

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 Métiers Bureaux d'études techniques IDCC 1486, formules F1 à F3

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 remboursements 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, après intervention de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales et réglementaires des contrats responsables (y compris celles issues de la réforme 100% Santé). Il est réservé aux entreprises de 1 à 50 salariés relevant de l'IDCC 1486. Les enfants à charge sont obligatoirement couverts. L'employeur peut choisir entre trois niveaux de garanties appelés « Formules ». Si l'employeur a choisi une formule collective F1 ou F2, le salarié peut choisir une option Plus pour rehausser sa couverture. Il peut également choisir l'option Extension afin d'étendre sa couverture à son conjoint, uniquement lorsque l'entreprise ne souscrit pas à l'option.



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 la charge de l'assuré.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation (y compris maternité et psychiatrie):** Honoraires (y compris participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds), frais de séjour, forfait journalier hospitalier, allocation forfaitaire journalière pour chambre particulière et lit d'accompagnant en secteur conventionné, allocation forfaitaire maternité ou adoption.
- ✓ **Soins courants :** Honoraires médicaux (consultations, visites, actes de chirurgie et actes techniques réalisés en cabinet) et paramédicaux, actes d'imagerie et d'échographie, analyses et examens de laboratoire, médicaments prescrits et remboursés par la Sécurité sociale, matériel médical, transport sanitaire remboursé par la Sécurité sociale.
- ✓ **Dentaire :** Soins remboursés par la Sécurité sociale, prothèses 100% Santé, à tarifs maîtrisés et à tarifs libres, orthodontie remboursée par la Sécurité sociale, inlays-onlays, inlays-core, implants dentaires, prothèses non remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Optique :** Equipements 100% Santé et à prix libres, lentilles, chirurgie réfractive.
- ✓ **Aides auditives :** Equipements 100% santé et à prix libres, accessoires remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Forfaits médecines douces**
- ✓ **Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale**

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- **Dentaire :** parodontologie et orthodontie non remboursées par la Sécurité sociale
- **Prévention et autres soins :** ostéodensitométrie osseuse, compléments diététiques prescrits non remboursés, sevrage tabagique prescrit, contraception féminine, vaccin antigrippal, vaccins prescrits non remboursés.

LES SERVICES ET L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé Itélis (avantages tarifaires chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service Mieux-Etre Allo Santé : assistance santé, accompagnement pré et post hospitalisation, services en cas d'hospitalisation, téléconsultation médicale non remboursée par la Sécurité sociale, etc.
- ✓ Protection juridique médicale
- ✓ Espace adhérent via Internet

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les salariés ne relevant pas de la CCN susmentionnée.
- ✗ 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
 - 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).
- ✗ Les séjours en établissements médico-sociaux (EHPAD, IME,...)



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 coordonnés 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.
- ! **Chambre particulière et lit d'accompagnant :** remboursement uniquement en établissement conventionné.
- ! **Optique :** renouvellement possible de l'équipement tous les 2 ans, sauf en cas de renouvellement anticipé dans les conditions réglementaires ou pour les enfants de moins de 16 ans.
- ! **Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés ou libres :** au-delà de 3 prothèses/an, remboursement limité à 125% de la base de remboursement de la Sécurité sociale, Sécurité sociale incluse.
- ! **Aides auditives :** renouvellement possible tous les 4 ans.
- ! **Médecines douces :** selon la formule choisie, entre 2 et 5 séances maximum par an et prise en charge plafonnée entre 30 et 50 euros par séance.
- ! En cas de prise en charge des dépassements d'honoraires, respect des plafonds réglementaires.



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. En tout état de cause la prise en charge sera plafonnée à 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française, Sécurité sociale incluse. Pour les garanties du contrat non prises en charge par la Sécurité sociale française, le remboursement de Mutuelle Mieux-Etre ne sera accordé que si les soins et actes ont été effectués sur le territoire français.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, vous devez :

A la souscription du contrat:

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

A la prise d'effet de l'adhésion :

- Transmettre à la mutuelle la liste nominative et les bulletins individuels d'affiliation des membres de la catégorie du personnel à assurer définie au bulletin d'adhésion ainsi que la liste nominative des anciens salariés maintenus au titre de la portabilité des droits,
- Affilier la totalité des membres appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie au bulletin d'adhésion,
- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation ainsi que la notice d'information aux membres appartenant à la catégorie du personnel à assurer.

Au cours du contrat:

- Transmettre à la mutuelle les bulletins individuels d'affiliation des nouveaux membres dans les 30 jours suivant leur 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 ?

Pour la formule choisie par l'employeur : les cotisations sont annuelles et versées à la Mutuelle à terme échu mensuellement ou trimestriellement. Elles sont payables dans les dix jours suivant chaque échéance fixée au 1er jour du mois. Les paiements peuvent être effectués par chèque, télévirement, prélèvement ou virement automatique.

Pour la ou les option(s) choisie(s) par le salarié : le montant de la cotisation est annuel. Elle est payable d'avance avant le 10 du mois, par fractionnement mensuel. Les paiements sont effectués par prélèvement automatique.



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 et est renouvelée au 1er janvier de 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 aux conditions générales et en cas de résiliation par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues aux conditions générales.

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 ou conventionnelle, dans un délai de 30 jours à compter de la notification par la Mutuelle.