

Surcomplémentaire Santé collective

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

MUTUELLE
MIEUX-ÊTRE

Produit individuel à adhésion facultative : Esprit Santé Surcomplémentaire responsable,

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 ?

Esprit Santé Surcomplémentaire est un produit destiné aux salariés d'un contrat Esprit Santé Collective souscrit par leur employeur. L'adhésion des salariés à la surcomplémentaire est facultative.

Le contrat garantit le remboursement des frais de santé en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française et de la complémentaire santé obligatoire. Ce produit 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 et forfait journalier hospitalier (y compris en établissement de soins de suite et de réadaptation), chambre particulière, chambre ambulatoire, frais d'accompagnant, frais de téléphone/télévision en secteur conventionné et non conventionné, transport.
- ✓ **Maternité** : Prime natalité ou adoption, forfait fécondation in-vitro et amniocentèse refusée par la Sécurité sociale.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations, téléconsultations, visites, actes de chirurgie et actes techniques réalisés en cabinet) et paramédicaux, analyses et examens de laboratoire, (y compris, prescrits non remboursés par la Sécurité sociale), médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité sociale et médicaments et vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, matériel médical.
- ✓ **Optique** : Equipements 100% Santé et à prix libres, lentilles remboursées par la Sécurité sociale et lentilles non remboursées (y compris jetables), chirurgie réfractive.
- ✓ **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. Actes non remboursés par la Sécurité sociale (dont Implants dentaires, parodontologie, prothèses et orthodontie non remboursés 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. Forfait pour frais non remboursés.
- ✓ **Médecines alternatives** : forfait annuel pour médecines douces, forfait sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale.
- ✓ **Prévention** : tous les actes remboursés par la Sécurité sociale.

LES SERVICES ET ASSISTANCES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé partenaire
- ✓ Assistance 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 séjours effectués dans les maisons d'enfant à caractère social, les maisons de retraite y compris hébergement temporaire et placement à l'année, les longs séjours,
- ✗ Les soins à visée esthétique et la thalassothérapie
- ✗ Les soins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire (sauf mention contraire).



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 sous réserve du maintien au régime français de Sécurité sociale et du remboursement effectif du régime obligatoire.
- ✓ Pour des voyages ou séjours à l'étranger n'excédant pas 90 jours successifs, 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, l'adhérent doit :

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion individuel
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle
- Transmettre une adresse électronique de correspondance pour permettre la transmission des documents contractuels et informatifs
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au règlement mutualiste

Pour le versement des prestations :

- 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
- La demande de remboursement doit parvenir à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date de remboursement des soins par la Sécurité sociale

En cours de garantie :

- Informer la Mutuelle de toute demande faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers
- Informer la Mutuelle si le salarié bénéficie d'une garantie de même nature (collective ou individuelle) que celle assurée par le présent contrat
- Informer la Mutuelle de tout changement d'adresse, de coordonnées bancaires, de changement de situation familiale, de changement d'adresse électronique de correspondance



Quand et comment effectuer les paiements ?

Le montant de la cotisation est annuel. Elle est payable d'avance, par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique (mandat SEPA) ou par chèque.



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 L.221-10-3 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 notification par la Mutuelle