



WELCOME PACK

Guide de l'Employeur

Précaution n°1 :

La prise en main de mon espace entreprise

Votre Espace Entreprise est votre outil n°1 pour suivre votre contrat. Vous y retrouvez :

- Les informations clés du contrat
- Les documents clés en ligne
- Le suivi des effectifs assurés.



Vous recevrez un courrier de bienvenue de votre Centre de Gestion qui vous donnera en particulier la démarche à suivre pour "ouvrir votre Espace Entreprise".

Comment se connecter sur l'espace Entreprise pour gérer votre contrat en toute autonomie ?

- > Rendez-vous sur le site www.mieux-etre.fr
- > Cliquez sur « **Mon espace** » / « **Je suis une entreprise** » puis renseignez votre numéro de Siret dans le champ « **Mon identifiant** ».
- > Saisissez le mot de passe provisoire reçu par email. A défaut de disposer de votre adresse email, il vous sera adressé dans un courrier séparé.

Vous serez invité à modifier votre mot de passe provisoire dans le formulaire de modification de mot de passe qui apparaîtra lors de votre première connexion.

Votre espace dédié est entièrement sécurisé et accessible 7j/7, 24h/24 sur PC et tablette.



[A noter]



En cas de difficulté, n'hésitez pas à nous contacter du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 au 01 40 87 20 29

Précaution n°2 :

La mise à jour de mon logiciel de paie pour la DSN

La Déclaration Sociale Nominative sert à transmettre les informations sociales concernant les salariés en une seule fois à tous les organismes de protection sociale à partir de la feuille de paie.

Il est important de mettre à jour les éléments d'information concernant vos déclarations DSN.

Si votre gestion de paie est gérée par votre service de comptabilité, n'hésitez pas à lui transmettre directement ce document.

En cas de difficulté, nous restons à votre disposition du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 :



Par téléphone



01 40 87 20 29

Par email



contrat.mieuxetre@tessi.fr

Comment paramétrer votre système de paie ?

La mise à jour doit se faire **entre décembre et janvier de chaque année** pour pouvoir effectuer les déclarations des payes du mois de janvier correctement.

Si votre logiciel de paie le permet, vous pourrez **intégrer directement la fiche** au format XML qui mettra le paramétrage à jour.

Si vous devez opter pour un **paramétrage manuel**, il est impératif de **remettre à jour l'ensemble des éléments pour 2021** : codes dont le **code déléataire, tarifs...**

Le nouveau code déléataire est : **DMUTU1**

Comment régler vos cotisations ?

Vous pouvez toujours choisir le **mode** et la **périodicité de règlement** à votre convenance et le modifier mais la modification ne prendra effet qu'après le terme de l'échéance en cours.

Si vous optez par un paiement via la DSN, il faudra **fournir au préalable un Mandat SEPA signé avec un RIB** à l'adresse suivante :

Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre
TSA 60147
31602 Muret Cedex



La date du prélèvement pour un téléversement DSN doit être positionnée entre le **5 et le 11** du mois suivant l'échéance.

Précisions sur le paramétrage du paiement des cotisations dans la DSN



Important

Si vos fiches de paie sont gérées par votre service comptabilité, nous vous recommandons de lui transmettre directement ce document afin qu'il puisse faire les démarches nécessaires au bon fonctionnement de votre contrat.

En cas de difficultés, vous pouvez également vous tourner vers votre éditeur du progiciel de paie.



Étape 1 Je paramètre mon outil de paie

Afin de paramétrer votre paiement de cotisations dans la DSN, vous devez au préalable paramétrer les blocs dans votre outil de paie à partir de la fiche de paramétrage DSN disponible sur net-entreprises.fr ou msa.fr (régime agricole). Les actions de paramétrage sont rappelées ci-dessous :

Bloc 15 – 'Adhésion' :

- ⊗ S21.G00.15.002 Code organisme de Prévoyance : **775659907**
- ⊗ S21.G00.15.003 Code déléataire de gestion : **DMUTU1**

Bloc 20 – 'Versement' :

- ⊗ S21.G00.20.001 Identifiant Organisme de Protection Sociale : **775659907**
- ⊗ S21.G00.20.008 Code déléataire de gestion : **DMUTU1**
- ⊗ Mode de paiement '02' pour le mode de paiement virement ou '01' pour le mode de paiement par chèque
- ⊗ Montant de vos cotisations pour vos effectifs et pour la période concernée à actualiser à chaque paiement
- ⊗ Date de paiement : information obligatoire.

Étape 2 Chaque mois ou trimestre, je paie mes cotisations par virement ou chèque

Le paiement de vos cotisations peut être effectué

- ⊗ **Par virement sur le compte dont les références sont les suivantes :**

Code B.I.C : CRLYFRPP

IBAN : FR05 3000 2056 6900 0023 0146 D43

Merci de libeller l'ordre de virement avec la référence de votre contrat et l'échéance réglée.

- ⊗ **Par chèque à l'adresse suivante :**

MUTUELLE MIEUX ETRE Centre de Gestion collective – TSA 60147 – 31602 MURET Cedex

Merci de préciser la référence de votre contrat et l'échéance réglée.



Précaution n°3 :

La transition ancien assureur/ nouvel assureur

Vos salariés vont recevoir ou ont déjà reçu leur **carte de tiers payant**.

