des rixes sauf légitime défense,
- de la guerre étrangère, de la guerre civile,
- de la participation active de l'assuré à des émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme et de sabotage,
- de cataclysme,
- de la désintégration de noyau atomique, de l'émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité.

> Sont également exclus de la garantie :

- les maladies médicalement constatées ou accidents survenus à l'occasion du service national ou de périodes militaires supérieures à un mois,
- les séjours en centre de gériatrie ou de gérontologie, ou tout autre établissement dit de long séjour pour personnes âgées,
- les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti,
- les frais de diététique (hospitalisation et traitements),
- les cures de rajeunissement ainsi que leurs suites,
- les traitements par psychanalyse,
- les frais de voyage et de séjour en établissement thermal, en établissement médico-social, en établissement à caractère sanitaire, de vacances, en aérium, home d'enfants,
- la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international ainsi que les entraînements afférents,
- la pratique des sports mécaniques et aériens (y compris alpinisme, spéléologie).
- Par ailleurs, les frais d'hospitalisation pour le traitement des affections mentales ou neuro dépressives seront limités à 90 jours pour toute la vie du contrat ou de l'adhésion.