

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Organisme assureur : EMOA Mutuelle du Var - SIREN : 783 169 220 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité

Assisteur : INTER PARTNER ASSISTANCE, société immatriculée au Registre des Personnes Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055 – Prise au travers de sa succursale française immatriculée sous le n° 316 139 500.

Produit : EMOA Santé Entreprises

emoa
Mutuelle

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit et ne prend pas en compte les besoins et demandes spécifiques de l'adhérent. L'information complète sur ce produit sera trouvée dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de prise en charge seront détaillés dans le tableau des garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'assurance complémentaire santé EMOA Santé Entreprises est destiné à rembourser tout ou une partie des frais de santé restant à la charge de l'adhérent et des éventuels ayants droits en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément de la Sécurité Sociale Française ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures d'assistance en cas d'accident, de maladie, de maternité ou de décès. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables et de l'Accord National Interprofessionnel.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garanties choisi par l'entreprise adhérente et figurent dans le tableau de garanties. Les remboursements ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées et **une somme peut éventuellement rester à la charge des bénéficiaires.**

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires conventionnés, forfait journalier, frais de séjour, frais de transport, chambre particulière, frais de télévisions, frais d'accompagnant
- ✓ **Soins courants** : visites et consultations généralistes et spécialistes, échographies, actes techniques d'imagerie et actes techniques médicaux, auxiliaires médicaux, analyses médicales, pharmacie à service médical rendu (SMR) (remboursés à 100%, 65%, 30% et 15% par le RO) accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages et autres prothèses (hors dentaire et audiologie) remboursées par le régime obligatoire, prothèses auditives remboursées par le régime obligatoire
- ✓ **Frais d'optiques** : équipements 100 % Santé (dits de classe A) tels que définis réglementairement, autres verres et montures remboursés par la Sécurité sociale, lentilles de contact prises en charge par régime obligatoire et chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : actes et soins dentaires, Inlay/Onlay, prothèses dentaires 100 % Santé telles que définies réglementairement, autres prothèses dentaires (couronne, couronne transitoire, bridge, Inlay-core) et orthodontie prises en charges le régime obligatoire
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% santé et équipements à tarifs libérés
- ✓ **Appareillage** : équipements 100 % Santé telles que définies réglementairement, les véhicules pour handicapés physiques en location courte durée et les prothèses capillaires de classe II, III et IV. Matériel médical, accessoires, orthopédie.

Les garanties du module confort+ facultatif :

- ✓ **Dentaire** : implants, prothèses et orthodontie non pris en charge ou refusés par le régime obligatoire, traitement parodontie non remboursé par le régime obligatoire
- ✓ **Bien-être et médecine douce** : Consultations, ostéodensitométrie non remboursée par le régime obligatoire, cures thermales remboursées par le régime obligatoire, accessoires, remboursés par le régime obligatoire, auto médication, veinotonique, homéopathie, arrêt tabac sur prescription médicale, vaccins non remboursés par le régime obligatoire, analyses médicales prescrites non remboursées par le RO

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Le tiers payant
- ✓ Accès au réseau de santé partenaire

L'assistance systématiquement incluse :

- ✓ Assistance à domicile : en cas d'hospitalisation ou immobilisation, ou d'intervention chirurgicale ou de décès
- ✓ Soutien psychologique : en cas d'événement traumatisant
- ✓ Assistance en cas de naissance ou d'adoption.
- ✓ Assistance dédiée aux aidants

Les garanties d'assistance sont assurées par INTER PARTNER ASSISTANCE et définies aux conditions générales d'assistance.

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 séjours en maison d'enfants à caractère social
- ✗ Les maisons de retraite y compris hébergement temporaire et placement à l'année
- ✗ Les longs séjours et les soins reçus sans prescription médicale
- ✗ Les soins esthétiques
- ✗ Les indemnités versées en complément du RO en cas d'arrêt de travail
- ✗ La thalassothérapie

Liste exhaustive disponible dans le règlement des garanties de l'offre.



