

Produit : SANTE EVIN PAYSAGE CADRES ET TAM

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

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

Ce produit est un contrat d'assurance complémentaire santé individuelle. Il est souscrit par l'ancien salarié ou par l'un de ses ayants droit en cas de décès, dans un cadre individuel et facultatif, dénommé ci-après « assuré ». Il est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et de ses éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité en complément du régime de base (Sécurité sociale ou Mutualité Sociale Agricole). Le présent dispositif respecte les conditions légales des contrats responsables, de la réforme 100% santé, en matière de remboursements complémentaires de frais de soins de Santé, à la date du 1^{er} janvier 2025.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée et une somme peut rester à la charge de l'assuré.

LES GARANTIES PREVUES AU CONTRAT

✓ Hospitalisation (y compris psychiatrie) et maternité :

Honoraires des médecins (y compris dépassements d'honoraires, forfait journalier hospitalier, forfait actes lourds, forfait patient urgences (FPU), frais de séjour, chambre particulière (y compris ambulatoire, psychiatrie), frais d'accompagnant (enfant -16 ans), prime de naissance, frais de transport.

✓ Soins courants :

Consultation médecin, auxiliaires médicaux, dispositif MonPsy, analyses, examens de laboratoire, radiologie, médicaments, matériel médical (hors dentaire et auditif), actes de prévention.

✓ Aide auditive :

Équipement 100% santé (classe I), autres équipements (classe II).

✓ Optique :

Équipement 100% santé (classe A), autres équipements (classe B), lentilles remboursées (ou non) par le régime de base, chirurgie réfractive cornéenne de l'œil.

✓ Dentaire :

Soins, actes, consultations et prothèses 100% santé, soins, actes, consultations et prothèses hors 100% santé (remboursées ou non), implantologie/parodontologie, orthodontie remboursée ou non.

✓ Divers :

Cures thermales (honoraires et dépassements d'honoraires, frais de soins et de séjour), transports urgents préhospitaliers (TUPH) et transports sanitaires non urgents remboursés par le régime de base.

Les services :

Réseau de soins

Assistance



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 la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médico-sociaux : maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité sociale



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

Principales exclusions du contrat responsable :

- ! **Participation forfaitaire** sur chaque consultation médicale et actes de biologie médicale
- ! **Franchise** sur les boîtes de médicaments et sur les actes d'auxiliaires médicaux
- ! **Franchise** sur les transports sanitaires

! **Minoration du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins** (consultation d'un médecin sans prescription du médecin traitant / absence de médecin traitant)

Les montants de la participation forfaitaire et des franchises médicales sont fixés respectivement aux articles R.160-19 et D.160-9 à D.160-11 du code de la Sécurité sociale.

Principales restrictions du contrat responsable :

- ! **Optique** : Prise en charge d'un équipement optique tous les 2 ans, à partir de la date de facturation de l'équipement. Cette période est réduite à un an pour les enfants de moins de 16 ans et les personnes dont la vue évolue dans les conditions prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018.
- ! **Honoraires médicaux** : Plafonnements des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.
- ! **Aides auditives** : Prise en charge d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente.

Autres restrictions prévues au contrat :

- ! **Médecine douce** : limite à 2 séances par et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert(e) ?

- Les assurés sont couverts en France.
- Ils sont également couverts à l'étranger. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement complémentaire est effectué dès lors que le régime de base de la Sécurité sociale française intervient, quelle que soit la dépense engagée.
- L'assistance est accordée en France et à l'étranger (hors clauses particulières au contrat).



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine des sanctions prévues dans la documentation contractuelle

- A la souscription du contrat :

Remplir avec exactitude et signer le Bulletin de souscription.

Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur.

- En cours de contrat :

Informier l'assureur de tout changement concernant les informations communiquées au moment de la souscription, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a eu connaissance.

Régler la cotisation prévue au contrat.

- Pour le remboursement des frais de santé :

Fournir tout document justificatif nécessaire au remboursement des frais de santé.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables selon les modalités prévues au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion. Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année civile sauf résiliation par l'assuré dans les cas et conditions prévus au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Le souscripteur a la faculté de résilier son contrat Santé Evin annuellement, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour que l'adhésion au contrat cesse de produire ses effets au 31 décembre de cette même année.

Outre cette faculté de résiliation annuelle, l'assuré peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de signature du bulletin de souscription, résilier à tout moment son contrat.

La résiliation du contrat prend alors effet un mois calendaire après que l'Institution ait reçu la notification par le souscripteur.

Les modalités de résiliation annuelle ou infra-annuelle par le souscripteur sont prévues à l'article L.932-12-2 du Code de la Sécurité sociale.

En tout état de cause, la résiliation du contrat Santé Evin emporte automatiquement résiliation des éventuels ayants droit.

Le souscripteur peut mettre fin au contrat en cas de révision des cotisations ou des garanties, en adressant à l'Institution une lettre recommandée ou un recommandé électronique dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.