

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance (D.I.P.A)

Eovi-Mcd mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n°317 442 176

Produit – SANTE COIFFEUR TNS



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 ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé 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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Ce produit entre dans le cadre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et est susceptible d'ouvrir droit aux avantages fiscaux prévus par l'article 154 bis du Code Général des Impôts.



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** : honoraires, actes et soins, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement, lit d'accompagnement.
- ✓ **Soins courants** : consultations et visites médecins généralistes, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoire, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et de chirurgie, médicaments à service médical rendu important, modéré ou faible, matériel médical, transport.
- ✓ **Dentaires** : soins, actes et consultations, orthodontie remboursée par l'AMO, prothèses remboursées par l'AMO, implantologie, curetage et surfaçage, greffe gingivale, allongement coronaire, lambeau, inlay/onlay.
- ✓ **Optiques** : lunettes (monture et verres), lentilles remboursées ou non par l'AMO, autres prestations sur verres et monture, traitement correctif de la vision.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, accessoires, entretien, piles, réparation.
- ✓ **Prévention /Bien-être** : ostéopathes, chiropracteurs, étioopathes, pilules prescrites et patchs contraceptifs prescrits non remboursés par l'AMO, vaccins prescrits non remboursés par l'AMO, allocations naissances, psychologues, psychomotricité et ergothérapie, diététiciens, examens de biologie et ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Médecins en établissements non conventionnés.
Frais de séjour en établissements conventionnés ou non.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ MEDECINDIRECT : Consultation médicale à distance
- ✓ Ateliers prévention santé
- ✓ Fonds d'action sociale
- ✓ Réseaux de soins

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Des services pratiques en cas de coups dur ou d'aléas de santé.

Les garanties précédées d'une ✓ 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 l'AMO en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - Dans les unités ou centres de long séjour.
 - Dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO (frais de chirurgie esthétique, frais de traitement et opérations de rajeunissement).
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! 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 pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : Limitée à 40 jours par année civile.
- ! **Frais d'accompagnant** : Limité à 30 jours par année civile en médecine, soins de suite et de réadaptation et psychiatrie. Limité pour les enfants de – de 10 ans.
- ! **Allocation naissance** : Forfait versé sous condition d'inscription de l'enfant.
- ! **Optique** : Limité à 1 équipement tous les 2 ans sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de changement de la vue.
- ! **Aide à domicile** : Selon la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation ou du séjour en maternité.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France métropolitaine et DOM TOM.
- ✓ 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, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Monde entier pour l'assistance suite à une maladie, accident, ou décès lors d'un déplacement.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

A la souscription du contrat :

- Etre affilié à un régime obligatoire (RO) d'assurance maladie.
- Etre travailleur non salarié et être à jour du paiement des cotisations dues au titre des RO maladie et vieillesse et le justifier.
- Compléter, dater et signer le dossier d'adhésion.
- Fournir les justificatifs demandés.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Informer la mutuelle dans le mois qui suit un changement ou un évènement : changement de situation personnelle, familiale ou professionnelle.
- Faire parvenir dans un délai de 2 ans maximum à partir de la date des soins, tous les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat sauf en cas d'échanges de données informatisées.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est due pour l'année et payable d'avance.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou par prélèvement bancaire.

Le paiement peut être fractionné au mois, au trimestre, au semestre selon les conditions prévues au règlement mutualiste.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée sur le bulletin.

La garantie est souscrite pour une année civile et se renouvelle par tacite reconduction sauf en cas de résiliation du contrat demandé par l'assuré ou en cas de radiation prononcée par la mutuelle (pour défaut de paiement), ou en cas de perte de la qualité de TNS, ou en cas de décès de l'assuré.

En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours calendaires révolus soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L222-6 du code de la consommation, si cette dernière est postérieure.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- Vous pouvez résilier votre contrat chaque année en envoyant votre demande par lettre recommandée 2 mois avant la date d'échéance (31 décembre).
- En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, celui-ci peut être résilié dans le délai d'un mois suivant la remise par l'association souscriptrice des nouveaux documents contractuels. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.
- Suite à une cessation d'activité, vous pouvez mettre fin à votre contrat, le premier jour du mois suivant la demande ou la date d'effet de celle-ci sous réserve de la production d'un justificatif.