

REGLEMENT MUTUALISTE GENERAL

REGIME FRAIS MEDICAUX
ET CHIRURGICAUX

OPERATIONS INDIVIDUELLES

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| CHAPITRE 1 - OBJET DU REGLEMENT | 3 |
| ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT | 3 |
| ARTICLE 2 – REFERENCES LEGALES DU REGIME SANTE | 3 |
| ARTICLE 3 – INTERVENANTS AU REGIME SANTE | 3 |
| ARTICLE 4 - DROITS MUTUALISTES | 3 |
| ARTICLE 5 - DEFINITIONS | 3 |
| ARTICLE 6 – SUBROGATION | 4 |
| ARTICLE 7 - PLURALITE D’ASSURANCE | 4 |
| ARTICLE 8 - INFORMATIQUE ET LIBERTES | 4 |
| ARTICLE 9 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE | 5 |
| ARTICLE 10 - RECLAMATIONS | 5 |
| ARTICLE 11 - GARANTIE TECHNIQUE ET FINANCIERE DU REGIME SANTE | 5 |
| CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES A L’ADHERENT | 5 |
| ARTICLE 12 - ADHESION | 5 |
| ARTICLE 13 - FORMALITES D’ADHESION AU REGIME | 5 |
| ARTICLE 14 - EFFET, DUREE ET RENOUELEMENT DE L’ADHESION | 6 |
| ARTICLE 15 - DROIT DE RENONCIATION EN CAS D’ADHESION A DISTANCE | 6 |
| ARTICLE 16 - DENONCIATION DE L’ADHESION | 6 |
| ARTICLE 17 - EFFET DE LA DENONCIATION DE L’ADHESION | 7 |
| ARTICLE 18 - OBLIGATIONS DE L’ADHERENT | 7 |
| CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES | 7 |
| ARTICLE 19 - DEFINITION DE LA GARANTIE | 7 |
| ARTICLE 20 - OBLIGATION DE PRISE EN CHARGE | 7 |
| ARTICLE 21 - ETENDUE DE LA GARANTIE, OPTION ET CHANGEMENT D’OPTION | 8 |
| ARTICLE 22 - LIMITATION AUX FRAIS REELS | 9 |
| ARTICLE 23 - EXCLUSIONS | 9 |
| ARTICLE 24 - PRISE D’EFFET DE LA GARANTIE | 9 |
| ARTICLE 25 - REGLEMENT DES PRESTATIONS | 9 |
| ARTICLE 26 - PAIEMENT DES PRESTATIONS | 10 |
| ARTICLE 27 - REVISION DES PRESTATIONS | 10 |
| ARTICLE 28 - EVOLUTION DE L’ASSURANCE MALADIE | 10 |
| CHAPITRE 4 - COTISATIONS | 10 |
| ARTICLE 29 - PAIEMENT DES COTISATIONS | 10 |
| ARTICLE 30 - MODIFICATION DES COTISATIONS | 10 |
| ARTICLE 31 - REVISION DES COTISATIONS EN CAS DE MODIFICATION DES DISPOSITIONS LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES | 11 |
| CHAPITRE 5 - CONTROLE ET PRESCRIPTION | 11 |
| ARTICLE 32 - CONTROLE | 11 |
| ARTICLE 33 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE DE L’ADHERENT | 11 |
| ARTICLE 34 - PRESCRIPTION | 12 |
| CHAPITRE 6 - PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR | 12 |

CHAPITRE 1 - OBJET DU REGLEMENT

Article 1 - Objet du règlement

Le présent règlement détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel complémentaire santé et définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque Adhérent et Mutuelle Mieux-Etre. Il est complété le cas échéant d'un règlement particulier qui définit la garantie choisie par l'adhérent ainsi que les prestations garanties avec lequel il constitue un ensemble indivisible. Ce règlement est adopté par le Conseil d'Administration de Mutuelle Mieux-Etre, sur délégation de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, conformément à ses Statuts. Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité, et de manière générale par la loi française. Mutuelle Mieux-Être s'engage également à utiliser uniquement la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

Article 2 – Références légales du régime santé

Le régime santé a la qualité de contrat responsable au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. **En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.**

Toutefois, le régime peut comporter des options non responsables qui seront le cas échéant mentionnées au règlement particulier.