Cette carte est éditée par une société spécialisée dans la gestion des flux informatiques entre professionnels de santé, CPAM et assureurs complémentaires.

La carte permet de **limiter l'avance de frais** chez les praticiens qui l'acceptent : essentiellement les **pharmacies, les laboratoires pharmaceutiques, les hôpitaux** et de plus en plus souvent les **auxiliaires médicaux et les médecins**.



Elle active une télétransmission connue comme étant la « **noémisation** » du nom de la norme « Noémie » qui régit ces échanges de flux informatiques.

Il peut arriver que pendant la phase transitoire de changement d'assureur complémentaire santé, les assurés rencontrent des difficultés dans la télétransmission des feuilles de soins.

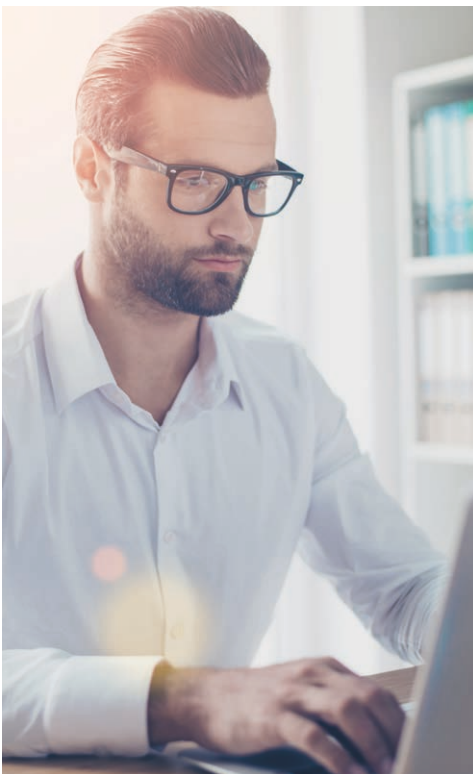


Si vos salariés vous remontent ce type de problème, il s'agit le plus souvent d'une absence de déconnexion de la télétransmission du côté de votre ancienne complémentaire santé.

En cas de chevauchement d'organismes complémentaires, le nouveau service Ameli permet de résoudre la difficulté : en se connectant sur son compte Ameli (site de la Sécurité sociale) l'assuré est automatiquement averti d'un problème de transmission automatique des remboursements. Il est alors invité à valider le nouvel assureur complémentaire qui s'affiche à l'écran.

[A noter]

Pour toutes questions, n'hésitez pas à joindre notre centre de gestion du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 au 01 40 87 20 29



Incontournable n°1 :

La communication à mes salariés

Nous vous recommandons d'officialiser la mise en place du contrat santé.

Vous pouvez vous inspirer du modèle de message suivant et le diffuser selon les canaux que vous jugez opportuns :

- ✓ Affichette d'information
- ✓ Message mail ou courrier au personnel



Madame, Monsieur,

Vous bénéficiez à compter du (date) d'une toute nouvelle couverture santé. Ce contrat collectif complémentaire de remboursements des frais de soins est un contrat :

- dont l'adhésion est obligatoire,
- mis en place à compter du (compléter avec la date),
- assuré par Mutuelle Mieux Etre.

Vous bénéficiez de nombreux avantages :

- Un **espace internet** et une **application** pour suivre vos remboursements
- Une **assistance complète** (conseil d'expert, services à domicile...)
- Une **protection juridique médicale** dont vous trouverez :
- Un service de **téléconsultation médicale 24h/24 7J/7**.

Vous recevrez prochainement votre **carte de tiers payant** par courrier.

Sur cette carte, vous trouverez votre numéro d'adhérent qui va vous permettre de vous connecter la première fois sur votre **Espace Adhérent** ou pour utiliser l'application Ma Mutuelle Mieux Etre disponible sur PlayStore et AppleStore.

Les documents portant sur vos garanties complémentaires santé sont :

- La **grille de prestations** et **exemples de remboursements**,
- Les **notices d'information** fournies par Mutuelle Mieux Etre,
- les documents sur les **services** Mieux-Etre (flyers assistance, téléconsultation, protection juridique médicale).

Nous sommes à votre disposition pour tout complément d'information ou répondre aux questions que vous pourriez vous poser.

Bonnes fêtes de fin d'années (ou bonne année ou formule de politesse)



La **notice d'information** et les **flyers sur les services** cités dans ce modèle de communication sont à récupérer directement dans le **kit RH du Welcome Pack** sur notre site internet.



Incontournable n°2 :

L'affiliation de mes salariés



Après communication auprès de vos salariés de l'acte de mise en place, vous devez recueillir :

- ✓ les pièces nécessaires à l'affiliation des salariés adhérents,
- ✓ les éventuelles demandes de dispense d'adhésion des salariés.

Comment affilier les salariés ?

> La méthode classique :

Vous trouverez dans la proposition commerciale un modèle de "bulletin individuel d'affiliation".

Vous pouvez soit remettre une photocopie à chaque salarié soit le transmettre par internet pour remplissage manuel.

> La méthode dématérialisée :

Vous pouvez utiliser votre Espace Entreprise, enregistrer un à un ou déposer la liste des salariés concernés via un fichier excel

! Dans tous les cas, il est important de demander aux salariés de rassembler les pièces demandées pour enregistrer correctement l'affiliation.

