

Dossier de souscription

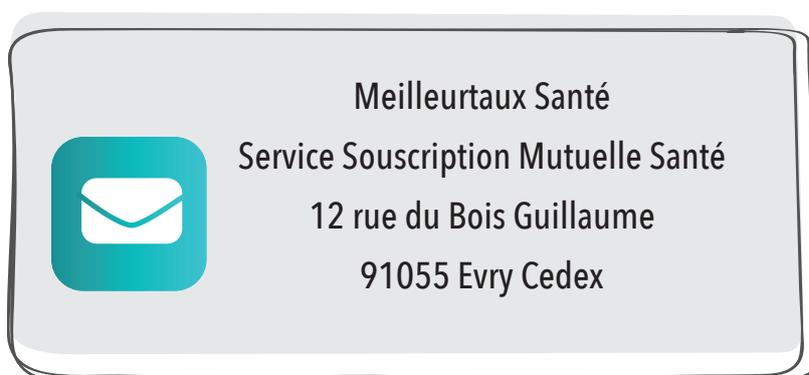
Notre offre vous a convaincu ? Pour adhérer, suivez ces 4 étapes : **meilleurtaux**
Santé

1 Lisez et complétez soigneusement les 2 volets de votre demande d'adhésion

2 Réunissez les documents à nous envoyer :

- Les 2 volets de votre demande d'adhésion complétée
- Un relevé d'identité bancaire ou postal
- Une attestation de la carte vitale de chaque assuré
- La demande de résiliation de votre mutuelle actuelle, Meilleurtaux Santé se charge de l'envoyer à votre assureur, sans aucun frais pour vous
(cf page 3 – à remplir uniquement en cas de changement de mutuelle)

3 Glissez tous ces éléments dans une enveloppe, affranchie au tarif en vigueur, et adressez-la à l'adresse suivante :



4 Et après, comment cela se passe ?

Dès réception de votre dossier, nous vous confirmons par téléphone ou par courrier de la prise d'effet de votre contrat à la date que vous nous avez mentionnée.

Vous recevrez sous 48 heures votre carte tiers-payant, et votre contrat complet.



Résilier sa mutuelle actuelle

Modèle à compléter et joindre à votre dossier uniquement en cas de changement de mutuelle

A quel moment puis-je résilier mon contrat de mutuelle ?

- À sa date échéance anniversaire (en général 2 à 3 mois de préavis)
- À sa date échéance anniversaire en application de la loi Châtel (en général 20 jours à réception de l'échéancier)
- Lors d'un changement de domicile, de situation, de profession ou de retraite (dans un délai d'un mois)
- En cas d'augmentation de la cotisation (dans un délai d'un mois)
- À tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat (dans un délai d'un mois)

Expéditeur (nom et adresse)

À _____, le __/__/__

RECOMMANDÉ avec AR

Objet : Résiliation du contrat d'assurance N° _____

Monsieur le directeur de la Société

Monsieur le Directeur,

Veuillez noter, par la présente lettre recommandée, que j'entends faire cesser les effets du contrat référencé ci-dessus :

- A la date d'échéance principale, soit le __/__/__, conformément aux dispositions tant générales que particulières du contrat.
- A la date d'échéance principale, soit le __/__/__, conformément à l'article L.113-15-1 du Code des Assurances stipulant que «la reconduction des contrats couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles peut être dénoncée dans les 20 jours suivant l'envoi de l'avis d'échéance annuel» - cachet de la poste faisant foi.
- Dans un délai d'un mois à dater de la présente, conformément aux dispositions de l'article L 113-16 du Code des Assurances par suite de survenance d'un des événements suivants :
 - Changement de domicile,
 - Changement de situation ou de régime matrimonial,
 - Changement de profession,
 - Retraite ou cessation d'activité professionnelle.
- Par suite de l'augmentation de votre tarif, cette résiliation prenant effet 30 jours après l'envoi de la présente lettre.
- Résiliation infra-annuelle : En application de l'article L113-15-2 du Code des assurances ou de l'article L221-10-2 du Code de la mutualité ou de l'article L932-12-1 du Code de la sécurité sociale. Cette résiliation prendra effet le __/__/__ à 24h00, le nouveau contrat souscrit prenant effet le __/__/__ à 00h00. À compter de cette date, le risque couvert par ce contrat sera assuré auprès de _____, sous la référence suivante : _____. La continuité de ma couverture sera donc assurée durant l'opération de résiliation. Par conséquent, je vous demande de bien vouloir me rembourser le solde des cotisations ou primes perçues dans un délai de 30 jours à compter de la date de résiliation.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes sentiments distingués.