Article 3 – Intervenants au régime santé

- **L'Adhérent ou le Membre participant** : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations.
- **L'Assuré** : la personne exposée aux événements garantis par le régime santé.
- **L'Organisme assureur**: Mutuelle Mieux-Etre, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 659 907.

Article 4 - Droits mutualistes

Les participants affiliés au régime santé acquièrent la qualité de Membre participant de Mutuelle Mieux-Etre conformément à l'article L.221-2. II du Code de la mutualité.

Les membres participants sont représentés à l'Assemblée générale de Mutuelle Mieux-Etre, conformément à l'article L.114-6 du Code de la mutualité, et selon les dispositions statutaires de la Mutuelle.

Article 5 - Définitions

- **Accident** : toute atteinte corporelle non intentionnelle subie par l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
- **Ayants-droit** : les personnes bénéficiant de la garantie à la demande du Membre participant. Le nom des Ayants-droit est mentionné sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent avoir la qualité d'Ayant-droit :

1. Le conjoint du Membre participant.

Est également assimilée au conjoint :

- La personne ayant conclu avec le Membre participant un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 462 du Code civil ;
- La personne entretenant avec le Membre participant un concubinage notoire et constant d'une durée au moins égale à deux (2) ans, pouvant justifier d'une résidence principale commune durant cette période.

2. Les enfants du Membre participant, de son conjoint ou de son concubin au sens de la Sécurité sociale. Sont également assimilés :

- Les enfants jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire, et vivant sous le même toit que l'Assuré :
 - > s'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime de Sécurité sociale propre ;
 - > s'ils sont en premier apprentissage ;
 - > s'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC.
- Les enfants jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime de Sécurité sociale ;
- Les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes versée par les Caisses d'Allocations Familiales,

3. D'une manière générale, toute autre personne à la charge effective et permanente du Membre participant, et vivant sous le même toit.

- **Délai d'attente** : période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une prestation garantie au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas remboursé au titre du régime. Toutefois, durant ce délai, la Mutuelle prend

en charge a minima le ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire. La durée du délai d'attente est mentionnée au tableau des prestations.

- **Plafond garanti** : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un Assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations. Les forfaits indiqués au sein de ce tableau sont fixés par année civile et sont attachés à la personne bénéficiaire des prestations de soins. En cas de souscriptions multiples au cours d'une même année civile, le calcul du forfait prend en compte les remboursements dont a bénéficié l'Assuré au titre du même poste de remboursement. Lorsque le maximum de remboursement est atteint, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Article 6 – Subrogation

Mutuelle Mieux-Etre est subrogée de plein droit à l'Assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément à moins que les prestations versées n'indemnisent ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 7 - Pluralité d'assurance

Les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes d'assurance produisent leurs effets dans la limite de chaque prestation garantie et des frais réellement engagés, quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, l'Assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Article 8 - Informatique et libertés

Toutes les données relatives aux Assurés constituent des informations à caractère personnel et, à ce titre, leur collecte, traitement et sécurité sont réglementés par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004 et le règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016.

Les données à caractère personnel qui sont collectées auprès des Assurés sont destinées à Mutuelle Mieux-Etre en tant que responsable du traitement. Elles sont traitées au sein de l'Union Européenne.

La collecte de ces données est nécessaire à la gestion des garanties souscrites ainsi qu'à l'accomplissement par Mutuelle Mieux-Etre de son devoir de conseil. Elles pourront, le cas échéant, être communiquées au(x) délégataire(s) de gestion, au réassureur, à l'assistant, à nos réseaux de soins partenaires, et à la société de groupe assurantiel de protection sociale BTP (SGAPS BTP) dont est membre la Mutuelle.

Elles pourront également être transmises aux autorités compétentes en matière fiscale, sociale, contrats en déshérence, fraude et lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, conformément à la réglementation en vigueur.

De plus, sous réserve du consentement exprès des Assurés, les données personnelles pourront être utilisées par la SARL Mieux-Etre ou Mutuelle Mieux-Etre pour leur proposer des offres d'assurance adaptées à leurs besoins.

Les données de santé des Assurés, ne sont utilisées uniquement à des fins de gestion de leurs prestations, à l'exclusion de tout autre traitement.

Conformément à la réglementation applicable précitée, les personnes concernées peuvent s'opposer à toute prospection et exploitation commerciales de leurs données à caractère personnel en sollicitant le délégué à la protection des données à l'adresse ci-dessous.