Focus sur la fonctionnalité d'ajout d'un salarié

support@mme@localhost.localdomain
A voir +

Boitier:
Votre adhésion a été initiée par votre société, veuillez cliquer sur le lien ci-après pour saisir vos informations.

Cliquez ici

Consentement

**MUTUELLE
IEUX être**

Centre de Gestion Mutuelle Meier Elze
TSA 05147
31022 MURET CEDEX
Tél 01 45 87 20 28
gestion.mutuelle@meierelze.com

Bulletin d'adhésion électronique
Via données personnelles

Après avoir renseigné ce formulaire, un e-mail est envoyé au salarié avec un lien lui permettant d'accéder à un bulletin d'adhésion électronique lui permettant de compléter ses informations personnelles.

Quelles sont les dispenses d'affiliation acceptables ?

Le contrat de prévoyance d'entreprise est certes collectif et obligatoire, mais il est possible pour les salariés de s'en dispenser. En tant qu'employeur, vous devez recueillir, auprès des salariés concernés, les justificatifs de dispense d'adhésion. Ces éléments doivent être conservés en cas d'un éventuel contrôle URSSAF.

Topo juridique synthétique

Les situations qui permettent aux salariés de justifier d'une dispense d'affiliation au régime mis en place dans l'entreprise sont encadrées par la loi.



Il existe des cas de dispense dits "de droit", car ils n'ont pas besoin d'être indiqués dans l'acte de mise en place du régime pour pouvoir s'appliquer et être utilisés par les salariés. Ces cas de dispense sont les suivants :

Situation du salariés permettant de justifier un cas de dispense	Date à laquelle le salariés peut demander à bénéficier du cas de dispense	Durée de validité de la dispense	Pièces justificatives à fournir pour faire valoir la dispense	Commentaires
Salarié employé avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé DUE (cf Art. de la Loi Evin).	A la date de la mise en place du régime	Permanente	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime.	<i>Cette dispense n'est valable que si le régime prévoit une participation salariale. Le salarié ne peut pas faire valoir cette dispense si l'employeur finance entièrement la cotisation.</i>
Salariés bénéficiaires de la complémentaire Santé Solidaire (CSS).	A tout moment	Temporaire jusqu'à la date à laquelle le salarié cesse de bénéficier de cette couverture ou de cette aide.	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime et mentionnant le nom de l'organisme gestionnaire, ainsi que la date d'expiration de son droit à CSS.	
Salariés déjà couverts par un contrat frais de santé à titre individuel.	A la date de la mise en place du régime ou, pour les salariés entrants postérieurement à la mise en place du régime, à leur date d'embauche.	Temporaire jusqu'à la plus prochaine échéance du contrat individuel.	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime et mentionnant le nom de l'organisme assureur, ainsi que la date de la plus prochaine échéance de son contrat d'assurance.	Attention : <i>Après la date d'échéance du contrat individuel, la dispense n'est plus valable. Si le salarié oublie de résilier son contrat individuel il cotisera à la fois pour le contrat individuel et à la fois pour le contrat d'entreprise.</i>
Les salariés titulaires de CDD ou de contrats de mission dont la durée de la couverture collective et obligatoire serait inférieure à trois mois.	A la date d'embauche	Permanente pendant toute la durée de ce CDD ou contrat de mission	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime + justificatif permettant de prouver que le salarié bénéficie par ailleurs d'un contrat individuel de complémentaire santé responsable.	<i>Ce qui compte est la durée de la couverture collective et non la durée du contrat de travail. Si le salarié a un CDD de deux mois et demie lui donnant accès à trois mois de couverture collective d'entreprise alors il ne peut faire valoir le cas de dispense.</i>
Les salariés bénéficiant d'une couverture issue d'un autre contrat collectif et obligatoire, à titre principal ou en tant qu'ayant-droit.	A la date d'embauche ou à la date d'effet de la couverture.	Jusqu'à ce que le salarié cesse de bénéficier de la couverture en cause.	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime + attestation de couverture au titre de l'autre contrat collectif et obligatoire.	<i>Les couvertures collectives invoquées peuvent être :</i> - une couverture santé d'entreprise obligatoire - une couverture issue d'un régime local (Alsace Moselle) - une couverture pour les agents de l'Etat ou des collectivités territoriales - un régime complémentaire relevant de la CAMIEG - un contrat loi Madelin.

Il existe également des cas de dispense dits "autorisés" ou "simples", c'est-à-dire qu'ils doivent être prévus par l'acte de mise en place du régime pour pouvoir être invoqués par les salariés.

