

Assurance complémentaire santé

Document d'information sur le produit d'assurance

EMOA Mutuelle du Var - SIREN : 783 169 220

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité

Produit : EMOA Sérénité

emoa.
Mutuelle du Var

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 EMOA Sérénité 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. 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 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 accompagnant
- ✓ **Hospitalisation à domicile** : honoraires conventionnés
- ✓ **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), prothèses auditives, accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages remboursés par le régime obligatoire, prothèses capillaires, prothèses mammaires remboursés par le RO
- ✓ **Frais d'optiques** : lunettes (montures et verres), lentilles,
- ✓ **Frais dentaires** : soins, chirurgie, prothèses remboursés par le régime obligatoire
- ✓ **Prévention et Bien-être** : consultations de chiropracteur, ostéopathe, podologue, pédicure, diététicien, ostéodensitométrie non remboursée par le régime obligatoire,

Les garanties du module confort facultatif :

- **Hospitalisation** : frais de télévisions,
- **Dentaire** : implants, prothèses, traitement parodontie non remboursé par le régime obligatoire
- **Bien-être et médecine douce** : accessoires, orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires remboursés par le régime obligatoire, auto médication, veinotonique, homéopathie, cures thermales (soins médicaux et forfait hébergement transport) remboursées par le régime obligatoire, forfait couches adultes,

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Le tiers payant
- ✓ Accès au réseau de professionnels de santé partenaires d'Itelis en optique et dentaire
- ✓ Services en ligne dans l'espace privé adhérent sur www.mutuelle-emoa.fr : gestion du contrat à distance, suivi des remboursements...

L'assistance systématiquement incluse :

- ✓ **EMOA Assistance** : soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou décès

Couverture complémentaire incluse :

- ✓ **Pass+EMOA** : couverture complémentaire des frais de santé restés à la charge du bénéficiaire en cas d'accident (sont assurés tous les bénéficiaires ayant moins de 71 ans à l'adhésion).

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
- ✗ La chirurgie réfractive
- ✗ L'orthodontie



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 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 15 jours par an pour le conjoint, les enfants et petits-enfants.

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 pour les enfants de moins de 18 ans.
- ! La prise en charge des lentilles exclue les produits d'entretien, les accessoires et lentilles de couleurs non correctrices.

PREVENTION ET MEDECINE DOUCE :

- ! En médecine douce, la prise en charge est limitée à 50% des frais réels par an et par bénéficiaire toutes disciplines confondues (le montant du remboursement varie selon le niveau choisi).

Principales exclusions aux modules facultatifs :

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

Principales restrictions aux modules facultatifs :

HOSPITALISATION :

- ! Les frais de télévision pris en charge sont limités à 90 jours par an.



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, 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 :

- Respecter l'âge minimum de 50 ans au moment de la souscription
- Respecter la limite d'âge de souscription de 80 ans pour les niveaux 3 et 4 (pas de limite pour les niveaux 1 et 2)
- Signer le bulletin d'adhésion
- Fournir les documents justificatifs demandés par EMOA Mutuelle du Var

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.

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 chèque
- Paiement par carte bancaire



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Date d'effet du contrat :

- L'adhésion prend effet au plus tôt le 1^{er} jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est reçu par EMOA Mutuelle du Var entre le 1^{er} et le 15 du mois.
- Si le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois en cours, l'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois suivant.
- 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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

- A la date d'échéance principale de votre adhésion, en ayant signifié à EMOA Mutuelle du Var votre demande de résiliation par lettre recommandée, au moins deux mois avant la fin de l'année civile soit au plus tard le 31 Octobre de l'année en cours.
- En cas d'adhésion au contrat collectif obligatoire de votre employeur
- En cas de révision des cotisations, sauf si celle-ci est la conséquence d'une modification législative ou réglementaire, en adressant une lettre recommandée dans les 20 jours qui suivent la date de notification de la modification