

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 Particuliers, formules Sérénité 100 à Plénitude 400

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, après intervention de la Sécurité sociale française. Ce produit est destiné aux particuliers et respecte les conditions légales et réglementaires 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.
- ✓ **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.
- ✓ **Optique** : Equipements 100% Santé et à prix libres, lentilles remboursées par la Sécurité sociale.
- ✓ **Aides auditives** : Equipement 100% Santé et à prix libres, accessoires 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.
- ✓ **Actes de prévention 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** : Médicaments et vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale, analyses et examens prescrits non remboursés par la Sécurité sociale.
- **Dentaire: Actes** non remboursés par la Sécurité sociale (dont Implants dentaires, parodontologie, prothèses et orthodontie non remboursés par la Sécurité sociale).
- **Optique**: Lentilles non remboursées (y compris jetables), chirurgie
- **Cures thermales** : Forfait pour frais non remboursés.
- **Médecines alternatives** : Forfait médecines douces, forfait sevrage tabagique non remboursé par la Sécurité sociale.

LES SERVICES ET L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé partenaires, Itelis
- ✓ 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 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.
- ! **Dentaire** : plafonnement des remboursements selon la formule choisie (hors soins, consultations et prothèses 100% Santé) avec un maximum de 2 800€ par an.

- ! **Optique** : renouvellement possible de l'équipement tous les 2 ans, sauf cas de renouvellement anticipé dans les conditions réglementaires.
En cas de prise en charge des dépassements d'honoraires, respect des plafonds réglementaires.

Aides auditives : renouvellement possible tous les 4 ans.
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, 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 du contrat :

- Remplir avec exactitude le bulletin d'adhésion,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle,
- Régler la 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 prévues au règlement,
- 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 au règlement mutualiste,
- Régler les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées au règlement,
- 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 ?

Mon adhésion prend effet à la date indiquée sur mon certificat d'adhésion, pour une durée minimale d'un an puis se renouvelle par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année ultérieure. 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.

Il est possible de résilier la garantie à tout moment, sans frais ni pénalités à l'expiration d'un délai d'un an et au 31 décembre de chaque année ultérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion. Pour une demande de résiliation à l'expiration d'un délai d'un an, celle-ci prendra effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification. La couverture peut également prendre fin en cas de résiliation par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au règlement mutualiste.



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 proposition de modification du règlement mutualiste par la Mutuelle.