

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 ?

Cette complémentaire santé est destinée 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 maternité en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

La couverture des salariés est facultative ou obligatoire. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



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, participation du patient, frais de séjour et de transports, hospitalisation en établissement public de santé, forfait journalier hospitalier, participation assuré, chambre particulière, lit d'accompagnant.
- ✓ **Soins courants** : consultations, visites médecins généralistes ou spécialistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, analyses et examens de laboratoires, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et de chirurgie, participation assuré, pharmacie remboursées ou non par l'AMO, transports.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), prismes, filtres, lentilles remboursées ou non par l'AMO.
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations, prothèses et orthodontie remboursées ou non par l'AMO, implantologie, parodontologie.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives, accessoires, entretien, piles, réparations.
- ✓ **Appareillage** : orthopédie, prothèses et appareillage.
- ✓ **Prime de naissance et d'adoption**.
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention prévus par le contrat responsable, cures thermales.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- ✓ Renfort bien être et prévention.

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

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

Les garanties précédées d'une ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et de détente, non pris en charge par l'AMO.
- ✗ Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnels.
- ✗ Les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie.
- ✗ 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:

- ! 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** : Frais de séjour : de 92 à 120 €, dans la limite de 100% du ticket modérateur si celui-ci est supérieur de 92 € à 120 €. Lit d'accompagnant: de 30 à 40 €/jour pour un enfant à charge hospitalisé.
- ! **Optique** : limitation à un équipement par période de 2 ans (de date à date) réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue.
- ! **Dentaire** : les actes hors Classification Commune des Actes Médicaux sont exclus.
Implantologie : limité à 2 implants par année civile.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les salariés et leurs éventuels ayants droit sont couverts 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 ?

Sous peine de suspension des garanties :

➤ Obligation de l'entreprise souscriptrice :

- Relever de la convention collective des pharmacies d'officine
- Affilier au contrat l'ensemble des salariés ou les salariés appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie.
- Etre domiciliée en France.
- Affilier au contrat tous les salariés appartenant à la catégorie de personnel bénéficiaires définie par le contrat.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat.
- Informer la mutuelle de toute cession d'activité, cessation d'activité, dépôt de bilan, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire.
- Transmettre à la mutuelle le contrat signé.
- Transmettre à la mutuelle les bulletins d'adhésion individuels (BAI) modificatifs (si changement d'option / situation de famille) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié.
- Remettre aux salariés la notice d'information établie par la mutuelle, ses avenants ou toute nouvelle notice ainsi que la fiche IPID.

➤ Obligation du salarié ou de l'ancien salarié :

▪ A l'adhésion :

- Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français et appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat.
- Remplir avec exactitude, signer le bulletin d'adhésion individuel et fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

▪ En cours de contrat :

- Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle telles que décrites au contrat.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat.

▪ Pour le versement des prestations:

- Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date de des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- **Pour l'entreprise souscriptrice:** Les cotisations sont payables à terme échu à la date indiquée au contrat. L'entreprise assure le précompte de la cotisation obligatoire du salarié.
- **Pour le salarié ou de l'ancien salarié :** Les modalités de paiement des cotisations facultatives sont fixées au contrat. Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées soit directement par le salarié ou l'ancien salarié auprès de la mutuelle selon les modalités choisies au bulletin d'adhésion individuel soit via un précompte effectué sur le salaire par l'entreprise.

Modalité de paiement: Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, par chèque ou par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

➤ Pour l'entreprise souscriptrice :

L'adhésion de l'entreprise prend effet à compter de la date fixée au contrat. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

L'adhésion de l'entreprise cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

➤ Pour le salarié ou ancien salarié :

La couverture obligatoire du salarié et de ses ayants droit affiliés à titre obligatoire prend effet à compter de la date d'affiliation au contrat. La couverture des ayants droit affiliés à titre facultatif prend effet soit à la date de votre adhésion obligatoire s'ils sont inscrits sur votre bulletin d'adhésion soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

Vous pouvez demander l'adhésion aux garanties optionnelles (pour vous-même et vos ayants droit) soit en même temps que votre adhésion obligatoire soit tous les ans au 1er janvier.

Le maintien facultatif "Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse : à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'entreprise ou par la mutuelle; à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail ; à l'expiration du mois au cours duquel le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel "bénéficiaire" ou à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

Dispositions spécifiques aux couvertures facultatives : Les couvertures facultatives cessent également à la date d'effet de la résiliation par le salarié ou l'ancien salarié à l'échéance annuelle (31 décembre) ou à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

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

➤ **Résiliation par le salarié des couvertures facultatives (uniquement) :** Les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'entreprise. L'adhésion aux garanties optionnelles prend également fin dans les mêmes conditions que celles applicables par l'entreprise sous réserve que le membre participant justifie d'une ancienneté de 12 mois de couverture.

En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, les couvertures facultatives peuvent être résiliées dans le délai d'un mois suivant la remise par la mutuelle des nouveaux documents contractuels. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.