

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 Immobilier IDCC 1527, formules F1 à F4

MUTUELLE
IEUX 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 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 des contrats responsables ainsi que l'avenant relatif à l'application du régime frais de santé de la CCN concernée. Ce produit est un produit spécifique réservé aux entreprises de 1 à 50 salariés relevant de l'IDCC 1527.

L'employeur peut choisir entre quatre niveaux de garanties appelés « Formules ». Si l'employeur a choisi d'opter pour la formule F1, F2 ou F3, le salarié peut choisir une Option supérieure.



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, chambre particulière (y compris ambulatoire) et lit d'accompagnant, forfait maternité ou adoption.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations, visites médecins, actes techniques ou petite chirurgie réalisés en cabinet, actes d'imagerie, radiologie) ; Honoraires paramédicaux ; Analyses et examens de laboratoire ; Médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale ; Transport ; Matériel médical.
- ✓ **Optique** : Equipement (monture et verres) 100 Santé et à prix libre ; Lentilles de contact ; Chirurgie réfractive.
- ✓ **Dentaires** : Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale ; Prothèses 100% Santé, à tarifs maîtrisés et à tarifs libres remboursées par la Sécurité sociale ; Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale ; Implantologie.
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% santé et à prix libres, accessoires remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Médecines douces** : ostéopathe, acupuncteur, diététicien.
- ✓ **Actes de prévention** prévus par le contrat responsable

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Orthodontie et prothèses dentaires non remboursées par la Sécurité sociale (à partir de la formule F2)
Forfait cures thermales (à partir de la formule F2)
Sevrage tabagique (à partir de la formule F2)

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé Itelis (avantages tarifaires chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service Mieux-Etre Allo Santé : assistance santé, accompagnement pré et post hospitalisation par une infirmière, services en cas d'hospitalisation, téléconsultation médicale non remboursée par la Sécurité sociale, équilibre vie privée / vie professionnelle, etc.
- ✓ Protection juridique médicale
- ✓ Fonds social, actions de prévention de la branche
- ✓ 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 du champ d'application de la CCN Immobilier IDCC 1527
- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les dépenses de soins relatives aux séjours effectués :
 - dans les unités ou centres de long séjour
 - 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 coordonné.
- ! 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** : 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. Prise en charge dans le respect des plafonds réglementaires.
- ! **Aides auditives** : renouvellement possible tous les 4 ans. Prise en charge dans le 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 des conditions générales :

- 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 règlement mutualiste

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.
- 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 et le présent document d'information sur les produits d'assurance aux membres appartenant à la catégorie à assurer.
- Transmettre à la Mutuelle les bulletins individuels d'affiliation des nouveaux membres dans les 30 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 ?

Pour la formule choisie par l'employeur : Les cotisations sont annuelles et versées à la Mutuelle à terme échu selon un fractionnement fixé aux conditions particulières. Elles sont payables dans les dix jours suivant chaque échéance fixée aux conditions particulières. Les paiements peuvent être effectués par chèque, télévirement ou virement automatique.

Pour l'option choisie par le salarié : 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 au bulletin d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée au 1^{er} janvier de chaque année, par tacite reconduction pour une durée d'un an.

La couverture du salarié 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.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin à l'adhésion ou le salarié peut mettre fin à l'adhésion de son option :

- par lettre recommandée ou courrier électronique recommandé au moins deux mois avant à la date d'échéance de l'adhésion
- en cas de révision des cotisations ou en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, en nous adressant une lettre recommandée ou courrier électronique recommandé dans les 30 jours suivant la notification.

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.