Attention ces demandes de dispense doivent être renouvelées tous les ans. Ces cas de dispense sont les suivants :

Situation du salariés permettant de justifier un cas de dispense	Date à laquelle le salariés peut demander à bénéficier du cas de dispense	Durée de validité de la dispense	Pièces justificatives à fournir pour faire valoir la dispense	Commentaires
Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois	A la date de mise en place du régime ou, pour les salariés entrant postérieurement à la mise en place du régime, à leur date d'embauche	Permanente, pendant toute la durée de ce CDD ou contrat de mission	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime + attestation de couverture individuelle pour le même type de garanties	
Les salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure ou égale à 12 mois	A la date de mise en place du régime ou, pour les salariés entrant postérieurement à la mise en place du régime, à leur date d'embauche	Permanente, pendant toute la durée de ce CDD ou contrat de mission	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime	<i>Ce cas de dispense vaut même si le salarié ne bénéficie pas d'une couverture individuelle. En revanche, en cas de cumul de CDD, il faut comptabiliser la totalité des temps de présence et si cela fait plus de 12 mois alors il faut produire un justificatif de couverture individuelle pour le second CDD</i>
Les salariés à temps partiel et les apprentis dont l'adhésion au régime les conduirait à s'acquitter d'une cotisation dont la valeur est au moins égale à 10% de leur rémunération brute	A la date de la mise en place du régime ou, pour les salariés entrants postérieurement à la mise en place du régime, à leur date d'embauche	Permanente	Coupon réponse du salarié refusant l'adhésion au régime	



Incontournable n°3:

L'accès à l'espace particuliers de mes salariés

Vos salariés bénéficient aussi d'un nouvel **espace adhérent** qui leur permet de suivre leurs décomptes de remboursement, de déposer une facture de soins ou de demander une prise en charge hospitalière.

Il s'agit d'un espace d'archivage sur lequel retrouver tous les documents clés (grille de garanties, notices d'informations, descriptifs des services d'assistance et aussi lien avec le site de l'assistant Filassistance pour bénéficier de la **téléconsultation médicale 24h24 et 7J sur 7**.

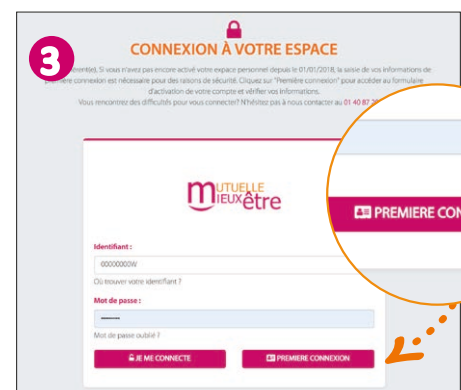
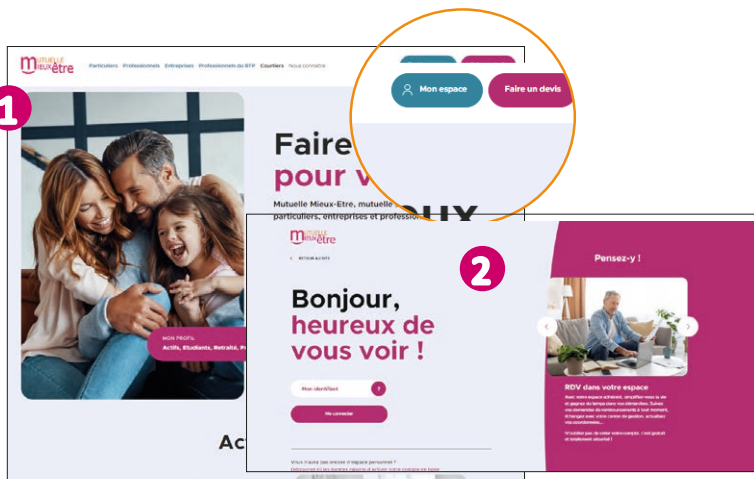
[Important]

Conseillez-leur de s'enregistrer dès le démarrage du contrat afin de gagner du temps en cas d'urgence



Mode d'emploi pour y accéder :

- 1 Se connecter au site www.mieux-etre.fr puis cliquer sur **Mon espace / Je suis un particulier**.
- 2 Saisir son **numéro d'adhérent** qui sera communiqué avec la nouvelle carte de tiers payant.
- 3 Puis cliquer sur « **PREMIÈRE CONNEXION** » afin de remplir le formulaire qui permettra de recevoir l'email précisant les informations de connexion.



En cas de difficulté de connexion, vos salariés peuvent nous contacter au  **01 40 87 20 28**

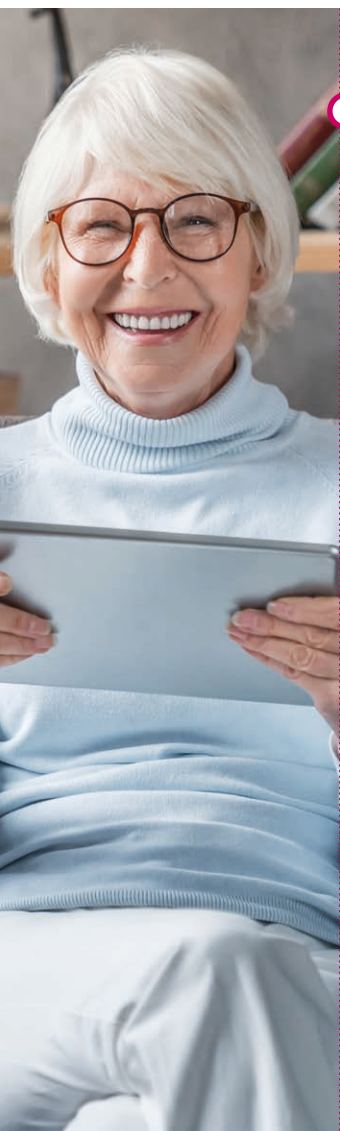
Incontournable n°4

Le départ en retraite de mes salariés



Le départ en retraite de vos salariés est un événement qui en règle générale se prépare en respectant un délai de préavis en fonction de ce qui est prévu dans la convention collective ou le contrat de travail.