Par ailleurs, les personnes concernées disposent également de droits aux informations les concernant, détenues par Mutuelle Mieux-Etre ou ses partenaires commerciaux et institutionnels. Les droits sont les suivants :

- D'accès : permettant à l'Assuré d'obtenir confirmation que des données à caractère personnel le concernant sont ou ne sont pas traitées par la Mutuelle en tant que responsable de traitement ;
- A la rectification : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle la rectification des données à caractère personnel le concernant ;
- A l'oubli : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle l'effacement de données à caractère personnel le concernant ;

- A la limitation du traitement : permettant à l'Assuré, dans certaines circonstances, d'obtenir de la Mutuelle la limitation du traitement de ses données à caractère personnel ;
- A la portabilité de ses données à caractère personnel: permettant à l'Assuré de demander à la Mutuelle de récupérer ses données à caractère personnel avec la possibilité, si elle le souhaite, que celles-ci soient transmises directement à un autre responsable de traitement ;
- D'opposition : permettant à l'Assuré de s'opposer à tout moment, pour des raisons tenant à sa situation particulière, à un traitement des données à caractère personnel.

Pour réaliser l'un ou plusieurs de ces droits, il convient d'adresser un mél à l'adresse dpo@mieux-etre.fr ou en écrivant à l'adresse suivante : A l'attention du Délégué à la protection des données - Mutuelle Mieux-Etre - 171 avenue Ledru-Rollin - 75544 Paris cedex 11, qui se chargera de transmettre le cas échéant.

Ces droits s'éteignent au décès de leur titulaire, sauf exceptions prévues à l'article 40-1 et suivants de la loi du 6 janvier 1978.

Les données collectées sont conservées sous une forme permettant l'identification des personnes physiques pendant une durée qui n'excède pas la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles ces données sont collectées et traitées, sauf disposition contraires du droit de l'Union européenne ou du droit français.

Conformément à la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation le Membre participant a la possibilité de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel ». L'inscription doit être faite par le Membre participant lui-même, en se rendant sur le site www.bloctel.gouv.fr. Le cas échéant, il ne pourra plus faire l'objet de prospection commerciale par démarchage téléphonique.

Article 9 - Autorité chargée du contrôle

Mutuelle Mieux-Etre est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), sise 4, place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

Article 10 - Réclamations

L'Adhérent a la possibilité de formuler une réclamation en écrivant à : Mutuelle Mieux-Etre - service réclamation - 171 avenue Ledru-Rollin - 75544 Paris cedex 11, ou par courriel à reclamations@mieux-etre.fr, ou en téléphonant à l'agence Mutuelle Mieux-Etre la plus proche de son lieu de résidence dont la liste est disponible sur le site internet www.mieux-etre.fr.

Dans l'hypothèse où à l'issue de cette procédure une difficulté ou un désaccord persiste et lorsque toutes les voies de recours interne ont été épuisées, l'Adhérent a la possibilité, sans préjudice du droit d'agir en justice, de saisir le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF, qui exerce sa mission en toute indépendance, par courrier au 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15, ou directement sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Article 11 - Garantie technique et financière du régime santé

Le présent régime bénéficie de la garantie technique et financière de Mutuelle Mieux-Etre.

CHAPITRE 2 - DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHERENT

Article 12 - Adhésion

L'adhésion est réservée aux personnes physiques affiliées à un régime de Sécurité sociale français et âgées de 80 ans inclus au maximum sauf dispositions contraires prévues au règlement particulier de la garantie.

L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance du bénéficiaire et l'année de prise d'effet de l'adhésion. La limite d'âge n'est pas applicable aux Adhérents ou à leurs Ayants-droit ayant été assurés par la Mutuelle dans le cadre d'une assurance collective depuis moins de sept (7) mois.

Article 13 - Formalités d'adhésion au régime

L'adhésion doit être demandée à l'aide du bulletin d'adhésion prévu à cet effet sur lequel l'Adhérent mentionne la garantie et l'option choisies. En cas d'acceptation de l'adhésion, l'Adhérent et ses Ayants-droit désignés sur le bulletin d'adhésion acquièrent la qualité d'Assuré. L'Adhérent s'engage à retourner la fiche conseil complétée et signée au plus tard à l'occasion de la remise du bulletin d'adhésion.

