

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° 317 442 176

Produit : Équitéo

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 ayants droit en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Selon le niveau de garantie retenu, le produit respectera ou non les conditions légales des contrats responsables. Cette information est précisée dans la documentation précontractuelle et contractuelle.



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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : actes, soins, honoraires, participation du patient, forfait journalier hospitalier, frais de séjour
- ✓ **Soins courants** : transport
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention pris en charge dans le cadre des contrats responsables

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement
Actes, soins dentaires, inlay-onlay, prothèses dentaires, inlay core, orthodontie, dentaire non remboursé par l'AMO (implantologie dentaire, parodontologie, prothèses transitoires)
Lunettes (monture et verres), lentilles, chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO, accessoires basse vision non remboursés par l'AMO
Consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses, examens de laboratoire, actes d'imagerie, actes techniques et de chirurgie, médicaments à service médical rendu (SMR) important, modéré ou faible, orthopédie, accessoires, appareillage, produits, prothèses capillaires, ostéodensitométrie non remboursée par l'AMO
Aides auditives
Cures thermales prescrites remboursées par l'AMO, médecines complémentaires, pharmacie non remboursée par l'AMO

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

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

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ 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 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.
- ✗ Le remboursement des dépenses de soins pour les personnes résidant à l'étranger non couvertes par l'AMO.
- ✗ 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).
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par l'AMO.



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! La participation forfaitaire de 1€ instaurée sur les actes médicaux.
- ! Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.
- ! La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins pour les contrats responsables.
- ! Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins.
- ! Les remboursements qui découlent d'un événement majeur caractérisant un cas de force majeure.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

(Si prévu dans la garantie)

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière : en soins de suite et de réadaptation limitée à 90 jours par an pouvant être portée à 180 jours en centre agréé de rééducation fonctionnelle, limitée entre 30 et 90 jours par an en psychiatrie et 90 jours en maisons d'enfants à caractère sanitaire.
- ! **Optique** : Remboursement limité à 2 verres et 1 monture par période de prise en charge d'1 an pour les mineurs et 2 ans pour les plus de 18 ans. Période ramenée à 1 an en cas d'évolution justifiée de la vue.
- ! **Dentaire** : Plafond dentaire pour les prothèses dentaires et l'inlay-core pris en charge par l'AMO. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur reste pris en charge.
- ! **Fonds d'action sociale** : voir conditions dans le règlement interne de la commission action sociale.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), Eovi Mcd mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime d'Assurance Maladie Obligatoire français au titre des "soins à l'étranger".



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A l'adhésion :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle.
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion et notamment la photocopie des attestations de droits à l'Assurance maladie en cours de validité de tous les assurés.
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat.
- Signaler à la Mutuelle tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale.
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquées au contrat.
- En cas de modification de garantie, faire la demande au plus tard le 31 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de chaque année.

Pour le versement des prestations:

- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins
- Fournir tous les justificatifs nécessaires aux remboursements des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au bulletin d'adhésion. Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour le paiement par prélèvements automatiques. Les paiements peuvent être effectués par chèque, prélèvement automatique ou en ligne (sous certaines conditions). Le paiement en espèces est autorisé uniquement sous la forme de mandat compte.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion qui ne peut être rétroactive. L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance, vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet, ou à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion (si cette date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion). Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixés par le Règlement Mutualiste.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat à la date d'échéance du contrat, en nous adressant une lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux (2) mois avant cette date.

A titre exceptionnel, l'adhésion peut prendre fin en cours d'année en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis.

Par ailleurs, si vous apportez la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation obligatoire à un autre organisme, la résiliation peut devenir effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.