Le passage au statut de retraité signifie que les salariés concernés vont sortir de l'effectif couvert et qu'ils ne bénéficieront plus de la prise en charge minimale de leur couverture santé par l'entreprise.



○ Quelles modalités pratiques suivre lors du départ en retraite de l'un de vos salariés ?

Vous devez signaler au Centre de Gestion le départ en retraite d'un salarié.

En effet, dans l'intérêt du salarié qui quitte l'entreprise, il est important d'éviter les incidents de transmission de données entre le régime obligatoire et la complémentaire santé.



La méthode classique :

Vous envoyez un mail sur la boîte contrat@mieux-etre.fr :

en précisant bien le nom, prénom du salarié ainsi sa date de radiation ainsi que le motif de départ en retraite.

Vous pouvez aussi **appeler le Centre de Gestion** pour obtenir un bulletin de radiation à remplir, faire signer et à renvoyer.



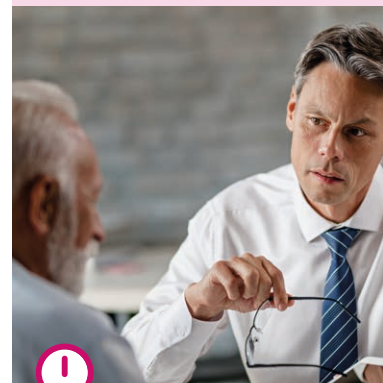
La méthode dématérialisée :

Vous pouvez utiliser votre Espace Entreprise :

Dans la rubrique « démarches en ligne » et dans la partie « gestion des salariés », sélectionner « sortie des effectifs » pour le salarié qui part en retraite en précisant la date d'effet et le motif « retraite ».

Attention !

La carte de tiers payant doit être récupérée ainsi que celles des ayants droit.



Vous devez les inciter à prendre contact avec le **Centre de Gestion** pour demander des précisions.

Quelles sont les informations à donner à vos salariés qui quittent l'entreprise pour partir en retraite ?

En tant qu'employeur, vous devez les **informer qu'ils vont perdre la couverture santé collective** ainsi que l'éventuelle **surcomplémentaire** qu'ils auraient souscrite. Il est bon de rappeler que la couverture collective d'un salarié actif bénéficie d'une quote part employeur, avantage que perd le nouveau retraité.

Enfin, vous devez les informer que **Mutuelle Mieux-Être propose des solutions pour maintenir un bon nouveau de couverture à titre privé.**

Quels sont les choix de couverture de vos salariés qui partent à la retraite ?

1^{ère} possibilité :

Conserver la même grille de garanties grâce au dispositif dit « article 4 Loi Evin ». Celui-ci fait référence à l'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 qui permet aux anciens salariés bénéficiaires d'une garantie collective de conserver leur couverture complémentaire selon un tarif encadré :

100% du tarif global applicable aux salariés actifs (part patronale + part salariale) la 1^{ère} année

125% du tarif global applicable aux salariés actifs (part patronale + part salariale) la 2^{ème} année

150% du tarif globale applicable aux salariés actifs (part patronale + part salariale) la 3^{ème} année.

A l'issue de la 3^{ème} année, le tarif n'est plus encadré.



Avantage :

Maintien de la grille de garanties et tarif encadré sur 3 ans.

Inconvénient :

Encadrement du tarif limité au salarié seul, et pas à ses ayants droits.

2^{ème} possibilité :

Souscrire son propre contrat individuel conforme à ses besoins de santé et à ses moyens financiers pour l'ensemble du foyer.

Mutuelle Mieux-Être dispose d'une large **gamme de formules de garanties assortie des services d'assistance médicale**, de **protection juridique santé**, de **téléconsultation**, de **réseaux d'opticiens**, de **dentistes**, **audioprothésistes**, **ostéopathes** ou **diététiciens** partenaires proposant des prestations de santé au meilleur coût.

Avantages :



Un mois gratuit pendant 3 ans : les salariés qui partent en retraite et qui souscrivent un contrat santé individuelle obtiennent **un mois gratuit pendant 3 ans**. Le salarié peut ajuster dans le temps la formule de garantie à son réel besoin et à ceux de ses ayants droits.



Maintien de l'accès au **catalogue de vacances** à prix privilégié avec notre partenaire BTP Vacances.



Notre contrat **Esprit'Santé Particulier** est un excellent contrat rapport qualité prix



Devis disponible sur le site www.mieux-etre.fr

 01 44 93 11 00



La protection Juridique médicale



Vos salariés bénéficient d'une véritable **protection juridique médicale** qui conseille et défend lorsqu'on est aux prises avec un contentieux ou un litige lié à votre état de santé avec un praticien, un établissement hospitalier, un fournisseur d'équipement médical voire les organismes sociaux ou financiers.

[Pour joindre ce service]

09 69 32 49 19 du lundi au vendredi de 8h à 19h
(en France métropolitaine)

Des garanties complètes dans le domaine de la santé

Protection Juridique médicale

Prise en charge des litiges consécutifs à une **erreur médicale**, un **retard** ou une **erreur de diagnostic**, une **infection nosocomiale** ou un **défaut de conseil**, vous opposant à :

- > un **établissement de soin** public ou privé ;
- > un **professionnel de santé** (y compris ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur...);
- > l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux ;

Exemple

Quelques exemples de litiges garantis

- **Défaut de conseil** du médecin impliquant une complication lors d'une intervention chirurgicale.
- **Erreur de prescription médicale** générant des effets secondaires anormaux.
- **Infection** suite à l'utilisation d'un matériel médical défectueux...

