

Assurance Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Prudence Créole
Assurément réunionnais



PRUDENCE CREOLE – Entreprise régie par le Code des Assurances – Société anonyme d'assurances I.A.R.D.T au capital de 7.026.960€ | Siège social : 32 rue Alexis de Villeneuve – CS 71081 – 97 404 Saint-Denis Cedex | SIREN 310 863 139 – RCS St-Denis de La Réunion – N° de Gestion 72 B 59 – APE 6512Z | Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026 | Tel : 0262 70 95 00 – Site web : [http : //www.prudencecreole.com](http://www.prudencecreole.com)

Europ Assistance France – Assureur des garanties d'assistance – Société anonyme au capital de 23.601.857€ | Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 451 366 405, sise 1 promenade de la Bonnette – 92230 Gennevilliers

Produit : SANTÉ CRÉOLE

Ce document d'information a pour but de vous donner un aperçu des principales couvertures et exclusions relatives à cette assurance. Ce document n'est pas personnalisé en fonction de vos besoins spécifiques et les informations qui y sont reprises ne sont pas exhaustives. Pour toutes informations complémentaires concernant l'assurance choisie et vos obligations, veuillez consulter les conditions pré-contractuelles et contractuelles relatives à cette assurance.

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

Le produit Santé Créole a pour objet le remboursement pour une personne physique des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par un accident, une maladie ou une maternité en complément des prestations versées par votre Régime Obligatoire français. Sont également couverts certains soins non pris en charge par le Régime Obligatoire.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les garanties sont soumises à des plafonds fixes définies dans la formule

LES GARANTIES ET LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

Les garanties de biens :

- ✓ **Hospitalisation** : Frais de séjour, forfait hospitalier, soins, chambre particulière, accompagnant
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux, imagerie, radiologie, actes de spécialité, auxiliaire médicaux, analyses, pharmacie, ostéopathie, transport sanitaire
- ✓ **Art dentaire** : soins dentaires, prothèses et orthodontie remboursées
- ✓ **Frais d'optique** : lunettes (monture+2 verres), lentilles prescrites, chirurgie optique
- ✓ **Prothèses médicales** : auditives, orthopédiques, capillaires, mammaires, oculaires
- ✓ **Cures thermales** : Frais médicaux et de séjour
- ✓ **Forfaits** : Allocation de naissance-adoption, allocation de solidarité obsèques (pour le souscripteur du contrat)
- ✓ **Prévention**

Les services d'Assistance :

- ✓ Assistance médicale (Europ Assistance)

Les services Prestations :

- ✓ Le paiement des prestations est délégué à APRIA R.S.A.
- ✓ Tiers Payant généralisé

La carte à puce :

- ✓ Une carte pour chaque assuré titulaire de son numéro de sécurité sociale

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Elles sont souscrites en complément de la formule principale choisie

- Renfort dentaire remboursé** : forfait annuel supplémentaire
- Renfort optique remboursé** : forfait supplémentaire par verre et chirurgie optique
- Renfort Auto médication** : forfait annuel (médicaments non remboursés, homéopathie, bilan allergique, bilan nutritionnel en milieu hospitalier)
- Loi Madelin**
- La carte à puce supplémentaire**

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 frais liés à des soins non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie sauf dispositions contraires figurant au tableau de garantie
- ✗ Les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La garantie rapatriement



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

LES PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins
- ! Les lunettes : prise en charge limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! L'allocation obsèques n'est pas garantie au-delà de 65 ans
- ! La formule Jeune Actif ne permet pas de souscrire à certaines garanties
- ! Le non remboursement des spécialités pharmaceutiques non prescrites par un médecin

LES PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! La prise en charge d'une hospitalisation en maison d'accueil spécialisée et EHPAD est limitée à 30 jours par an sur la base de 100% du tarif de responsabilité
- ! L'hospitalisation à domicile en continuation d'un séjour hospitalier est pris en charge dans la limite de 90 jours sur la base de 100% du tarif de responsabilité
- ! Une somme peut rester à la charge de l'assuré (franchise)

La liste des exclusions et restrictions n'est pas exhaustive, se référer aux conditions générales et particulières.



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ En France et à l'étranger pour les séjours n'excédant pas 3 mois.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français et s'il s'applique.
- ✓ Pour les garanties d'assistance, elles s'exercent selon le lieu de votre résidence principale à La Réunion ou à Mayotte.



Quelles sont mes obligations ?

SOUS PEINE DE NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE OU DE NON GARANTIE :

À la souscription du contrat :

- Répondre avec précisions aux questions et demandes de renseignements figurant dans la proposition d'assurance.
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Déclarer toutes les personnes couvertes par le contrat un changement de domicile, de situation de famille, de situation au regard du Régime Obligatoire d'assurance maladie.
- Déclarer les garanties couvrant des risques de même nature souscrits auprès d'autres assureurs.

En cas de sinistre :

- Fournir tous les justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat (décomptes + factures).
- Faire parvenir les demandes de remboursements au prestataire dans un délai maximum de 2 ans suivant la date remboursement des soins de votre Régime Obligatoire.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance auprès de l'assureur. La cotisation est à payer dans les dix jours de la date d'échéance.

Un paiement fractionné peut toutefois être prévu.

Le paiement peut être effectué par chèque, prélèvement automatique ou carte bancaire, en espèces jusqu'à 1.000€ par an par contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Dispositions Particulières. Le contrat est conclu pour la durée indiquée aux Dispositions Particulières. Sauf dispositions contraires, il se renouvelle chaque année de façon automatique.

La garantie est accordée à vie.



Comment puis-je résilier le contrat ?

La résiliation peut être demandée soit par lettre recommandée soit par déclaration faite contre récépissé auprès de l'assureur ou de son représentant dans les cas et conditions prévus au contrat. Vous devez obligatoirement nous retourner les cartes de Tiers Payant qui seraient en votre possession.