Article 14 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion à Mutuelle Mieux-Etre, à ses statuts et au présent règlement est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'adhésion de l'Adhérent prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion pour une durée minimale d'un an, sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'acceptation de l'adhésion par Mutuelle Mieux-Etre est matérialisée par l'envoi d'une carte mentionnant notamment l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 31 décembre de chaque année ultérieure, sauf en cas de dénonciation.

Article 15 - Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance

Dans le cadre d'une adhésion réalisée à distance, l'Adhérent peut se rétracter dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la signature du bulletin d'adhésion. La renonciation s'effectue par lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, avec demande d'avis de réception adressée à Mutuelle Mieux-Etre - 171 avenue Ledru-Rollin - 75011 Paris.

Pour le contenu de la lettre, l'Adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous :

« Madame / Monsieur,

Le [date], j'ai souscrit auprès de Mutuelle Mieux-Être au règlement mutualiste Opérations individuelles.

Je soussigné(e) M. /Mme..... (Nom, prénom, adresse, n° d'Adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste Opérations individuelles et demande le remboursement des cotisations versées, conformément à l'article L221-18 du Code de la mutualité.

Le (date et signature) ».

Mutuelle Mieux-Etre rembourse les sommes versées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la notification.

En cas d'exercice par l'Adhérent de sa faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la notification.

Article 16 - Dénonciation de l'adhésion

16.1 Au 31 décembre de chaque année ultérieure à la prise d'effet de l'adhésion mentionnée à l'article 14 ci-dessus, l'une ou l'autre des parties peut dénoncer ladite 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, moyennant le respect d'un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant son échéance annuelle.

L'Adhérent peut également dénoncer son adhésion, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la première année de souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification par l'Adhérent.

Cette notification peut être effectuée par courrier électronique à l'adresse suivante : resiliation-individuelle@mieux-etre.fr

Les Ayants droit ont la faculté de dénoncer leur affiliation à la garantie, en cours d'année, par lettre recommandée ou par courrier recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant l'échéance annuelle fixée au 31 décembre de l'année suivant la prise d'effet de la garantie. La dénonciation de la garantie prendra effet au 31 décembre de l'année en cours.

16.2 La dénonciation par Mutuelle Mieux-Etre est prononcée :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 29.2 ;
- en cas de nullité de l'assurance dans les conditions prévues à l'article 33.

16.3 Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque les conditions statutaires de Mutuelle Mieux-Etre liées au champ de recrutement ne sont plus remplies : en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet le dernier jour du mois qui suit le mois de réception de sa notification.

Article 17 - Effet de la dénonciation de l'adhésion

La dénonciation de l'adhésion intervient soit :

- Au 31 décembre de l'exercice considéré,
- A la date indiquée au sein de l'avis de réception émis par Mutuelle Mieux-Etre.

L'Adhérent ainsi que ses Ayants-droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

A la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, la garantie cesse. Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, ne sont pas prises en charge par Mutuelle Mieux-Etre.

Mutuelle Mieux-Etre reste engagée pour les dépenses de santé dont la date des actes, soins, prescriptions est antérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion et ce, jusqu'à leur liquidation complète **sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les 24 mois suivant cette même date.**

La dénonciation de l'adhésion emporte de plein droit la résiliation du règlement individuel renfort non responsable éventuellement souscrit par l'Adhérent pour renforcer son niveau de prestations.

Article 18 - Obligations de l'Adhérent

L'Adhérent s'engage pendant toute la durée de son adhésion à :

- **Informé Mutuelle Mieux-Etre de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers ; la Mutuelle étant subrogée de plein droit à l'Assuré, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable et dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées ;**
- **Informé** Mutuelle Mieux-Etre lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent régime et souscrite par ailleurs ;
- **Régler à Mutuelle Mieux-Etre les cotisations** dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent règlement ;
- **Restituer la carte de tiers payant qui lui a été remise par la Mutuelle, en cas de dénonciation de son adhésion. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire ;**
- **Informé, le cas échéant, la Mutuelle de tout changement de l'adresse électronique de correspondance**, permettant ainsi la transmission de tout document remis dans le cadre de la relation contractuelle, notamment les documents d'information, les modifications du montant des cotisations, ainsi que les modifications de prestations.