Signature

Précédée de la mention «lu et approuvé»

Informations relatives aux frais de gestion

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais des contrats de complémentaire santé, nous vous prions de trouver ci-après le rapport prestations/cotisations ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de votre futur contrat d'assurance santé.

Veillez prendre connaissance de ces informations avant la signature de votre demande d'adhésion :

- Le rapport prestations/cotisations⁽¹⁾ est de **61,70%**
- Le taux des frais de gestion⁽²⁾ s'établit à **31,85%**

⁽¹⁾Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

⁽²⁾Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours (14) calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Modèle de lettre de renonciation à l'adhésion d'une complémentaire Santé

Destinataire : Meilleurtaux Santé – 12 rue du Bois Guillaume – 91055 Evry-Courcouronnes Cedex

Objet : Renonciation à l'adhésion de la garantie [Nom de la garantie]

Madame, Monsieur,

Je soussigné(e) [Nom, Prénom et numéro du membre participant] demeurant à [Lieu] ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat [Nom et N° de contrat] que j'ai signé le [date sous le format JJ/MM/AAAA].

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

A [lieu], le [date sous le format JJ/MM/AAA].

Signature



À partir de 18 ans
Âge limite de souscription

NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

HOSPITALISATION & MATERNITÉ ⁽¹⁾

		Année 1 & 2	100%	125%	150%	175%	200%	250%
Honoraires : chirurgie, anesthésie, obstétrique (hors chirurgie dentaire) dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO*		Année 1 & 2	100%	125%	150%	175%	200%	250%
	BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
Hors OPTAM ou OPTAM CO*			100%	100%	125%	150%	175%	200%
Frais de séjour Hospitalier	En secteur conventionné		100%	100%	100%	100%	100%	100%
	En secteur non conventionné		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait journalier hospitalier ⁽²⁾			Rembst intégral					
Frais de transport (sauf cures et maternité)			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Hospitalisation à domicile			100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chambre particulière ⁽³⁾			-	40€/jour	60€/jour	70€/jour	80€/jour	100€/jour
Lit d'accompagnement, téléphone, internet, télévision (maxi 15 j/an)			15€ / jour					

MÉDECINE COURANTE

		Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux dans le cadre OPTAM ou OPTAM CO		Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} année	125%	150%	175%	225%	275%	325%
Médecins spécialistes et généralistes - Radiologie - Imagerie - Actes techniques médicaux - hors OPTAM ou OPTAM CO			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Analyses - examen de laboratoires			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Auxiliaire médicaux			100%	100%	125%	150%	200%	200%
Médecine naturelle : ostéopathe, chiropracteur, étiope, homéopathe, acupuncteur, mésothérapeute, réflexologue, pédicure, podologue, diététicien, nutritionniste, naturopathe, sophrologue, tabacologue, luminothérapeute, hypnothérapeute, psychologue, sexologue (maxi 50€ / séance)			50€ / an	100€ / an	100€ / an	150€ / an	150€ / an	200€ / an

PHARMACIE

Médicaments et homéopathie remboursés		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments prescrits non remboursés (y compris vaccins, contraceptifs)		30 € / an	30 € / an	40 € / an	40 € / an	50 € / an	50 € / an

OPTIQUE

Optique 100% SANTÉ*	Verres et monture classe A ^(a)	Rembst intégral						
	Verres classe A ^(a)	Rembst intégral						
Optique Hors 100% SANTÉ								
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre ^(b) - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)	2 verres simples, ou 1 complexe ou 1 très complexe - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	100%	150 €	200 €	300 €	350 €	400 €	
BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} année	100%	200 €	250 €	350 €	400 €	420 €	
Forfait Optique, équipement complet entrant dans le cadre du panier libre ^(b) - Renouvellement tous les 2 ans ^(c)	2 verres complexes ou très complexes - 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	100%	250 €	300 €	400 €	500 €	600 €	
BONUS FIDÉLITÉ	Dès la 3 ^{ème} année	100%	300 €	350 €	450 €	550 €	650 €	
Forfait annuel pour lentilles prescrites remboursées ou non par le RO			50€	50€	100€	100€	150€	150€
Chirurgie réfractive de l'œil, forfait par an et par œil			-	200€	250€	300€	350€	400€



