

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 : Filière Experts du bâtiment (IDCC 2332, 2543, 2666)



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 des contrats responsables ainsi que l'accord de branche des CCN concernées. Ce produit Offre Santé Filière Experts du bâtiment est un produit spécifique réservé aux entreprises de 8 à 100 salariés relevant des CCN 2332 (Entreprises d'architecture), 2543 (Géomètres), 2666 (Conseils d'architecture, d'urbanisme et de l'environnement). Une Option à adhésion facultative individuelle peut être souscrite par le salarié afin de renforcer le niveau des garanties de la base souscrite par l'employeur.



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, forfait chambre particulière et frais d'accompagnement, prime naissance ou adoption
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales :** Consultations, visites médecins, examens médicaux, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible, analyse, examens de laboratoires, radiologie
- ✓ **Frais optiques :** Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, forfait opération de la myopie
- ✓ **Frais dentaires :** Soins dentaires y compris Inlay/Onlay, prothèses dentaires, orthodontie, forfait implantologie, parodontologie,
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale :** prothèses auditives, orthopédie et autres prothèses
- ✓ **Forfait médecines alternatives**
- ✓ **Cures thermales remboursées par la Sécurité sociale**
- ✓ **Sevrage tabagique :** forfait global annuel pour patch, gomme, acupuncture, laserthérapie sur prescription médicale
- ✓ **Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale, forfait sevrage tabagique, forfait pilules contraceptives non remboursées par la Sécurité sociale**

LES SERVICES ET ASSISTANCES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de professionnels de santé (avantages tarifaires chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Assistance (dont services accompagnement au quotidien, équilibre vie privée / vie professionnelle, programme d'accompagnement pré et post hospitalisation par une infirmière, service en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, aide aux aidants, 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 des CCN 2332, 2543, 2666
- ✗ 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 médico-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.
- ! 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 (y compris maternité) :** les frais (y compris chambre particulière) afférents à des hospitalisations en unités de soins de longue durée, en établissement de convalescence, de repos et de rééducation, sont exclus au-delà du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier.
- ! **Optique :** prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, excepté pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue auquel cas un équipement est remboursé une fois par an dans la limite des montants de prise en charge.



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties, l'employeur doit :

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 la liste nominative et les bulletins individuels d'affiliation des membres de la catégorie du personnel à assurer
- Affilier la totalité des membres appartenant à la catégorie de bénéficiaires définie au bulletin d'adhésion
- Transmettre les bulletins individuels d'affiliation des nouveaux membres dans les 30 jours suivant la prise de fonction
- Informer la Mutuelle de la rupture du contrat de travail de tout affilié en précisant la date et le motif de la rupture,
- Transmettre à la Mutuelle un état récapitulatif des nouveaux affiliés et personnes à désaffilier

Sous peine de suspension des garanties, le salarié doit :

A la souscription du règlement :

- Remplir avec exactitude le bulletin individuel d'adhésion
- Fournir tous documents justificatifs demandés par la Mutuelle

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 que celle assurée par le présent contrat

Pour le versement des prestations

- Transmettre les décomptes de prestations de l'Assurance maladie obligatoire et les justificatifs des dépenses engagées
- La demande de remboursement doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 2 ans à compter du remboursement des soins



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 au bulletin d'adhésion pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée 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 au règlement mutualiste et en cas de résiliation par la mutuelle pour non-paiement des cotisations dans les conditions prévues au règlement mutualiste.

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 L223-8 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;