CHAPITRE 3 - DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES

Article 19 - Définition de la garantie

La garantie a pour objet :

- De rembourser, en tout ou partie, le cas échéant, les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers (**uniquement les hospitalisations médicales, chirurgicales et de maternité, à l'exclusion de toute autre hospitalisation dont la prise en charge ne serait pas prévue à la grille de garanties**), pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examens de laboratoire, de prothèses et d'appareillages **restant à la charge de l'Adhérent après intervention du régime obligatoire de Sécurité sociale**. Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.
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 garanties du contrat pour lesquelles cette dernière n'intervient pas ne sont accordées par Mutuelle Mieux-Etre que lorsque les dépenses sont effectuées en métropole. 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.**
- D'attribuer, le cas échéant, des prestations complémentaires en cas de naissance ou d'adoption et de décès. Si une garantie décès est prévue au règlement particulier, celle-ci est une **garantie temporaire d'une durée d'un an**. L'Assemblée générale se prononce chaque année sur la reconduction de cette garantie et sur son montant.

Article 20 - Obligation de prise en charge

En qualité de contrat responsable est pris en charge conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale :

- L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur) ;

- Lorsque cette garantie est prévue dans la grille, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM, OPTAM-CO), ce, **dans le respect des limites réglementaires** ;
- L'intégralité des frais exposés par l'Adhèrent pour les dispositifs médicaux d'optique et d'aides auditives appartenant à une classe à prise en charge renforcée : ces équipements sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, **sous réserve du respect des prix limites de vente** (étant précisé que les prix limites de vente des verres varient selon la correction, tandis que ceux des aides auditives diffèrent entre les assurés de moins de 21 ans et les assurés ayant au moins cet âge). Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés **dans la limite des plafonds réglementaires** ;
- L'intégralité des frais exposés par l'Adhèrent pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée : ces équipements sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, **sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la sécurité sociale**. Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés conformément à ce qui est prévu dans la grille de garanties, **sans que ce remboursement ne puisse excéder les honoraires limites de facturation pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée** ;
- Le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limite de durée.

Ces obligations de prise en charge ne s'appliquent pas en cas de garanties non responsables.

Les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables, **jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale**, peuvent bénéficier du mécanisme du tiers payant, sous réserve de l'acceptation du professionnel de santé.

Précisions relatives aux garanties optique, aide auditive et dentaire :

Les montants de remboursement des garanties optique, aide auditive et dentaire **sont limités de la façon suivante** :

Garantie optique : conformément aux dispositions du contrat responsable, **la prise en charge est limitée à un équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux ans**, sauf pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, auxquels cas, un équipement peut être remboursé tous les ans. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une **période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur**. La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement optique est **la date de dernière facturation du dispositif concerné ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire**. Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

Garantie dentaire : **un montant maximum de remboursement par année, hors prothèses 100% santé, et par bénéficiaire peut être prévu sur le poste dentaire**. Dans ce cadre, lorsque le maximum de remboursement est atteint, Mutuelle Mieux-Être continue de prendre en charge conformément aux exigences prévues par l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale (« panier de soins ») :

- Au moins 125% de la base de remboursement (Sécurité sociale incluse) sur les soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale remboursés par la Sécurité sociale ;
- Le ticket modérateur sur les autres garanties dentaires remboursées par la Sécurité sociale.

Garantie aide auditive : conformément aux dispositions du contrat responsable, **la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans**. La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement est **la date de dernière facturation du dispositif concerné ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire**. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Article 21 - Etendue de la garantie, option et changement d'option

21.1 La nature et le montant des prestations garanties sont définis au bulletin d'adhésion.

Certaines prestations peuvent prévoir un délai d'attente et /ou comporter un plafond garanti.

21.2 Après un (1) an de couverture, l'Adhèrent a la possibilité de solliciter un changement d'option parmi les formules de prestations en vigueur au moment de sa demande et sous réserve d'en faire la demande par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception deux (2) mois avant la prise d'effet.

Le changement d'option est formalisé par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion qui met fin à celui précédemment signé.

Le Membre participant et ses Ayants-droit affiliés bénéficient obligatoirement du même niveau de garanties.

