

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 individuel : Esprit Santé TNS Renfort non responsable

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 ?

Ce produit est un renfort destiné à compléter certaines garanties du produit de base Esprit Santé TNS dont vous bénéficiez. Ce produit s'adresse aux travailleurs non salariés non agricoles. Il ne respecte pas les plafonds de couverture prévus au contrat responsable.



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. Voici les garanties prévues au titre de ce renfort :

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité)** : Honoraires des Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (Optam ou Optam-co).
- ✓ **Soins courants** : Honoraires (consultations, téléconsultations, visites, actes de chirurgie et actes techniques réalisés en cabinet) des médecins généralistes et spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), y compris radiologues.
- ✓ **Optique** : Monture adulte ou enfant (à prix libre).

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Aucune garantie optionnelle n'est proposée sur ce produit.

LES SERVICES ET L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé partenaires, Itelis
- ✓ Service Mieux-Etre Allo Santé: Assistance Santé, Protection juridique médicale
- ✓ Fonds social
- ✓ Espace adhérent via internet et application mobile

Vous bénéficiez de ces services en tant qu'adhérent au contrat de base Esprit Santé TNS auquel ce renfort est systématiquement rattaché (ils ne vous sont facturés qu'une seule fois via le contrat de base).

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).



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

PRINCIPALES EXCLUSIONS

- ! 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.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! Ce contrat est ouvert uniquement aux personnes ayant souscrit les formules : Confort 250, Confort 300 Confort 400 ou Confort 500 du contrat de base Esprit Santé TNS dont il vient compléter les remboursements.
- ! **Optique** : La prise en charge est limitée à un équipement tous les 2 ans, sauf cas de renouvellement anticipé dans les conditions réglementaires et pour les enfants de moins de 16 ans.
- ! En tout état de cause, la prise en charge est limitée aux prestations prévues à la grille de garanties.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Les dépenses médicales effectuées lors d'un séjour temporaire à l'étranger ne seront prises en charge qu'à la condition de donner lieu à un remboursement effectif du régime obligatoire de la sécurité sociale française. Les remboursements seront effectués en euros et selon les garanties prévues à la grille, et plafonnés à 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription :

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

En cours de garantie :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations, prévus à la notice d'information
- Informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers
- Informer la Mutuelle si je bénéficie d'une garantie de même nature (collectif 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 de Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, ou d'adresse électronique de correspondance conformément aux délais prévus à la notice d'information
- Régler les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées à la notice d'information
- Restituer la carte de tiers payant qui a été remise par la Mutuelle, en cas de dénonciation de l'adhésion

Pour le versement des prestations

- Transmettre les originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire (sauf en cas de télétransmission) et les justificatifs des dépenses engagées
- 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.



Quand et comment effectuer les paiements ?

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



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La couverture prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours. 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 à la notice d'information et en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à la notice d'information. 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.