

ASSURANCE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutualia Alliance Santé. Mutuelle immatriculée en France, sous le numéro SIREN n° 403596265. Soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité.

Produit : Accord de la Production Agricole 17 - Formule : Indice 17



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Les informations complètes sur l'offre sont présentées dans la documentation précontractuelle et contractuelle. En particulier les niveaux de remboursement sont détaillés dans la grille de garanties

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

Le produit Accord de la Production Agricole 17 a pour objet de rembourser tout ou partie des frais de santé engagés par l'adhérent et ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité. Il intervient en complément ou en supplément d'un régime obligatoire d'Assurance maladie (RO) et, le cas échéant, pour couvrir des garanties non prises en charge par le RO (non PEC). Le produit Accord de la Production Agricole de la Charente-Maritime est à la fois « solidaire et responsable » « ANI compatible » et conforme à l'accord de branche. Est dénommée « Indice 17 », la formule obligatoire souscrite par l'employeur dans le cadre d'un régime collectif obligatoire, pour ses salariés.



Qu'est ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des **plafonds** qui varient en fonction du niveau de garantie choisi et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent dépasser les frais réellement engagés et une somme peut rester à votre charge.

Les garanties systématiquement prévues Indice 17 :

- ✓ **Soins courants** : consultations médecins généralistes et spécialistes ; actes techniques; actes d'imagerie et d'échographie; auxiliaires médicaux; analyse et examens de laboratoire; médicaments PEC par le RO; substituts nicotiques PEC par le RO; matériel médical PEC par le RO; transport PEC par le RO.
- ✓ **Hospitalisation** : honoraires médicaux et chirurgicaux, forfait journalier hospitalier, chambre particulière avec nuitée, frais de séjour, forfait d'accompagnement de l'enfant et de l'adulte, prime de naissance ou d'adoption, forfait maternité.
- ✓ **Optique** : équipements 100% santé et à tarifs libres, lentilles PEC RO, autres prestations optiques 100% santé et à tarifs libres, lentilles PEC ou non PEC par le RO
- ✓ **Dentaire** : soins et prothèses 100% santé, soins et prothèses PEC RO ne relevant pas du dispositif 100% santé, orthodontie PEC et non PEC par le RO, prothèses non PEC par le RO, parodontologie, implants.
- ✓ **Aides auditives** : équipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) et équipements à tarifs libres
- ✓ **Cures thermales** : soin forfait thermique, transport, hébergement : PEC par le RO
- ✓ **Prévention** : actes de prévention pris en charge par le RO
- ✓ **Bien être** : médecine douce : acupuncteur, chiropracteur, ostéopathe, sophrologue; substituts nicotiques / sevrage tabagique prescrits

Les services systématiquement prévus :

- ✓ Réseau optique carte blanche
- ✓ Accès à l'Espace adhérent
- ✓ Mutualia Assistance



Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet de l'adhésion et après sa date de résiliation
- ✗ Les prestations non prises en charge par l'assurance maladie et non expressément prévues dans la grille de garanties
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées, foyers d'accueil médicalisés, appartements de coordination thérapeutique, instituts médico-éducatifs, etc.)
- ✗ Les prestations ayant eu lieu plus de 2 ans après leur survenance
- ✗ Le versement de prestations en cas de non paiement des cotisations



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

Les principales exclusions du contrat

- ! La participation forfaitaire et les franchises prévues sur les médicaments, les transports, les actes médicaux et paramédicaux
- ! Les majorations de participation appliquées par l'Assurance maladie pour non-respect du parcours de soins
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérent pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les principales restrictions

- ! **Chambre particulière avec nuitée** : forfait par jour
- ! **Forfait d'accompagnement** de l'enfant et de l'adulte : forfait par nuit
- ! **Prime de naissance ou d'adoption** : paiement de la prime sur inscription de l'enfant dans les 31 jours suivant la naissance ou adoption de l'enfant
- ! **Équipements optiques** : limité à un équipement composé de deux verres et une monture, par période de 2 ans. Cette période est réduite à 1 an en cas d'évolution de la vue et pour les enfants de moins de 16 ans et à 6 mois pour les enfants de moins de 7 ans, en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
- ! **Forfait maternité** : chambre particulière et dépassement d'honoraires
- ! **Prothèses PEC et non PEC** : forfait par année civile et par bénéficiaires
- ! **Médecines douces** : forfait par consultation maximum 4 consultations par bénéficiaire et par année civile