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

Principales exclusions aux modules obligatoires :

- ! Les frais non pris en charge par le Régime Obligatoire
- ! Les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du Parcours de soins coordonnés
- ! La participation forfaitaire légale de 1€ et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux (l'assuré social étant toute personne soumise au régime général de la Sécurité sociale)

Principales restrictions aux modules obligatoires :

HOSPITALISATION :

- ! Chambre particulière : la prise en charge est limitée à 90 jours par an dont 30 jours en hospitalisation en établissement de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, de repos, de diététique et psychiatrique, centre agréé de rééducation fonctionnelle et de soins de suite.
- ! Les frais de télévision pris en charge sont limités à 90 jours par an.
- ! Les frais d'accompagnant sont pris en charge uniquement sur facture du lit accompagnant et repas servi à l'hôpital et en clinique. Ils sont limités à 30 jours par an.

OPTIQUE :

- ! La prise en charge des lunettes est limitée à une paire tous les 2 ans sauf en cas d'évolution de la vue et enfant de moins de 18 ans.
- ! La prise en charge des lentilles exclue les produits d'entretien, les accessoires et lentilles de couleurs non correctrices.

AUDIO PROTHESES :

- ! La prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans.

Principales exclusions aux modules facultatifs :

- ! Les postes de soins non prescrits pour : les vaccins et le sevrage tabagique.

Principales restrictions aux modules facultatifs :

BIEN-ETRE ET MEDECINE DOUCE :

- ! Le nombre de consultations de médecine douce pris en charge est limité à 4 par an et par bénéficiaire toutes disciplines confondues (le montant du remboursement varie selon le niveau choisi).



Où suis-je couvert ?

- ✓ Toutes les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors que le régime obligatoire de l'assuré prend en charge les frais de soins exposés
- ✓ Les prestations d'assistance s'exercent uniquement en France métropolitaine, ainsi qu'à la Martinique, la Guadeloupe, la Réunion, la Guyane, Mayotte et dans les Principautés d'Andorre et Monaco



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de nullité ou de non garantie, l'entreprise adhérente devra :

A la souscription :

- Signer les Conditions Particulières (CP)
- Transmettre un Kbis datant de moins de 3 mois
- Affilier aux contrats la totalité des bénéficiaires désignés aux CP
- Transmettre à EMOA Mutuelle une liste de tous les membres du personnel pour chaque catégorie de salariés concernée par le contrat
- Conserver les justificatifs de dispense en cas de demande des administrations fiscales et sociales
- Transmettre les bulletins d'adhésion au contrat collectif obligatoire accompagnés des pièces nécessaires à l'enregistrement des bénéficiaires
- Remettre aux bénéficiaires la Notice d'Information et le tableau de garanties établis par EMOA Mutuelle du Var définissant les garanties souscrites et les modalités d'entrée en vigueur.

En cours de contrat :

- Régler les cotisations
- Transmettre à EMOA Mutuelle du Var les pièces justificatives relatives au changement de situation familiale des bénéficiaires.
- En cas de radiation des bénéficiaires : transmettre à EMOA Mutuelle du Var le bulletin de radiation des bénéficiaires et les cartes adhérents en cours de validité
- Contacter AXA Assistance pour bénéficier des prestations d'assistance en cas de difficulté consécutive à un Fait générateur garanti.

L'organisation de tout ou partie des prestations d'assistance sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à aucune prise en charge.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables à la date et aux périodicités fixées aux Conditions Particulières :

- Par prélèvement automatique
- Par virement
- Par téléversement



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Date d'effet du contrat :

- Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières sous réserve de la signature de celles-ci par les parties.
- Le contrat se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées par le Règlement de garanties du contrat collectif. Le contrat cesse de produire ses effets à la date de résiliation du contrat collectif ou en cas de cessation d'activité ou de disparition du souscripteur.



Comment puis-je résilier le contrat ?

L'entreprise peut résilier le contrat collectif :

- Par lettre recommandée, à la date d'échéance principale du contrat, au plus tard le 31 Octobre de l'année en cours ;
- Par courrier simple, email ou déclaration faite contre récépissé au siège social ou dans une agence de EMOA Mutuelle, à tout moment après la première année de souscription du contrat, moyennant un préavis d'un mois.