Protection Juridique consommation liée à la santé

Prise en charge des litiges relatifs à :

- > l'achat ou l'utilisation d'un équipement médical ou un produit (médicament...) **défectueux, non conforme ou dangereux**
- > la réalisation des **travaux d'aménagements** d'une habitation ou d'un véhicule rendus nécessaires par l'état de santé ;
- > la mise en œuvre pour raison de santé d'une **assurance liée à un prêt**.
- > un **transport sanitaire**

Exemple

- Livraison d'un **appareil médical défectueux**.
- **Malfaçon** dans les travaux d'adaptation d'un logement à une situation de handicap.
- **Refus de remboursement** du prêt par l'assurance emprunteur suite à une maladie...

Protection Juridique prestations sociales et allocations

Prise en charge des litiges avec un organisme social, de prévoyance ou une institution chargée de l'attribution d'allocations spécialisées

Exemple

- **Litige** avec la sécurité sociale
- Recours pour contester un **taux d'invalidité...**

Des renseignements juridiques par téléphone

Un service spécialisé est à votre disposition pour délivrer par téléphone des **renseignements juridiques** en matière de santé, à titre informatif, mais également en cas de **litige lié à votre état de santé**.

Des appuis nécessaires pour régler amiablement ou judiciairement un litige garanti

Vous êtes **soutenu par un juriste spécialisé** tout au long du parcours :

- > **analyse** de la situation,
- > **conseil** sur la stratégie à adopter,
- > **négociations** pour trouver au plus vite un accord satisfaisant.

Si à défaut de solution amiable, une procédure judiciaire est engagée, vous choisissez l'avocat qui vous assistera, avec un **suivi permanent** par le juriste Covéa Protection Juridique.

La téléconsultation 24h/24 et 7j/7



Concrètement, si un de vos salariés est confronté à des problèmes d'accès à son propre médecin généraliste ou spécialiste, il pourra obtenir par **téléphone, visioconférence ou échanges internet**, un professionnel de santé inscrit à l'Ordre des Médecins français.

C'est un service à haute valeur ajoutée pour :

- ✓ obtenir une information médicale sur toute problématique de santé,
- ✓ vérifier grâce à une pré-consultation s'il faut vraiment solliciter son médecin ou non,
- ✓ avoir une consultation à distance,
- ✓ obtenir une ordonnance.

Grâce à ce service compris dans votre contrat d'assistance, vous pouvez bénéficier de **téléconsultations médicales pour chaque bénéficiaire sans rien déboursier**.



3 CANAUX de communication au choix

Pour contacter un médecin, c'est très simple. **Connectez-vous** et **posez-lui directement votre question** par **écrit, appel visio** ou **audio**.

**24h/24
7j/7**

UN ACCÈS AU SERVICE 24h/24 et 7j/7 pour tout bénéficiaire majeur

Accédez rapidement à un **médecin généraliste** ou **spécialiste** grâce à un large réseau couvrant de nombreuses disciplines médicales (dermatologie, pédiatrie, cardiologie...).



UN DIAGNOSTIC et une ordonnance si besoin

Le médecin vous adresse un **diagnostic** adapté ainsi qu'une **ordonnance**. Un rapport complet peut également être envoyé au médecin traitant.



Mode d'emploi pour y accéder :

- 1 Première utilisation du service :**
J'appelle mon numéro d'assistance au **09 69 32 49 19**.
Un chargé d'assistance enverra un SMS contenant un lien d'accès à la plate forme web ainsi qu'un code d'activation
- 2 Pour un accès régulier,** je me connecte à mon espace adhérent rubrique **TÉLÉCONSULTATION**