À partir de 18 ans
Âge limite de souscription

NIVEAU 1 90 ans	NIVEAU 2 90 ans	NIVEAU 3 85 ans	NIVEAU 4 85 ans	NIVEAU 5 85 ans	NIVEAU 6 85 ans
F1	F2	F3	F4	F5	F6

DENTAIRE (par an et par bénéficiaire)

100%SANTE* Dentaire - Condition selon décret en 2020 ^(a)		Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Dentaire Hors 100%SANTE*							
Soins dentaires remboursés par le RO		100%	150%	200%	250%	275%	300%
Prothèses dentaires, inlays-core et implantologie remboursés par le RO	Année 1 & 2	100%	150%	200%	250%	275%	300%
	BONUS FIDÉLITÉ Dès la 3 ^{ème} année	150%	200%	250%	300%	325%	350%
Orthodontie remboursée par le RO	Année 1 & 2	100%	125%	150%	200%	250%	300%
	BONUS FIDÉLITÉ Dès la 3 ^{ème} année	150%	175%	200%	250%	300%	350%
Dentaire non remboursé par le RO (implants non remboursés, orthodontie pour adulte, parodontologie)		-	150 €	200 €	250 €	300 €	350 €
Plafond ⁽⁴⁾ de remboursement sur le poste dentaire (hors soins) y compris les prestations en 100% santé*) – au-delà, la prise en charge est limitée au ticket modérateur		-	800 € / an	1.000 €/an	1.000 €/an	1.200 €/an	1.200 €/an

APPAREILLAGE ET PROTHÈSE

Prothèses et appareillages (autres que dentaires et audio)		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Complément pour petit appareillage		-	50 € / an	75 € / an	100 €/an	125 €/an	150 €/an

APPAREILLAGE AUDITIF

100% SANTÉ* Prothèses Auditives - Conditions selon décret en 2020 ^(a) Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale de Classe I entrant dans le cadre du panier de soins 100% santé* (classe I ^(d) remboursement renforcé) - Renouvellement tous les 4 ans ^(e)		Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral	Rembst intégral
Hors 100% Santé : - Aides auditives remboursées par la Sécurité sociale Hors panier de soins 100% santé* (Appareil de classe II à prix libre) - Renouvellement tous les 4 ans ^(e) - Remboursement maximum 1700€ par oreille à appareiller ^(e) .		100%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait appareil auditif (par an)	Année 1 & 2	100 €	200 €	300 €	400 €	500 €	600 €
	BONUS FIDÉLITÉ Dès la 3 ^{ème} année	100 €	300 €	400 €	500 €	600 €	700 €

PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE

Cure thermale prise en charge par le RO		100%	125%	150%	175%	200%	250%
Forfait supplémentaire cure thermale remboursée par le RO (y compris transport et hébergement)		-	100 €	150 €	175 €	200 €	250 €
Prise en charge de l'ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable (arrêté ministériel du 8 juin 2006)		100%	100%	100%	100%	100%	100%

SERVICES INCLUS

Assistance accompagnement		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tiers payant		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Télémédecine		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Réseaux de soins		oui	oui	oui	oui	oui	oui
Décompte en ligne		oui	oui	oui	oui	oui	oui

Lexique

- OPTAM ou OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
- Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00
- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à - 6,00 ou + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verres multifocal ou progressif
- Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00

Exclusions et limitations de garantie

- ⁽¹⁾ Pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, les remboursements sont limités à la prise en charge du ticket modérateur uniquement et la chambre seule est exclue, sauf en cas d'hospitalisation consécutive à un accident où la garantie s'applique totalement.
- ⁽²⁾ Illimité. Exclu pour les séjours en gériatrie, les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
- ⁽³⁾ Prise en charge des frais de chambre particulière :
 - Limitée à 30 jours par an et par assuré en hospitalisation médicale et chirurgicale
 - Limitée à 30 jours par an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle suite à une hospitalisation.
 - Non garantie pour une hospitalisation en ambulatoire et les séjours en secteurs de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique et gériatrie, séjours en gériatrie, les séjours en unités de soins de longue durée (USLD), les établissements d'hébergement pour personnes âgées, les établissements médicosociaux, les établissements ne relevant pas des soins de suite et de réadaptations (SSR), les séjours en milieu spécialisé (psychiatrie, cures de désintoxication en cas d'alcoolisme ou de toxicomanie), en maison de repos, de convalescence ou de rééducation (non consécutifs à une hospitalisation).
- ⁽⁴⁾ Au-delà du plafond, le remboursement s'effectuera à hauteur du Ticket Modérateur, le plafond s'applique également pour les prestations entrant dans le cadre du 100% santé.