21.3 A titre dérogatoire, l'Adhérent peut changer d'option avec une prise d'effet immédiate, pour cause de modification de sa situation personnelle, dans les cas suivants : mariage, pacte civil de solidarité (PACS), décès, divorce, dissolution du PACS, déménagement, naissance, adoption. Dans ces cas particuliers, le changement d'option prendra effet le premier jour du mois suivant la demande.

Cependant, afin de bénéficier de ces dérogations, l'Adhérent devra fournir les pièces justificatives suivantes selon les cas : copie du livret de famille, copie du pacte civil de solidarité, certificat de décès ou copie d'extrait d'acte de naissance avec mention du décès, copie du livret de famille, justificatif de domicile, extrait d'acte de naissance, attestation vitale du Membre participant ou de son conjoint sur laquelle est rattaché l'enfant en tant qu'ayant-droit.

Article 22 - Limitation aux frais réels

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 23 - Exclusions

23.1 Sont exclus, sauf dispositions contraires prévues au règlement particulier :

- Les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Sécurité sociale ;
- Les actes ou prescriptions figurant aux nomenclatures des actes et prescriptions de la Sécurité sociale mais ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par celle-ci ;
- Les frais de séjour et les honoraires afférents à des hospitalisations médicales et chirurgicales dans des hôpitaux et cliniques non conventionnés au-delà du ticket modérateur ;
- Les frais de séjour et honoraires afférents à des hospitalisations au titre de la maternité,
- Tous les frais afférents à des hospitalisations en unité de soins de longue durée au-delà du ticket modérateur ;
- Tous les frais afférents à des séjours en établissement psychiatrique, de convalescence, de repos et de rééducation, au-delà du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier ;
- Tous les frais afférents à des séjours en établissements médico-pédagogiques et médico-sociaux, au-delà du ticket modérateur ;
- Toute prise en charge de chambre particulière liée à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ;
- Toute prise en charge de chambre particulière non liée à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ;
- Les frais engagés pour des cures en stations thermales prises en charge par la sécurité sociale ;
- Les frais engagés pour des cures en stations thermales non prises en charges par la sécurité sociale.

23.2 En qualité de contrat responsable, sont exclus :

- La participation forfaitaire d'1 euro mentionnée au II de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale (participation forfaitaire d'1 euro sur les consultations et les actes de biologie) ;
- Les franchises mentionnées au III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale (0,50 d'euro sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical, 2 euros par transport) ;
- La majoration de participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-5 du code de la santé publique (majoration du ticket modérateur si l'assuré consulte en dehors du parcours de soins coordonné et en l'absence de désignation d'un médecin traitant) ;
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du code de la Sécurité sociale, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (si l'assuré consulte certains spécialistes en dehors du parcours de soins).

Article 24 - Prise d'effet de la garantie

La garantie est acquise à la date de prise d'effet de l'adhésion. Toutefois certains actes font l'objet d'un Délai d'attente ainsi qu'il est précisé au tableau des prestations garanties.

Article 25 - Règlement des prestations

Le versement des prestations est adressé directement à l'Adhérent, après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime de Sécurité sociale et, le cas échéant, des pièces originales justificatives listées au Chapitre intitulé « Pièces justificatives à fournir » du présent règlement.

Article 26 - Paiement des prestations

Les prestations sont payées par Mutuelle Mieux-Etre à l'Adhérent par virement sur un compte bancaire ou postal.

Article 27 - Révision des prestations

Les taux et les montants des prestations garanties pourront être revus en cours d'année ou lors de chaque renouvellement annuel par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration de la Mutuelle sur délégation de celle-ci en fonction des résultats techniques des garanties de même nature.

Ces modifications pourront être transmises par courrier électronique à l'adresse électronique renseignée par l'Adhérent.

Article 28 - Evolution de l'Assurance Maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la Sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et des produits médicaux, Mutuelle Mieux-Etre peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

CHAPITRE 4 - COTISATIONS

Article 29 - Paiement des cotisations

29.1. Les montants ou les taux de cotisations sont fixés au bulletin d'adhésion. La cotisation est annuelle et payable mensuellement, par prélèvement automatique (mandat SEPA).

Si l'Adhérent souhaite honorer ses cotisations par chèque, il devra en faire la demande à son gestionnaire. Ce service sera facturé à l'Adhérent 2,50 euros par échéance réglée par chèque.