09 69 32 49 19



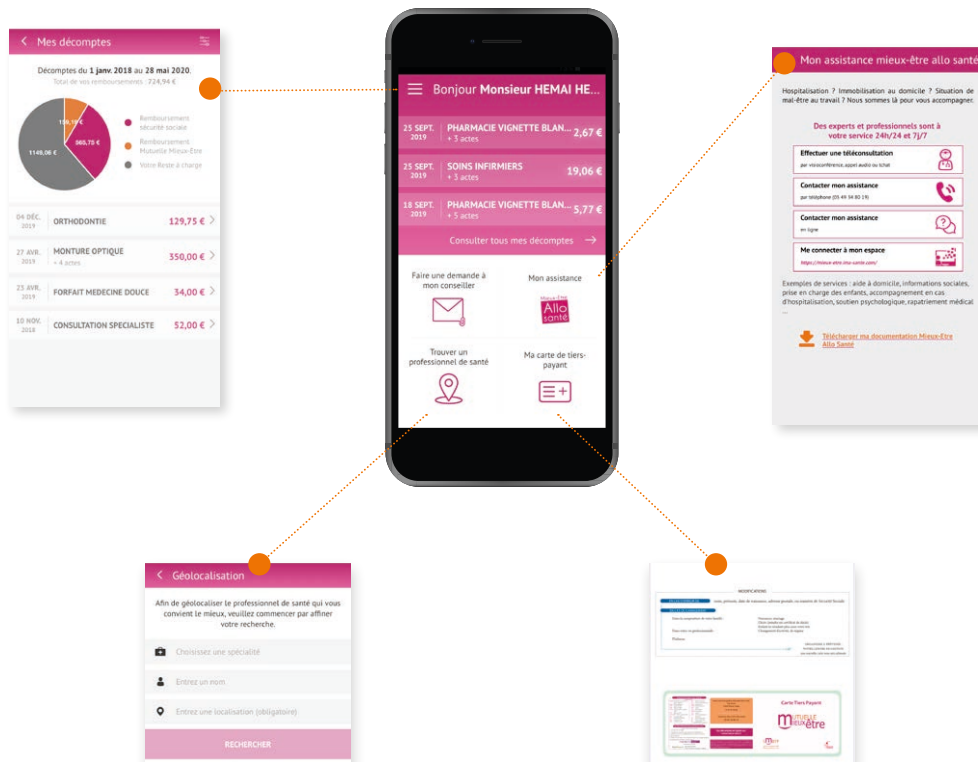
L'appli Ma Mutuelle Mieux-Etre



Pour gérer simplement son contrat santé au quotidien :

-  Suivre ses remboursements en temps réel
-  Accéder à tous les services (assistance, téléconsultation...)
-  Transmettre les demandes au centre de gestion
-  Télécharger sa carte de tiers payant
-  Trouver un professionnel de santé

- 1 Rendez-vous sur le store **Apple** ou **Android** en fonction de votre téléphone.
- 2 Tapez « **Ma Mutuelle Mieux-Etre** » dans le moteur de recherche.
- 3 **Téléchargez** l'application.
- 4 Identifiez-vous avec votre **numéro d'adhérent** (inscrit sur la carte de tiers payant) et votre **mot de passe** (le même que celui de l'espace adhérent).



Pour se connecter sur l'appli, il faut d'abord activer son espace adhérent en passant par le site mieux-etre.fr



Réseau de professionnels de santé Itelis

Itelis, un réseau de santé pour être soigné à moindre coût

Grâce à notre partenaire Itelis, vos salariés bénéficient de tarifs négociés et de prestations de qualité dans les spécialités **optique, dentaire, audioprothèse** et **chirurgie réfractive** pour lesquelles les dépassements d'honoraires sont élevés et les prises en charge par l'assurance maladie réduites...

Nouveau : Vos salariés peuvent désormais profiter également d'un réseau **d'ostéopathes/chiropracteurs, psychologues** et **diététiciens** qualifiés pour prendre soin de leur bien-être.

Plateforme digitale Itelis

Un maximum d'informations et d'avantages pour la santé de vos salariés

Service de géolocalisation

En **géolocalisant** le praticien de son choix via plusieurs critères (tels que : accès PMR, parking, plages horaires, types de publics...), le patient peut **évaluer son temps de trajet** et choisir celui le plus proche de chez lui ou de son lieu de travail.

Vos salariés ont également accès à des **fiches descriptives du praticien** détaillant leurs **services et spécialités** (langues parlées, prise de rendez-vous en ligne, montant maximum de la consultation pour certains praticiens...).

Information et prévention

Pour **s'informer sur la santé** (optique, dentaire, audio, ostéopathie/chiropraxie, psychologie et diététique), avec différents thèmes, des solutions proposées et des conseils et astuces.

Tests de vue en ligne pour savoir si son équipement optique est toujours adapté à sa vue. Egalement disponible, l'accès au **test de l'ouïe en ligne**.

[MODE d'emploi] très simple

1 Pour trouver les coordonnées du partenaire le plus proche :

- Via l'appli **Ma Mutuelle Mieux-Etre** rubrique "Trouver un professionnel de santé Itelis"
- Via internet en se rendant sur son **espace personnel sur www.mieux-etre.fr**
- Par **téléphone** en appelant le centre de gestion au **01 40 87 20 28**

2 Présenter au partenaire sa carte de tiers payant sur laquelle figure le logo Itelis

3 Demander à bénéficier des avantages des réseaux d'Itelis



Les services déclenchés à l'initiative de vos salariés



Le contrat d'assistance comprend plusieurs natures de soutien qui viennent en toute confidentialité soulager le salarié confronté à des problèmes personnels.



Conseil

Accompagnement et conseils d'experts* dès que j'en ai besoin

Accompagnement administratif et social, infos et conseils (médicaux, juridiques, sociaux...).

* En fonction des garanties : médecins, juristes, travailleurs sociaux...

Accompagnement en cas d'hospitalisation prévue ou imprévue supérieure à 24h ou immobilisation supérieure à 5 jours

Accompagnement personnalisé avant et après une hospitalisation

Une équipe médico-sociale **accompagne et conseille** par téléphone, étape par étape.

- > **Avant l'intervention** pour préparer l'hospitalisation et anticiper la sortie (anesthésie, formalités, hygiène, alimentation...).
- > **Après l'intervention** pour favoriser le bon rétablissement sur des thèmes comme la surveillance des symptômes, la compréhension des ordonnances de sortie et le respect des conseils hygiéno-diététique.
- > **Accès à des services à domicile** comme : aide ménagère, garde à domicile des enfants, assistance aux animaux de compagnie dans le cadre d'une enveloppe de services.



