

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 HCR (Hôtels Cafés Restaurants) IDCC 1979, formules F1 à F3

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, en complément 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 la convention collective Hôtels Cafés Restaurants (IDCC 1979). L'employeur peut choisir entre trois niveaux de garanties appelés « Formules ». Si l'employeur a choisi d'opter pour la formule F1 ou F2, le salarié peut choisir une Option Plus qui permet de rehausser sa couverture au niveau supérieur (par ex, Formule F2 + Option Plus = Formule F3). Le salarié peut également choisir d'opter pour une option nommée « Option Extension » afin d'étendre sa couverture à son conjoint, s'il le désire.



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)** : Frais de séjour, honoraires (y compris participation forfaitaire pour les actes techniques médicaux lourds), forfait journalier hospitalier, allocation forfaitaire journalière pour chambre particulière et lit d'accompagnant, allocation forfaitaire naissance ou adoption.
- ✓ **Soins courants** : Honoraires médicaux (consultations, téléconsultations, visites, actes de chirurgie et actes techniques réalisés en cabinet) et paramédicaux, actes d'imagerie et d'échographie, analyses et examens de laboratoire, matériel médical, transport sanitaire remboursé, médicaments prescrits remboursés.
- ✓ **Dentaire** : Soins remboursés, prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (100% Santé, à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres), inlays-onlays à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres, prothèses dentaires non remboursées, orthodontie, forfait implantologie non remboursée.
- ✓ **Optique** : Equipements 100% Santé et à prix libres, lentilles
- ✓ **Aides auditives** : Equipements 100% santé et à prix libres, accessoires remboursés par la Sécurité sociale.
- ✓ **Cures thermales** : honoraires médicaux remboursés
- ✓ **Autres soins** : Médecines douces, contraception prescrite non remboursée, sevrage tabagique, actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale.

LES GARANTIES OPTIONNELLES

- **Dentaire** : Parodontologie non remboursée.
- **Optique** : Chirurgie réfractive.
- **Cures thermales** : Forfait pour frais non remboursés.

LES SERVICES ET L'ASSISTANCE SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé Itélis (avantages tarifaires chez les opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes et centre de chirurgie réfractive partenaires)
- ✓ Assistance (dont services accompagnement au quotidien, programme d'accompagnement pré et post hospitalisation, services en cas d'hospitalisation, etc.)
- ✓ Service de téléconsultation
- ✓ Protection juridique médicale
- ✓ Fonds social
- ✓ 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 Hôtels Cafés Restaurants (IDCC 1979)
- ✗ Les salariés ayant moins d'un mois civil entier d'emploi dans l'entreprise
- ✗ 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)
- ✗ 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

- ! **Hospitalisation** : chambre particulière maternité limitée à 8 jours maximum.
- ! **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. 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. 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 aux conditions générales.

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 le produit d'assurance aux membres appartenant à la catégorie du personnel 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 sur 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 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.