29.2. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de l'échéance fixée au premier jour de chaque mois, et indépendamment du droit de Mutuelle Mieux-Etre de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, **la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du Membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration du délai de trente jours prévu ci-avant. La Mutuelle adresse à l'Adhérent une mise en demeure l'informant qu'au terme d'une période de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation de plein droit de la garantie.**

29.3. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à Mutuelle Mieux-Etre la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 30 - Modification des cotisations

30.1. Les montants ou les taux de cotisations peuvent être modifiés à chaque échéance annuelle ou en cours d'année, sur décision de l'Assemblée générale de Mutuelle Mieux-Etre ou par le Conseil d'administration sur délégation de celle-ci, notamment en fonction des résultats techniques du régime, de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, ou des modifications des niveaux de remboursement du régime de Sécurité sociale.

Ces modifications pourront être transmises par courrier électronique à l'adresse électronique renseignée par l'Adhérent.

30.2. Le montant des cotisations annuelles peut également évoluer :

- Soit en raison du changement d'âge de l'Adhérent conformément au tableau des cotisations remis à l'adhésion, lorsque celui-ci existe. Le changement d'âge est appliqué au 1er janvier d'un exercice. L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;
- Soit par application, au 1er janvier de chaque année, d'un pourcentage d'augmentation à la cotisation payée par l'Adhérent, au titre du vieillissement. Les modalités d'augmentation des cotisations sont précisées, le cas échéant, au sein du règlement particulier.

En outre, par dérogation à ce qui précède, et afin de respecter ses obligations de stabilité financière notamment issues de la directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II), les montants ou les taux de cotisations pourront être modifiés à tout moment, par le Conseil d'administration.

Cette modification pourra être refusée par l'Adhérent qui aura la possibilité de dénoncer sa garantie dans les conditions prévues à l'article 16.

Article 31 - Révision des cotisations en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Lorsque des dispositions législatives et réglementaires notamment du code de la Sécurité sociale viennent à modifier la portée des engagements de Mutuelle Mieux-Etre, celle-ci peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations.

Lorsque des dispositions législatives ou réglementaires viennent mettre à la charge de Mutuelle Mieux-Etre des taxes, impôts ou charges supplémentaires dont l'assiette dépend du montant des cotisations perçues par la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de majorer, sur décision de l'Assemblée générale ou par délégation, du Conseil d'administration, le montant desdites cotisations à due proportion, au cours des six mois suivants la publication au Journal officiel desdites dispositions.

Ces modifications pourront être notifiées par Mutuelle Mieux-Etre par courrier électronique adressé à l'adresse électronique de l'Adhérent. L'Adhérent conserve néanmoins la possibilité de demander, dans les trente jours suivant la notification par la Mutuelle Mieux-Etre, la résiliation de sa garantie sans délai de préavis. La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de l'Adhérent ou à compter de la date de modification apportée si elle est postérieure. Dans ce dernier cas, les niveaux de prestations et de cotisations sont maintenus jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

CHAPITRE 5 - CONTROLE ET PRESCRIPTION

Article 32 - Contrôle

Mutuelle Mieux-Etre peut procéder à tout contrôle sur pièces permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les Assurés. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'avis de réception.

Mutuelle Mieux-Etre peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin ou un spécialiste de son choix, à tout moment et pour tout Assuré ayant reçu des prestations.

Les conclusions de l'expertise médicale sont notifiées à l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception ; elles peuvent conduire Mutuelle Mieux-Etre à cesser, à refuser, ou à réduire le versement des prestations.

Ces conclusions s'imposent à l'Assuré sans qu'il puisse se prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale.

Si l'Assuré conteste la décision du médecin ou spécialiste expert désigné par Mutuelle Mieux-Etre, il a la possibilité de faire appel au médecin ou spécialiste de son choix. En cas de divergence entre le médecin ou spécialiste désigné par la Mutuelle et celui choisi par l'Assuré, ces deux médecins ou spécialistes en désigneront un troisième.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ou spécialiste. Les honoraires du troisième médecin ou spécialiste sont partagés par parts égales. Si un désaccord subsiste, le tribunal compétent saisi par la partie la plus diligente, pourra désigner un nouvel expert.

Article 33 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'Adhérent

33.1. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'Adhérent de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour Mutuelle Mieux-Etre, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion. L'Adhérent est déchu de tout droit aux prestations. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelle Mieux-Etre qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, Mutuelle Mieux-Etre en poursuit le recouvrement.

