

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
Immatriculée sous le n° 317 442 176 - Siège social : 173 rue de Bercy CS 31802 - 75584 PARIS Cedex 12.

PRODUIT : CCN des centres d'hébergement et de réadaptation sociale et des services d'accueil d'orientation et d'insertion pour adultes

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat collectif. Il ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'entreprise (ou autre personne morale) souscriptrice. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties annexé.

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

Cette complémentaire santé est destinée à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de vos salariés en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance maladie obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats solidaires et responsables, ainsi que le panier de soins minimum de l'ANI et les exigences conventionnelles de la branche.



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 annexé. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées. Une somme peut rester à la charge de vos salariés.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ Soins courants et prescriptions médicales : consultations médecin, analyses et examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à Service Médical Rendu (SMR) important prise en charge à 65% par l'Assurance maladie obligatoire.
- ✓ Appareillage remboursé par l'Assurance maladie obligatoire : audioprothèses, prothèses et orthèses.
- ✓ Hospitalisation et maternité : honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier.
- ✓ Transport sanitaire.
- ✓ Frais optiques : monture et/ou verres, lentilles.
- ✓ Frais dentaires : soins dentaires, prothèses dentaires, orthodontie acceptée par l'Assurance maladie obligatoire

LES GARANTIES NON SYSTEMATIQUEMENT PRÉVUES

Dépassement d'honoraires.
Pharmacie à SMR modéré et faible (remboursée à 30% ou 15% par l'Assurance maladie obligatoire)
Chambre particulière, frais d'accompagnant, indemnité de naissance
Chirurgie correctrice de l'œil.
Implant dentaire, parodontologie et orthodontie refusée
Bonification des garanties optiques et dentaires dans le réseau.
Cures thermales.
Ostéopathie, chiropractie, micro-kinésithérapie.
Sevrage tabagique, diététiciens, contraception.
Participation sur frais d'obsèques.

SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Assistance santé et assistance à l'étranger
- ✓ Réseau de soins.
- ✓ Prévention personnalisée.
- ✓ Action sociale

SERVICES NON SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

Protection juridique : recours médical, mesures de protection d'un proche, handicap et dépendance.
Assistance obsèques.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Soins reçus en dehors de la période de couverture.
- ✗ Soins non remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).
- ✗ Indemnités versées en complément de l'Assurance maladie obligatoire en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Séjours en établissement de personnes âgées, dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel et dans les services de longs séjours.
- ✗ Forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux.



Y'a-t-il des exclusions à la couverture ?

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 coordonnés.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Autres exclusions

- ! Les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

Les remboursements sont soumis à des limitations de fréquence qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et qui figurent dans le tableau de garanties.

- ! Optique : limité à un équipement optique tous les deux ans (sauf évolution de la vue ou pour les mineurs).



Où suis-je couvert(e) ?

- ✓ Garantie santé : monde entier. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française et se fait sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.
- ✓ Garantie assistance : en France métropolitaine, à Monaco ou dans les départements et régions d'Outre-Mer et dans le monde entier pour l'Assistance à l'étranger.



Quelles sont mes obligations ?

A l'adhésion

- Fournir à chaque adhérent un bulletin d'adhésion, la notice d'information rédigée par la mutuelle, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle.
- Affilier au contrat la totalité des salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières, sous réserve des cas de dispense admis.

En cours de garantie

- Déclarer à la mutuelle tous les mouvements dans la liste des salariés et ayants droit pour le 20 de chaque mois.
- Affilier les nouveaux salariés de la catégorie éligible visée aux conditions particulières et leur fournir un bulletin d'adhésion et la notice d'information.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation), sous peine de suspension des garanties.



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation est payée par le souscripteur et/ou l'adhérent au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies aux conditions particulières.

Le paiement peut être fractionné au mois ou au trimestre.



Quand commence la couverture et à quel moment prend-elle fin ?

Le contrat collectif prend effet à la date convenue d'un commun accord et indiquée aux conditions particulières pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. Elle est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'entreprise (ou autre personne morale) ou la mutuelle dans les cas et conditions indiqués dans le contrat collectif.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise peut résilier le contrat collectif chaque année, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année (pour prise d'effet au 31 décembre de cette même année).