

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Mutuelle Mieux-Etre – Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité – SIREN n°775 659 907

Produit collectif obligatoire : Esprit Santé Collectif, formules Essentiel ANI/ANI à Confort 500

MUTUELLE
MIEUX ÊTRE

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 pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement sont 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 Sécurité sociale française. Ce produit est destiné aux entreprises de 1 à 100 salariés et respecte les conditions légales des contrats responsables, y compris celles issues de la réforme du 100% Santé.



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 SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations, téléconsultations, visites, actes de chirurgie et actes techniques réalisés en cabinet) et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, médicaments prescrits remboursés et matériel médical.
- ✓ **Optique** : Equipements 100% Santé et à prix libres, lentilles remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire** : Soins remboursés par la sécurité sociale, prothèses 100% Santé, à tarifs maîtrisés et à tarifs libres, (y compris couronnes transitoires), orthodontie remboursée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives** : Equipement 100% Santé et à prix libres, accessoires remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale**
- ✓ **Cures thermales** sur prescription médicale : honoraires de surveillance médicale, frais de transport et d'hébergement remboursés par la Sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Hospitalisation : Chambre particulière, chambre ambulatoire, Frais d'accompagnant, Frais de téléphone/télévision,

Maternité : Prime natalité ou adoption, forfait fécondation in-vitro et amniocentèse refusée par la Sécurité sociale.

Soins courants : Analyses et examens prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, Médicaments et vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.

Frais dentaires : Actes non remboursés par la Sécurité sociale (dont Implants dentaires, parodontologie, prothèses et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale).

Frais optique : Lentilles non remboursées (y compris jetables, chirurgie réfractive).

Cures thermales : Forfait pour frais non remboursés.

Médecines alternatives et Prévention : forfait annuel pour médecines douces, forfait sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale.

LES SERVICES ET ASSISTANCES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé partenaire
- ✓ Service Mieux-Etre Allo Santé: Assistance Santé, Service de téléconsultation médicale non remboursées par la Sécurité sociale, Protection juridique médicale, Accompagnement pré et post hospitalisation
- ✓ Fonds social
- ✓ Espace adhérent via internet et application mobile

Les garanties précédées d'une coche ✓ 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 dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités de soins de longue durée au-delà du ticket modérateur,
 - dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale.
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire)
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les instituts médico-éducatifs (IME) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)



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 transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins ou en l'absence de désignation d'un médecin traitant.
- ! 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

- ! Tous les frais afférents à des séjours en établissement de convalescence, de repos et de rééducation, au-delà du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier.
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, excepté pour un enfant de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue auquel cas un équipement est remboursé une fois par an dans la limite des montants de prise en charge. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur
- ! **Dentaire** : plafonnement des remboursements selon la formule choisie (hors soins et consultations) avec un maximum de 3 200€ par an
- ! **Aides auditives** : plafonnement des remboursements à 1 700 euros par oreille (Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Etre)



Où suis-je couvert ?

- ✓ 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.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du règlement mutualiste :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au règlement mutualiste

A la prise d'effet de l'adhésion

- Transmettre à la Mutuelle la liste nominative des membres appartenant à la catégorie à assurer définie au bulletin d'adhésion selon les modalités indiquées au règlement mutualiste
- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation ainsi que la notice d'information et la ou les fiches IPID de la ou des surcomplémentaires aux membres appartenant à la catégorie du personnel à assurer

Pendant la durée de l'adhésion :

- Affilier la totalité des membres présents et futurs appartenant à la catégorie de personne définie au bulletin d'adhésion et titulaires d'un contrat de travail non suspendu, ou suspendu mais indemnisé et ceci, pour l'ensemble de la garantie choisie
- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation des nouveaux membres dans les trente jours suivant la prise de fonction
- Informer dans les 48 heures la Mutuelle de la rupture du contrat de travail de tout affilié en précisant la date de prise d'effet de la rupture ainsi que le motif de la rupture,
- Transmettre à la Mutuelle dans les dix jours suivant la fin de chaque trimestre civil un état récapitulatif des nouveaux affiliés et personnes ayant quitté l'entreprise pendant le trimestre civil écoulé



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont mensuelles. Elles sont versées à la Mutuelle mensuellement ou trimestriellement, à terme échu. Les paiements peuvent être effectués par chèque, prélèvement automatique (mandat SEPA) ou virement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an. Dans le cadre d'une adhésion réalisée à distance, le souscripteur peut se rétracter dans un délai de quatorze jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion.

La couverture peut prendre fin au 31 décembre de chaque année sauf cas particulier prévu au règlement mutualiste et en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

Après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription du contrat, il est possible de résilier celui-ci à tout moment, sans frais ni pénalités. La résiliation prendra effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à l'adhésion par l'envoi d'une lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité :

- au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'adhésion ;
- après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription de votre contrat ;
- en cas de révision des cotisations ;
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du règlement mutualiste par la Mutuelle.