

# 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 : APA - Formules : APA SOCLE – APA RENFORT



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 **APA** 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 **APA** est à la fois « solidaire et responsable » et « ANI compatible ». Les formules **APA SOCLE** et **APA RENFORT** sont « solidaires et responsables ». Elles sont compatibles avec le panier de soins minimum dit « ANI » lorsqu'elles sont souscrites par l'employeur dans le cadre d'un régime collectif et obligatoire et peuvent, le cas échéant, être souscrites à titre facultatif par les salariés pour des garanties supérieures.



### 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 prévues APA SOCLE :

- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux : consultations et actes techniques généralistes et spécialistes, actes d'imagerie et échographie, honoraires paramédicaux PEC par le RO, analyses et examens de laboratoire, Médicaments PEC par le RO (y.c. vaccins) ; substituts nicotiques PEC par le RO, matériel médical PEC par le RO, transport PEC par le RO
- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires médicaux et chirurgicaux, honoraires actes techniques et cliniques, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, chambre particulière avec nuitée et en psychiatrie, forfait d'accompagnement de l'enfant, forfait maternité
- ✓ **Optique** : Equipements et autres prestations optiques 100 % santé et à tarifs libres, lentilles PEC ou non par le RO, chirurgie réfractive
- ✓ **Dentaire** : Soins et prothèses 100 % santé et à tarifs libres, prothèses PEC par le RO, orthodontie PEC par le RO
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100 % santé et à tarifs libres
- ✓ **Cures thermales** : Soins et forfait thermal PEC par le RO, transport et hébergement PEC ou non par le RO
- ✓ **Prévention** : Actes de préventions PEC par le RO
- ✓ **Bien-Etre** : Substituts nicotiques / Sevrage tabagique prescrits
- ✓ **Médecines douces** : Acupuncture, chiropraxie, ostéopathie, sophrologie, contraception prescrite, assistance médicale à la procréation, vaccins

#### Les garanties prévues à partir de APA RENFORT :

- ✓ **Dentaire** : Forfait global orthodontie non PEC par le RO, prothèses non PEC par le RO mais figurant à la nomenclature RO, soins non PEC par le RO, implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire non PEC par le RO

#### Les services systématiquement prévus :

- ✓ Tiers payant pour éviter l'avance des frais
- ✓ Téléconsultation
- ✓ Réseau optique Carte Blanche
- ✓ Accès à l'Espace adhérent et l'application mobile Mutualia
- ✓ Assistance



### Qu'est ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins et frais réalisés avant la prise d'effet du contrat et après sa date 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.)



### 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

- ! **Substituts nicotiques pec par le RO** : forfait par an et par bénéficiaire
- ! **Transport pec par le RO** : limitée à 100% en cas d'hospitalisation
- ! **Chambre particulière avec nuitée et en psychiatrie** : Limité à 30 jours par an en psychiatrie
- ! **Forfait d'accompagnement de l'enfant** : Enfant de moins de 16 ans. Forfait pour lit et repas de l'accompagnant
- ! **Forfait maternité** : Prévu pour les dépassements d'honoraires et la chambre particulière
- ! **Optique** : équipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue. Le renouvellement de l'équipement s'apprécie à compter de la date d'acquisition
- ! **Lentilles PEC ou non par le RO** : forfait par an par bénéficiaire
- ! **Forfait global Dentaire (à partir de APA RENFORT)** : Forfait par an et par bénéficiaire.
- ! **Aides auditives** : prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1 700€/oreille.
- ! **Bien-être** : Forfait par an et par bénéficiaire. Vaccins : non PEC par le RO sur présentation des justificatifs.



## 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.)
- Régler les cotisations en cas d'adhésion à une formule optionnelle

### En cas de sinistre

*Le salarié devra :*

- Fournir les documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations ;
- Faire parvenir les demandes de remboursement dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de réalisation de l'acte.
- Informer de tous accidents ou agressions causés par une tierce personne et dont il serait victime.



## 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 optionnelle, 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 ?

**L'employeur peut résilier son contrat :**

- 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 ;
- Ou à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion pour une prise d'effet un mois après réception de la notification de la lettre de résiliation par la mutuelle selon les dispositions des articles L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la Mutualité.

**Le salarié peut résilier son adhésion à une formule optionnelle, (si le contrat en prévoit) :**

- 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 ;
- Ou à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion pour une prise d'effet un mois après réception de la notification de la lettre de résiliation par la mutuelle selon les dispositions des articles L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la Mutualité.