33.2. Omission ou déclaration inexacte de l'Adhérent

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, Mutuelle Mieux-Etre a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent. **A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée.** Mutuelle Mieux-Etre restitue à l'Adhérent, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, **la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Adhérent par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

Article 34 - Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions de l'article L221-11 du Code de la mutualité. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où Mutuelle Mieux-Etre en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre participant ou l'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

Pour les garanties en cas de décès (exemple : allocations obsèques), la prescription est portée à dix (10) ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le Membre participant.

La prescription peut être interrompue par :

- Une demande en justice ;
- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ;
- Un acte d'exécution forcée ;
- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

CHAPITRE 6 - PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Si au moment de l'adhésion au règlement, les garanties présentées ci-après figurent dans le tableau des garanties, les pièces justificatives afférentes devront être transmises à la Mutuelle.

| | Pièces à fournir | |
|---|--|---|
| | Avec prise en charge | Sans prise en charge |
| HOSPITALISATION | | |
| Honoraires | En cas de dépassement, Facture Détaillée et Acquittée + avis des sommes à payer et le cas échéant bordereau de facturation | Facture Détaillée et Acquittée + avis des sommes à payer et le cas échéant bordereau de facturation |
| Frais liés au séjour | Aucune pièce | Facture Détaillée et Acquittée |
| Chambre particulière / Frais d'accompagnement | | |
| PRESTATIONS REMBOURSÉES PAR LA SECURITE SOCIALE | Avec télétransmission | Sans télétransmission |
| SOINS COURANTS | | |
| Honoraires médicaux | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale |
| Honoraires paramédicaux et psychologues (dispositif Mon Psy) | | |
| Analyses et examens de laboratoire remboursés par la Sécurité sociale | | |
| Matériel médical | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée en cas de dépassement | |
| Médicaments | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale |
| HOSPITALISATION | | |
| Transports remboursés par la Sécurité sociale | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |
| OPTIQUE | | |
| Monture | Aucune pièce | Prescription Médicale + Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |

| | | |
|--|--|--|
| Verres | | |
| Lentilles acceptées par la Sécurité sociale | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |
| DENTAIRE | | |
| Soins remboursés par la Sécurité sociale | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |
| Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale | | |
| Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale | Facture Détaillée et Acquittée | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |
| AIDES AUDITIVES | | |
| Prothèses auditives (dont accessoires et entretien) | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |
| CURES THERMALES | | |
| Honoraires de surveillance médicale | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |
| PREVENTION | | |
| Tous les actes remboursés par la Sécurité sociale | Aucune pièce | Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée |
| PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SECURITE SOCIALE | Pas de télétransmission | |
| SOINS COURANTS | | |
| Analyses et examens prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | Prescription médicale + Facture Détaillée et Acquittée | |
| Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale | | |
| OPTIQUE | | |
| Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale | Prescription médicale + Facture Détaillée et Acquittée | |
| Traitement chirurgical des corrections visuelles | Facture Détaillée et Acquittée | |
| DENTAIRE | | |
| Actes non remboursés par la Sécurité sociale | Facture Détaillée et Acquittée | |
| CURES THERMALES | | |
| Forfait frais de transport et d'hébergement | Facture Détaillée et Acquittée | |
| PREVENTION | | |
| Actes non remboursés par la Sécurité sociale | Prescription médicale + Facture Détaillée et Acquittée | |
| MEDECINES ALTERNATIVES | | |
| Actes non remboursés par la Sécurité sociale | Facture comportant le numéro d'identification du professionnel de santé (ADELI) | |
| HOSPITALISATION | | |
| Fécondation in vitro / Amniocentèse refusée | Facture Détaillée et Acquittée | |
| Prime de natalité ou d'adoption | Certificat de naissance (dans la limite d'une seule prime par enfant, dans le cas où les deux parents sont inscrits au contrat) | |
| Frais de téléphone et de télévision | Facture Détaillée et Acquittée | |

| OBSEQUES | |
|-----------------------------|---|
| Allocation frais d'obsèques | Acte de décès + facture des pompes funèbres : - <u>Si facture acquittée</u> : Carte nationale d'identité et RIB du payeur - <u>Si facture non acquittée</u> : RIB des pompes funèbres |

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative complémentaire jugée nécessaire au règlement de la prestation.