

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 - INTEGRAL AFFAIRES



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 des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Assurance Maladie Obligatoire (AMO). La couverture des salariés peut être obligatoire ou facultative. 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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : actes, soins, honoraires, participation du patient, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, frais d'accompagnement.
- ✓ **Dentaire** : actes, soins dentaires et inlay-onlay, inlay-core, prothèses dentaires, forfaits parodontologie, implantologie dentaire et autres actes dentaires non remboursés par l'AMO, orthodontie.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles correctrices, traitements correctifs de la vision.
- ✓ **Soins courants et aides auditives** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, actes techniques et de chirurgie, analyses, examens de laboratoire et actes d'imagerie, auxiliaires médicaux, médicaments, matériel médical, transport, aides auditives.
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention, vaccin anti grippe, prime de naissance ou d'adoption, cures thermales remboursées par l'AMO (honoraires, traitement, hébergement), médecines complémentaires, fécondation in vitro, dépistage du cancer du colon, ostéodensitométrie et pharmacie non remboursés par l'AMO.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ Consultation médicale à distance
- ✓ Ateliers prévention santé
- ✓ Fonds d'action sociale : voir conditions dans le règlement interne de la commission action sociale
- ✓ Réseau de soins

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 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 soins de suite et de réadaptation: limite de 90 jours par an portés à 180 jours en centre agréé de rééducation fonctionnelle. Chambre particulière psychiatrie et maisons d'enfants à caractère sanitaire : limite de 90 jours par an.
- ! **Dentaire** : plafond dentaire pour les inlays core, prothèses dentaires et actes dentaires non remboursés par l'AMO. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur +25% sont versés pour les prestations prises en charge par l'AMO.
- ! **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.



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 au titre des "soins à l'étranger".



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

➤ Obligation de l'entreprise souscriptrice :

- Etre domicilié en France
- 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 Bulletin d'adhésion Entreprise signé
- Transmettre à la Mutuelle les Bulletins d'Adhésion Individuels (BAI) et BAI modificatifs (si changement d'option/situation de famille) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié.
- Remettre au salarié les Conditions Générales valant Notice d'Information, ses avenants et toutes nouvelles conditions générales et la fiche IPID.

En cas de régime obligatoire : Affilier au contrat tous les salariés appartenant à la catégorie de personnel définie par le contrat.

En cas de régime facultatif : Compter 5 salariés au moins à couvrir au jour de la demande d'adhésion.

➤ 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 et signer le bulletin d'adhésion individuel, le transmettre à la mutuelle en cas d'adhésion à une couverture facultative, et fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

▪ En cours de contrat :

- Informer la mutuelle de tout changement de situation personnelle tel que décrit au contrat.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat en cas d'adhésion à un régime facultatif ou de couverture facultative des ayants droit, **sous peine de suspension des garanties.**
- 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:

- 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 ?

Le paiement des cotisations est annuel. Il s'effectue selon les modalités et à la date définie au bulletin d'adhésion entreprise.

- **Dans le cadre d'un régime obligatoire :** La cotisation est précomptée par l'entreprise et payée à terme échu. Le paiement est accompagné d'une déclaration mentionnant le nombre de salariés concernés
- **Dans le cadre d'un régime facultatif :** Les cotisations à un régime facultatif sont payées soit par le salarié au mois d'avance via un prélèvement sur son compte soit par l'employeur via un précompte, selon les mêmes échéances que les cotisations obligatoires s'il y en a.

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 prend effet à compter de la date fixée au Conditions Particulières. 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 prend effet :

- **dans le cadre d'un régime obligatoire :** à la date indiquée au bulletin d'adhésion individuel ou pour les salariés nouvellement recrutés, au jour de l'affiliation du salarié par l'entreprise.
- **dans le cadre d'un régime facultatif :** à la date indiquée au bulletin d'adhésion. 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.

➤ Pour le salarié ou ancien salarié, la couverture cesse :

à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion par l'entreprise ou par la Mutuelle; à la date d'effet de la rupture du contrat de travail; à la date à laquelle le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel bénéficiaire de la couverture ou à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits.

Dispositions spécifiques aux couvertures facultatives : la couverture cesse 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 collectif 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 ou l'ancien salarié des couvertures facultatives (uniquement) : les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'entreprise. 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.