Une fois le plafond dentaire atteint, le remboursement est limité comme suit :

- au ticket modérateur pour les prothèses dentaires et l'orthodontie (prise en charge du régime de base inclus) pour les actes du panier hors 100% Santé,
- la prise en charge des actes du panier 100% Santé se fera à la hauteur des frais réels, sous déduction des prises en charge du régime de base.
- Les soins dentaires ne sont pas concernés par le plafond.

Informations 100% Santé*

* tels que définis réglementairement

^(a) Remboursement dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale.

^(b) Les forfaits sont exprimés y compris remboursement de la Sécurité sociale.

Les remboursements intègrent la prestation d'appairage et supplément pour verres avec filtre en complément de la Sécurité sociale et à hauteur du ticket modérateur.

Le remboursement de la monture est limité à 100 €, remboursement du régime obligatoire inclus.

^(c) Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement.

La période est ramenée à un an pour les assurés de plus de 16 ans, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une dégradation des performances oculaires ou d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières prévues par la réglementation en vigueur. Pour les assurés de moins de 16 ans, la période est ramenée à un an sauf dégradation des performances oculaires prévue par la réglementation en vigueur.

^(d) Une aide auditive de classe I doit comporter au moins trois options de la liste A prévues par la réglementation en vigueur.

^(e) Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans par oreille et par bénéficiaire dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition du dernier équipement. Conformément à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale, le remboursement total des aides auditives de classe 2 est plafonné à 1700 € par oreille à appareiller.

Informations garanties

Les garanties du contrat Relaxeo 2 décrites ci-dessous respectent l'ensemble des conditions du cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires » mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application dont les articles R 871-1 et 2 du même code. De ce fait, elles peuvent bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la législation. Le contrat Relaxeo 2 s'adaptera donc automatiquement à la réforme des soins et équipements à prise en charge renforcée (dite « 100% santé* »).

Le dispositif « 100% Santé » permet d'accéder à une offre sans reste à charge pour certaines dépenses en Dentaire, Optique et Aide auditive en fonction du calendrier défini par la réglementation.

Les garanties prévoient le remboursement de vos dépenses de santé occasionnées à la suite d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale. Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale peuvent donner lieu, à une participation au titre du contrat à la condition qu'il en soit fait mention dans le tableau des garanties ci-dessous. Lorsqu'elles ne sont pas évoquées sous la forme « Remboursement intégral », les garanties sont exprimées sous la forme de forfait (en euro) ou en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité sociale incluant le remboursement de la Sécurité sociale. Elles s'entendent toujours dans la limite des frais réellement engagés et des « Prix Limites de Ventes » (PLV) et « Honoraires Limites de Facturation » (HLF) déterminés par la réglementation en vigueur^(a) »

Pour les actes réalisés en secteur Non Conventionné, la base de remboursement retenue est celle du Tarif d'Autorité de la Sécurité sociale.

Sauf mention contraire dans le tableau ci-dessus, les actes non pris en charge par la Sécurité sociale, qu'ils soient référencés ou non par cet organisme ne sont pas remboursés. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes et produits doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité.

Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances – 322 215 021 RCS Nanterre

Distributeur et co-concepteur : **Meilleurtaux Santé (AFI ASSURANCES)** - SAS - RCS B 404 414 583 - Société de courtage d'assurances immatriculée à l'ORIAS sous le numéro 07 027 969 dont le siège social est situé au 12 rue du Bois Guillaume - 91000 ÉVRY COURCOURONNES
Produit : RELAXEO 2

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 précontractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le contrat RELAXEO 2 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. Il peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin pour les personnes éligibles.



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. Certaines prestations évoluent sous la forme de bonus fidélité à partir de la 3^{ème} année d'assurance

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

Hospitalisation et maternité :

✓ Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, lit accompagnant.

Frais dentaires :

✓ Soins dentaires, inlays-onlays, orthodontie, prothèses remboursés par la Sécurité Sociale

Frais optique :

✓ Lunettes (monture et verres), lentilles (remboursées ou non par la Sécurité Sociale).

