

# 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



Une mutuelle du



**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 est 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 SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires, actes et soins ; participation du patient ; frais de séjour ; forfait journalier hospitalier ; chambre particulière ; frais d'accompagnement.
- ✓ **Soins courants** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes; auxiliaires médicaux; analyses, examens de laboratoire; actes d'imagerie; actes techniques médicaux et de chirurgie; participation du patient; médicaments ; orthopédie, accessoires, appareillage, produits ; transport.
- ✓ **Aides auditives** : aides auditives; accessoires, entretien, piles et réparation.
- ✓ **Dentaire** : soins, actes et consultations ; orthodontie remboursés ou non par l'AMO ; prothèses dentaires ; inlay core ; prothèses dentaires non remboursés par l'AMO, implantologie non remboursée par l'AMO ; parodontologie non remboursée par l'AMO ; autres actes dentaires non remboursés par l'AMO.
- Optique** : lunettes (monture et verres) ; lentilles correctrices remboursées ou non par l'AMO ; chirurgie réfractive ; implants unifocaux et multifocaux.
- ✓ **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
- ✓ Réseaux de soins

### L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Assistance santé : des services pratiques en cas de coups durs ou d'aléas de santé

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** : 1 monture et 2 verres tous les deux ans date à date pour les adultes de 16 ans et plus : période ramenée à 1 an en cas d'évolution justifiée de la vue. 1 monture et 2 verres tous les ans de date à date pour les enfants de moins de 16 ans. Remboursement de la monture limité à 100 euros.



## 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 domiciliée 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.

#### ➤ **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<sup>er</sup> 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 ?

➤ **Pour l'entreprise souscriptrice :** Les cotisations sont payables à terme échu ou à échoir à la date indiquée au contrat. L'entreprise assure le précompte de la cotisation obligatoire du salarié.

➤ **Pour le salarié ou 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 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 obligatoire du salarié prend effet à compter de sa date d'affiliation au contrat.

La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date de votre adhésion soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

La demande de souscription aux garanties optionnelles peut intervenir dans les trois mois suivant l'adhésion au régime obligatoire ou 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 : 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.