

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

Nom du produit : Tonus Pro'R



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. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables. Ce produit entre dans le cadre de la loi n°94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » et est susceptible d'ouvrir droit aux avantages fiscaux prévus par l'article 154 bis du Code Général des Impôts.



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.
- ✓ **Dentaire** : actes, soins dentaires, inlay-onlay, inlay-core, prothèses dentaires et orthodontie remboursées par l'AMO.
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles remboursées par l'AMO.
- ✓ **Soins courants et aides auditives** : consultations et visites médecins généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, analyses, examens de laboratoire et actes d'imagerie, actes techniques et de chirurgie, médicaments, matériel médical, transport, aides auditives.
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention, vaccin anti grippe.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Chambre particulière, frais d'accompagnement, prime de naissance ou d'adoption.

Prothèses dentaires, parodontologie, implantologie dentaire, autres actes dentaires et orthodontie non remboursés par l'AMO.

Forfait lentilles remboursées ou non par l'AMO, traitements correctifs de la vision non remboursés par l'AMO.

Cures thermales, médecine douces et pharmacie non remboursées par l'AMO.

LES SERVICES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUS

- ✓ MEDECINDIRECT : 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 (selon le niveau de garantie)

- ! **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.
- ! **Optique** : remboursement limité à 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 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 inlays core, prothèses dentaires et actes dentaires non remboursés par l'AMO. Une fois le plafond atteint, le ticket modérateur est versé pour les prestations prises en charge par l'AMO.



Où suis-je couvert

- ✓ 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 puis de résiliation du contrat en cas de défaut de paiement des cotisations

A l'adhésion :

- Remplir les conditions cumulatives suivantes : exercer une activité non salariée, relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français ;
- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion fourni par la Mutuelle ;
- Fournir les pièces justificatives nécessaires à l'adhésion ;
- 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 ;
- Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant et de ses ayants droits, ainsi que le statut professionnel (travailleur non salarié, salarié...) du membre participant, doit être signalé à la Mutuelle ;
- S'acquitter des cotisations dues (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat ;
- Faire parvenir les demandes de remboursements à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Assurance Maladie Obligatoire ;
- 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 :

- 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 prélèvement automatique.

Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique. 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, l'assuré peut renoncer à son adhésion dans un délai de 14 jours, qui commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris l'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 fixées par les Conditions Générales du contrat collectif.



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, si le membre participant apporte 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. Dans ce cas, 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.