Où suis-je assuré ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins sont dispensés à l'étranger, le contrat intervient uniquement dans les cas et sur la base de remboursement d'un régime d'assurance maladie obligatoire, et ce, dans le cadre des contrats responsables.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, de leur nullité ou de non couverture :

A la souscription du contrat

L'employeur devra :

- Fournir l'ensemble des pièces et informations nécessaires à la souscription et exigé par le contrat (tels que : copie de l'acte fondateur ; état nominatif ; Bulletins individuels d'affiliation ; extrait kbis de moins de trois mois) ;
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

Le salarié devra :

- remplir et signer le bulletin individuel d'affiliation et fournir l'ensemble des éléments qui y sont visés en cas de souscription pour ses ayants-droits ou de la formule optionnelle.

En cours de contrat

L'employeur devra :

- Déclarer à Mutualia, sous un délai de 15 jours, toute modification de l'acte fondateur du régime, toute évolution de sa situation juridique (acquisition, vente, fusion, changement d'accord collectif, etc.), de l'existence de procédure de sauvegarde ou de redressement judiciaire ;
- Remettre la notice d'information aux salariés, les statuts et le règlement intérieur de la mutuelle, les informer en cas de modifications et communiquer à la mutuelle les événements intervenus en cours d'année et lui adresser les pièces nécessaires à la bonne gestion du contrat que le salarié lui aura transmis ;
- Payer les cotisations

Le salarié devra :

- Déclarer à son employeur toute modification intervenant dans sa situation (fin de cas de dispense d'adhésion, changement de situation familiale, de régime obligatoire, d'adresse, etc.)
- informer la mutuelle de tous accidents ou agressions causés par une tierce personne et dont il serait victime.
- Régler sa cotisation



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations de la formule de base obligatoire, souscrite par l'employeur sont annuelles. Elles sont dues par l'employeur, à terme échu, mensuellement ou trimestriellement, selon les modalités fixées aux conditions particulières du contrat.
- Les cotisations de la formule facultative et des formules choisies par les ayants droit, souscrites par le salarié, sont payables d'avance (à terme à échoir), par prélèvement mensuel sur son compte bancaire.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

Prise d'effet du contrat :

- Le contrat prend effet le 1er jour suivant la date indiquée aux conditions particulières. Il est valable pour l'année civile, à partir de sa date d'effet. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

Prise d'effet des garanties :

- Les garanties de la formule obligatoire, souscrite par l'employeur s'appliquent à compter :
 - la date d'effet du contrat pour les salariés présents à l'effectif de l'entreprise ou ;
 - à la date de début de leur contrat de travail pour les salariés embauchés après la date de prise d'effet du contrat ;
 - ou à la date à laquelle le salarié qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier .
- Les garanties de la formule facultative, souscrite par les salariés s'appliquent à compter de la date d'effet fixée au bulletin individuel d'affiliation.

Fin des garanties :

- A la date de résiliation du contrat, lorsque le salarié ne remplit plus les conditions requises d'adhésion prévues au contrat ou à la fin du maintien de garanties dont il a pu bénéficier.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Résiliation annuelle

Le contrat peut être résilié annuellement par l'envoi d'un courrier recommandé au siège de la mutuelle :

- avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 1er janvier qui suit ;
- le cas échéant, il peut également être résilié en vertu du dispositif de la loi « Chatel » dans les conditions et délais prévus au sein de votre contrat ;
- un droit de renonciation est possible en cas de vente à distance ou de démarchage dans les conditions et délais prévus au sein de votre contrat.
- Selon les dispositions prévues aux articles L221-10-2 et L221-10-3 du code de la mutualité, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première adhésion, la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification, par lettre simple ou tout autre support durable. »