

Assurance Complémentaire Santé

Document d'Information sur le Produit d'Assurance (D.I.P.A)

Eovi-Mcd mutuelle – Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité - SIREN n°317 442 176

Produit - CCN VINS, CIDRES, JUS DE FRUITS ET BOISSONS DIVERSES.



Une mutuelle du



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 pré contractuelle 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 d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Assurance Maladie Obligatoire (AMO). 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 garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUES

- ✓ **Hospitalisation** : Honoraires chirurgicaux (actes de chirurgie, d'anesthésie, techniques, médicaux, d'obstétrique), frais de séjour (établissements conventionnés ou non), soins post-opératoires, forfait journalier hospitalier, chambre particulière, forfait ambulatoire, transport en ambulance, frais d'accompagnement, prime de naissance ou adoption.
- ✓ **Dentaire** : Soins dentaires, inlays onlays cotés en soins, prothèses dentaires (couronne ou inter de bridge sur incisives, canines, pré-molaires, molaires, dents de sagesse/ couronne sur implant ou inter de bridge sur implant / inlay core remboursé par l'AMO / appareil amovible définitif remboursé par l'AMO / autres prothèses dentaires remboursées par l'AMO), orthodontie / contention
- ✓ **Optique** : lunettes (monture et verres), lentilles, chirurgie et traitements correctifs de la vision.
- ✓ **Médecine – Pharmacie – Soins courants** : consultations et visites médecins généralistes ou spécialistes, actes techniques, pharmacie à service médical rendu (SMR) faible / important / modéré, actes d'imagerie, analyses et examens en laboratoire, auxiliaires médicaux, orthopédie/appareillage/prothèses médicales remboursées par l'AMO (autres que dentaires).
- ✓ **Prévention – Bien-être** : actes de prévention pris en charge dans le cadre des contrats responsables, cure thermique remboursée par l'AMO, médecines complémentaires, Pharmacie non remboursée : médicaments prescrits non remboursés par l'AMO dont contraception, homéopathie, sevrage tabagique, médicaments non prescrits : automédication, vaccins remboursés ou par l'AMO, ostéodensitométrie.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Couronne provisoire (y compris provisoire sur implant)

Actes hors nomenclature : actes et scanner (tomodensitométrie), procédés prié-implentaires (wax up, guide chirurgical), implant racine,

Chirurgie et traitement correctif de la vision

Vaccins antigrippe non remboursé par l'AMO

Dépistage des troubles de l'audition (+ de 50 ans)

Cure thermique (forfait global)

L'ASSISTANCE SYSTÉMATIQUEMENT PRÉVUE

- ✓ Soutien à domicile en cas de maladie, accident, maternité ou décès

Les garanties précédées d'une ✓ 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 indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.
- ✗ Le remboursement des dépenses de soins pour les personnes résidant à l'étranger non couvertes par la Sécurité sociale.
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes 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

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transports.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS (selon le niveau de garantie)

- ! **Hospitalisation** : La prise en charge est limitée par année civile et par bénéficiaire à : 30 jours en établissement d'enfant à caractère sanitaire, en traitement des maladies nerveuses ou mentales dans un établissement privé, 60 jours en rééducation.
- ! **Optique** : Remboursement limité à 2 verres et 1 monture par période de prise en charge d'1 an pour les mineurs et 2 ans pour les plus de 18 ans. Période ramenée à 1 an en cas d'évolution justifiée de la vue. Forfait lentilles par an et par bénéficiaire
- ! **Bien être** : Pharmacie non remboursée : forfait global par an et par bénéficiaire.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les salariés et leurs éventuels ayants droit sont couverts en France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée au titre des "soins à l'étranger".



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties :

➤ **Obligation de l'entreprise souscriptrice :**

- Relever de la convention collective Vins, cidres, jus de fruits, sirops, spiritueux et liqueurs de France.
- Etre domicilié en France
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation prévue par le contrat
- Informer la Mutuelle de toute cession d'activité, cessation d'activité, dépôt de bilan, redressement judiciaire ou liquidation judiciaire
- Transmettre à la Mutuelle le Bulletin d'adhésion Entreprise signé
- Transmettre à la Mutuelle les Bulletins d'Adhésion Individuels (BAI) et BAI modificatifs (si changement d'option/situation de famille) ainsi que les documents justificatifs fournis par le salarié.
- Remettre au salarié les Conditions Générales valant notice d'information, ses avenants et toutes nouvelles conditions générales et la fiche IPID.