Soins courants - Pharmacie - Bien-être :

✓ Honoraires, hospitalisation à domicile, honoraires paramédicaux, laboratoires, pharmacie, matériel médical (prothèses orthopédiques, mammaires, capillaires et autres prothèses remboursées par la Sécurité Sociale, fournitures et accessoires remboursés par la Sécurité sociale), cures thermales, médecines douces non remboursées par la Sécurité Sociale, actes de prévention non remboursés par la Sécurité Sociale (au choix de l'assuré).

Pharmacie prescrite et non remboursée par la Sécurité sociale.

Aides Auditives :

✓ Prothèses auditives remboursées par la Sécurité sociale ;

Garanties accessoires

✓ Assistance accompagnement ;
✓ Télémedecine ;

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

✓ **Service Tiers Payant**

✓ **Prise en charge hospitalière, optique, dentaire via le réseau de professionnel de santé**

✓ **Espace personnel client**



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ☒ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ☒ Les frais relatifs à des séjours en établissements médico-sociaux, services ou unités de soins de longues durées (USLD), maisons de retraite, logements foyer pour personnes âgées, cures médicales spécialisées ou non.



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

! La majoration du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins. La participation forfaitaire de 1,00€ et les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports.

! 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 :

Prestation limitée au Ticket modérateur pendant les 60 premiers jours suivant la date de prise d'effet du contrat et à 30 jours /an en cas d'hospitalisation en maison de convalescence et de soins de suite et de rééducation dans la mesure où elle intervient dans la continuité d'une hospitalisation garantie.

Forfait journalier hospitalier : exclusion en gériatrie, unités de soins de longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées. Chambre particulière :

- ✓ limitée à 30 jours/an et par assuré en hospitalisation médicale et chirurgicale.
- ✓ Limitée à 30 jours/an et par assuré pour les séjours de rééducation, convalescence et réadaptation fonctionnelle suite à une hospitalisation,
- ✓ Non garantie lors d'une hospitalisation en ambulatoire et les séjours en secteurs de psychiatrie ou neuropsychiatrie, diététique et gériatrie.

! **Frais optiques** : la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans, réduite à 1 an pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Monture prise en charge à hauteur de 100,00 €

! **Dentaire** : Plafonds de remboursement y compris les prestations en 100% santé (hors soins) pour les niveaux 2 à 6

Non exhaustif. La liste complète des exclusions et des limitations se trouve dans la documentation précontractuelle et contractuelle



Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger, à partir du moment où le régime français intervient.
- ✓ Dans les 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 nullité de l'adhésion ou de non garantie

Lors de l'adhésion :

- Remplir avec exactitude la proposition d'assurance fournie par l'assureur,
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Remplir les conditions d'adhésion

En cours de contrat

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat,
- Faire parvenir les demandes de remboursement à l'assureur dans un délai de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de la Sécurité Sociale (si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si l'assureur n'a pas directement réglé auprès du professionnel de santé)
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'assuré en a connaissance :
 - Changement de situation : adresse ou fixation hors de France métropolitaine, composition familiale (naissance, mariage, décès), situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité,
 - Changement de profession : l'assuré doit fournir à l'assureur les justificatifs nécessaires à la modification de son contrat.



Quand et comment effectuer les paiements ?

- Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée au contrat, auprès de l'assureur ou de son représentant dans les dix jours à compter de l'échéance.
- Paiement fractionné (mensuel, trimestriel ou semestriel) possible sans frais.
- Les paiements peuvent être effectués par chèque (sauf en fractionnement mensuel) ou par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

- La date d'effet de l'adhésion au contrat est définie d'un commun accord et est indiquée au certificat d'adhésion.
- L'adhésion produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation ou fraction de cotisation et au plus tôt à la date fixée au certificat d'adhésion. Les mêmes dispositions s'appliquent à tout avenant de l'adhésion.
- L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion :

- A l'expiration d'un délai d'un an, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois ; puis, ce délai d'un an passé, à la date d'échéance principale, moyennant le respect d'un préavis de 2 mois.
- À tout moment, après un an d'adhésion. La résiliation prendra effet 1 mois après réception par l'Assureur de la demande de résiliation.
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances).
- En cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.

Dans tous les cas, votre demande doit parvenir au siège de Meilleurtaux Santé, 12 rue du Bois Guillaume, 91055 EVRY CEDEX, par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à resiliationsante@meilleurtaux.com ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances.