

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Eovi-Mcd Mutuelle – mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité – SIREN n°317 442176

Nom de produit : Santé Infirmiers Libéraux (FNI)



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 de ses éventuels ayants-droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire-(AMO).

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** : actes, soins, honoraires, participation du patient, forfait journalier hospitalier, frais de séjours, chambre particulière, frais télévision, frais d'accompagnement, transport.
- ✓ **Soins courants** : participation du patient, consultations et visites médecins, auxiliaire médicaux, actes techniques et de chirurgie, analyses, examens de laboratoire et actes d'imagerie, médicaments, médecines douces, cures thermales remboursées par l'AMO.
- ✓ **Dentaire** : actes, soins, radiographies, inlay-onlay, prothèses et orthodontie remboursés par l'AMO.
- ✓ **Optique** : monture, verres, prismes, filtres, lentilles, traitement correctif de la vision.
- ✓ **Aides auditives et matériel médical** : appareillage, orthopédie, aides auditives, prothèses capillaires, implants mammaires.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Actes d'imagerie non remboursés par l'AMO.

Soins, prothèses, orthodontie et actes dentaires non remboursés par l'AMO.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins.
- ✓ MEDECINDIRECT : Consultation médicale à distance.
- ✓ Fonds d'action sociale.

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

- ✓ Soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou décès.

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 l'AMO en cas d'arrêt de travail.
- ✗ La chirurgie esthétique et les traitements radiothérapeutiques à effets destructeurs effectués dans un but esthétique, les soins et traitements esthétiques lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par l'AMO.
- ✗ Les cures et traitements de rajeunissement et de détente.
- ✗ Les actes non pris en charge par l'AMO sauf ceux expressément mentionnés dans les fiches garanties.



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 transports.
- ! 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 :

- ! **Hospitalisation** :
Chambre particulière : limité à 90 jours par année civile.
Frais d'accompagnement : limité à 90 jours par année civile.
Frais télévision : limité à 90 jours par année civile
- ! **Optique** : Limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an (de date à date) pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : plafond variable sur les prothèses dentaires remboursées ou non par l'AMO, et les soins, orthodontie et actes non remboursés par l'AMO.
Les actes hors Classification Commune des Actes Médicaux sont exclus.
- ! **Aides auditives** : forfait par année civile et par oreille.
- ! **Médecines douces** : Limitées à 3 séances par année civile.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

- **A l'adhésion :**
 - Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français.
 - Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion.
 - Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle.
 - Payer la cotisation ou fraction de cotisation demandée.
 - Etre membre de l'association souscriptrice de la garantie.
 - Exercer la profession d'infirmier à titre libéral.
 - Etre à jour du paiement des cotisations dues au titre de l'AMO et de l'assurance vieillesse et le justifier.
- **En cours de contrat :**
 - Informer la Mutuelle de tout changement d'état civil, de domicile, de situation familiale, de coordonnées bancaires et de régime obligatoire d'assurance maladie dans les plus brefs délais et fournir les justificatifs nécessaires.
 - Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le règlement mutualiste.
- **Pour le versement des prestations :**
 - Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
 - Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.
Le paiement intervient selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion
Les paiements peuvent être effectués par prélèvements, par carte bancaire ou par chèques.
Le paiement des cotisations peut être fractionné au mois, au trimestre ou au semestre.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à compter de la date fixée au bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive.
La couverture est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.
La couverture cesse à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'adhérent ou par l'association souscriptrice. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas particuliers prévus au contrat ou cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations.
La couverture cesse au 1er jour du mois suivant la date à laquelle les conditions d'adhésion ne sont plus remplies.
Lorsque la souscription du contrat a été réalisée intégralement à distance, l'adhérent peut renoncer à la couverture dans un délai de 14 jours calendaires à compter de la réception des documents contractuels.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le contrat peut être résilié à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.
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.