➤ **Obligation du salarié ou de l'ancien salarié :**

▪ **A l'adhésion :**

- Etre affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français et appartenir à la catégorie de bénéficiaire prévue par le contrat.
- Remplir avec exactitude et signer le bulletin d'adhésion individuel, le transmettre à la mutuelle en cas d'adhésion à une couverture facultative, et fournir tous documents justificatifs demandés par la mutuelle.

▪ **En cours de contrat :**

- Informer la Mutuelle de tout changement de situation personnelle tel que décrit au contrat.
- Payer la cotisation ou fraction de cotisation selon les modalités prévues par le contrat en cas d'adhésion à un régime facultatif ou de couverture facultative des ayants droit, **sous peine de suspension des garanties.**
- En cas de modification de garantie, faire la demande au plus tard le 31 décembre pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de chaque année.

▪ **Pour le versement des prestations:**

- Transmettre à la Mutuelle la demande de remboursement dans un délai de 2 ans maximum suivant la date des soins.
- Fournir les justificatifs nécessaires au versement des prestations.



Quand et comment effectuer les paiements ?

➤ **Pour l'entreprise souscriptrice :** Les cotisations sont payables à terme échu ou à échoir à la date indiquée au contrat. L'entreprise assure le précompte de la cotisation obligatoire du salarié.

➤ **Pour le salarié ou l'ancien salarié :** Les modalités de paiement des cotisations facultatives sont fixées au contrat.

Les cotisations correspondant aux couvertures facultatives sont payées soit directement par le salarié ou l'ancien salarié auprès de la Mutuelle selon les modalités choisies au bulletin d'adhésion individuel soit via un précompte effectué sur le salaire par l'entreprise.

Modalité de paiement: Les paiements peuvent être effectués par prélèvement automatique, par chèque ou par virement.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

➤ **Pour l'entreprise souscriptrice:**

L'adhésion prend effet à compter de la date fixée au Conditions Particulières. Elle est annuelle et se renouvelle par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

L'adhésion de l'entreprise cesse à la date d'effet de la résiliation. La résiliation prend effet à l'échéance annuelle du contrat (31 décembre), sauf cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations.

➤ **Pour le salarié ou ancien salarié :**

La couverture obligatoire du salarié prend effet à compter de sa date d'affiliation au contrat.

La couverture facultative des ayants droit prend effet soit à la date de votre adhésion soit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

La demande de souscription aux garanties optionnelles peut intervenir dans les trois mois suivant l'adhésion au régime obligatoire ou tous les ans au 1er janvier.

Le maintien facultatif "Evin" prend effet au lendemain de la demande et au plus tôt le lendemain de la rupture du contrat de travail, ou de la cessation des garanties au titre de la portabilité.

La couverture du salarié ou de l'ancien salarié cesse : à la date d'effet de la résiliation du contrat par l'entreprise ou par la mutuelle ; à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail ; à l'expiration du mois au cours duquel le salarié ne remplit plus les conditions d'appartenance à la catégorie de personnel "bénéficiaire" ou à l'expiration de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits,

Dispositions spécifiques aux couvertures facultatives : la couverture cesse à la date d'effet de la résiliation par le salarié ou l'ancien salarié à l'échéance annuelle (31 décembre) ou à la date d'effet de la résiliation de la couverture par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Résiliation à l'initiative de l'entreprise : Le contrat collectif peut être résilié par l'entreprise à son échéance annuelle (31 décembre) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

Résiliation par le salarié ou l'ancien salarié des couvertures facultatives (uniquement) : Les modalités de résiliation sont identiques à celles applicables par l'entreprise. En cas de modification des droits et obligations issus du contrat, les couvertures facultatives peuvent être résiliées dans le délai d'un mois suivant la remise par la mutuelle des nouveaux documents contractuels. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur des modifications.