

Modulo

Document d'information sur le produit d'assurance

Le contrat « Modulo » est assuré par MMC, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité.

La gestion des garanties d'assurances est confiée à la mutuelle MMC

Solution Santé



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 précontractuelle 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 Modulo garantit une couverture santé collective modulable selon le profil de l'entreprise et les besoins des salariés



Qu'est ce qui est assuré ?

- ✓ Soins courants : consultations, visites, actes de diagnostic et de chirurgie, pharmacie, cures thermales, radiographie
- ✓ Frais optique : lunettes (verre et monture), lentilles de contact
- ✓ Frais dentaire : soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ Hospitalisation : chambre particulière, forfait journalier hospitalier,
- ✓ Prévention santé : chiropractie, ostéopathie, acupuncture, contraception féminine et masculine, vaccins prescrits non remboursés par la sécurité sociale, vaccins antigrippal
- ✓ Indemnités forfaitaires : prime de naissance ou d'adoption, garantie obsèques, dépendance



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ La Mutuelle n'intervient pas pour les événements dont la date de réalisation est antérieure à la date d'ouverture des droits ni postérieure à la date d'effet de la démission, ou décision de radiation



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

- ! les frais liés au placement dans un établissement de long séjour pour personnes âgées
- ! les frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en institutions sociales et médico-sociales
- ! la chirurgie esthétique, sauf si l'intervention est consécutive à un accident et en cas de participation du régime d'assurance maladie obligatoire
- ! la prise en charge des franchises médicales
- ! la majoration de participation de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins, de refus d'accès ou modification du dossier médical personnel
- ! la fraction de dépassement d'honoraires « autorisée » interdite de remboursement aux complémentaires santé, franchise applicable dès le premier euro.



Où suis-je couvert ?

- ✓ La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine, Corse et DROM.



Quelles sont mes obligations ?

Obligation de déclaration :

- L'assureur fonde ses engagements sur les déclarations de l'assuré et/ou de l'adhérent. Toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre expose l'assuré à une déchéance des garanties voire une nullité de l'adhésion.

En cours d'adhésion :

- Le membre participant est tenu de déclarer tout changement de domicile, de situation matrimoniale, de situation professionnelle, de départ en retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle, de statut, toute modification du régime d'assurance maladie légalement obligatoire de ses ayants droit, ainsi que tout accident causé par un tiers et dont lui-même ou ses ayants droits seraient victimes.

Contrôle médical :

- La Mutuelle assureur se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical et / ou administratif, toute personne qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. En cas de refus de se soumettre à ce contrôle, ou en cas de reconnaissance par le médecin contrôleur de l'aptitude à reprendre l'activité professionnelle ou que les prestations ne sont pas dues par la Mutuelle assureur, l'adhérent peut se voir déchoir du droit aux garanties.



Quand et comment effectuer le paiement des cotisations ?

La personne morale souscriptrice s'engage au paiement d'une cotisation annuelle affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle assureur et aux frais de fonctionnement.

La cotisation est payable selon les conditions définies dans les Conditions Particulières au contrat.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Le présent contrat prend effet à la date prévue aux conditions particulières. Il arrive à échéance le 31 décembre de chaque année et se renouvelle par tacite reconduction pour une durée d'un an.

La garantie cesse :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par la personne morale ou la Mutuelle assureur
- le dernier jour du mois de la rupture du contrat de travail du salarié
- à la fin de toute période durant laquelle l'employeur est tenu de maintenir le bénéfice de la garantie complémentaire santé
- le dernier jour du mois où le salarié cesse d'appartenir à la catégorie visée dans les conditions particulières.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

La personne morale peut mettre fin à l'adhésion en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception à l'Assureur au plus tard deux mois avant la fin de l'année civile.