

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

Assisteuse : 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 : TNS EMOA

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 et l'ensemble des services dans le règlement de garantie du dit produit d'assurance.

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

Le produit d'assurance complémentaire santé TNS EMOA 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. Ce contrat s'adresse aux Travailleurs Non-Salariés (TNS), artisans, commerçants, professions libérales et propose des solutions éligibles au dispositif fiscal Madelin. Ce 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 garanties choisi 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 de l'adhérent.**

Les garanties systématiquement prévues :

- ✓ **Hospitalisation** : honoraires conventionnés, forfait journalier, frais de séjour, frais de transport, chambre particulière, frais de télévision, frais accompagnant, prime de naissance
- ✓ **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, orthopédie, petits et grands appareillages remboursés 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, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : actes et soins dentaires, Inlay/Onlay, prothèses dentaires 100 % Santé telles que définis 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 libres
- ✓ **Appareillage** : équipements 100 % Santé telles que définis 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 de modules facultatifs :

- **Confort** : Consultations, automédication, veinotonique, homéopathie, vaccins non remboursés par le RO, sevrage tabagique sur prescriptions médicales, cures thermales (forfait hébergement et transport) remboursées par le régime obligatoire

En option :

- **Frais d'obsèques** : indemnisation sur facture
- **Indemnités Journalières hospitalières** : hospitalisation - indemnité nette d'impôt pouvant aller de 25€ à 40€ par jour

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Téléconsultation médicale
- ✓ Le tiers payant
- ✓ Accès au réseau de professionnels de soins 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
- ! Prime de maternité : un délai de carence de 6 mois s'applique

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 16 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.

DENTAIRE :

- ! Plafond unique pour les prothèses dentaires et Inlay-Core pris en charge par le RO (au-delà du forfait, versement à 100%)

Principales exclusions aux modules facultatifs :

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

Principales restrictions aux modules facultatifs :

Garantie obsèques : limite d'âge à la souscription à 75 ans. Un délai de carence de 12 mois s'applique suivant la souscription de l'option.

BIEN-ETRE :

- ! 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'adhérent devra :

A la souscription :

- Signer le bulletin d'adhésion
- Fournir les documents justificatifs demandés par EMOA Mutuelle

En cours de contrat :

- Régler les cotisations
- Informer d'un changement de situation : Relevé d'identité bancaire, naissance, changement de domicile, changement de situation matrimoniale, changement de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.
- 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.

En cas de résiliation :

- Restitution des cartes adhérent



Quand et comment effectuer les paiements ?

La cotisation doit être réglée au début de chaque période soit par :

- Prélèvement automatique
- Paiement par carte bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Date d'effet du contrat :

- L'adhésion du membre participant prend effet à la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion. La couverture ne peut être rétroactive.
- En cas de contrat conclu à distance, l'adhérent dispose d'un délai de rétractation de 14 jours.
- Le contrat est conclu pour une durée d'un an, il est renouvelable par tacite reconduction.
- Conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut résilier son adhésion, par courrier simple ou par courriel, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'adhésion, sans frais ni pénalités.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Par lettre recommandée :

- A la date d'échéance principale de votre adhésion au plus tard le 31 Octobre de l'année en cours,
- En cas de révision des cotisations, dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification, sauf si celle-ci est la conséquence d'une évolution législative ou réglementaire

Par courrier simple, email ou déclaration faite contre récépissé au siège social ou dans une agence de EMOA Mutuelle :

- En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire,
- À tout moment après la première année d'adhésion, moyennant un préavis d'un mois