09 69 32 49 19

Me soutenir en tant qu'aidant d'un proche à aider

Soutien d'experts en cas de difficultés liées à ma position d'aidant

Bilan 360° avec une équipe médico-sociale afin d'évaluer la situation de l'aidant et de l'aidé pour proposer des solutions adaptées en tenant compte des conditions de vies, de l'entourage ou encore des ressources financières.

Aide à la naissance d'un enfant

Soutien en cas de difficulté liée à une naissance (accouchement difficile, baby blues) : accompagnement par un psychologue...

Informations pratiques à la naissance d'un enfant : réponses à toutes les questions pratiques liées à une naissance (droits, congé parental, modes de garde...)

Du soutien psychologique en cas de coup dur...

En cas d'événements ressentis comme traumatisants, le salarié bénéficiera jusqu'à **5 entretiens téléphoniques avec un psychologue clinicien** en appelant le **09 69 32 49 19**



Les services déclenchés à votre initiative



Vous constatez que certains comportements ont une incidence sur le travail sur site ou plus généralement sur la qualité attendue ?

Mutuelle Mieux-Etre vous accompagne sur trois des problèmes sociétaux du moment et vous donne l'occasion de limiter les risques grâce à ses ateliers en approche collective.

Notre engagement :

*vous accompagner de la conception à la mise en place et jusqu'au suivi de l'action et vous faire bénéficier de **coûts préférentiels** et d'une prise en charge partielle ou totale par la Mutuelle selon les actions mises en place.*

Atelier TMS



Les TMS, troubles musculo-squelettiques, peuvent devenir irréversibles et entraîner un handicap durable. Ils **coûtent cher à l'entreprise** en terme de désorganisation, de baisse de performance, d'absentéisme et de turnover.

Prestation : un atelier pour aborder les **solutions préventives** et lutter contre l'apparition des TMS (syndrome du canal carpien, fatigue visuelle, cervicalgies et torticolis chroniques...).

Modalité : un atelier de 1h pour 30 personnes maximum.

Atelier du sommeil



Les modes de vie, les rythmes de travail soutenus ou décalés peuvent engendrer des **problèmes de sommeil** qui entravent la capacité à récupérer et rendre moins vigilant. Les troubles du sommeil peuvent favoriser le développement de maladies...

Prestation : avec un spécialiste de la question, vos salariés découvrent des conseils pratiques et des exercices simples pour retrouver un sommeil plus léger.

Modalité : un atelier de 2 heures pour 10 à 15 personnes maximum.

Santé visuelle et dépistage



La pratique prolongée des écrans numériques occasionne fatigue visuelle et favorise l'apparition de **troubles de la vision**... Une thématique qui touche une grande partie de la population.

Prestation : des entretiens individuels et un dépistage pour vérifier la correction visuelle, prise de tension oculaire, recherche de solutions et conseils adaptés.

Modalité : à partir de 40 personnes.



[Comment faire la demande ?]

Rapprochez-vous de votre Conseiller Entreprise habituel qui vous fera préciser votre demande à l'aide d'un formulaire

Quelles sont les grandes caractéristiques de votre complémentaire santé collective?



○ Votre régime de frais de soins est **[collectif]**

Votre régime de frais de santé est mis en place pour **l'ensemble des salariés** ou pour **une catégorie de salariés** répondant à un même critère objectif.

! **Le caractère collectif du régime permet de bénéficier de l'exonération sociale sur le financement de la protection sociale complémentaire.**

Si vous souhaitez restreindre l'accès des garanties à une ou plusieurs catégories de salariés, vous ne pourrez utiliser qu'un des 5 critères limitativement énumérés ci-dessous. A l'intérieur d'une même catégorie **tous les salariés doivent avoir les mêmes garanties**. Les catégories admises répondent aux critères suivants :

- > appartenance à la catégorie **cadres et non cadres** ;
- > les **tranches de rémunération** ;
- > la place dans les **classifications professionnelles** issues de la convention collective ;
- > les catégories de second niveau issus des **conventions de branches, des accords professionnels ou interprofessionnels** ;
- > l'**appartenance à une catégorie** définie à partir des usages constants fixés dans la profession.

! **ATTENTION** il existe 5 critères qui ne peuvent être admis en aucun cas pour constituer une catégorie objective. Il s'agit :

du temps de travail

de l'âge

de la nature du contrat de travail

de l'ancienneté du salarié

des cadres dirigeants

En tout état de cause, tous vos salariés doivent être couverts.

○ Votre régime de frais de soins est **[obligatoire]**

Pour **bénéficier de l'exonération sociale** sur le financement de la protection sociale complémentaire, le régime doit avoir un **caractère obligatoire**, ce qui signifie que **tous les salariés de la catégorie choisie doivent adhérer obligatoirement au contrat** mis en place dans votre entreprise

Dans certains cas, les salariés peuvent choisir de ne pas adhérer au contrat en demandant une "dispense" (cf situations décrites dans la fiche « Incontournables N°2 : l'affiliation de mes salariés).

○ Votre contrat est **[solidaire]**

Il n'y a **pas de sélection médicale de vos salariés** : aucune formalité médicale n'est à remplir pour leur affiliation. De plus, les cotisations n'évoluent pas en fonction de l'état de santé des personnes assurées.

○ Votre contrat est **[responsable]**

Petit rappel : qu'est-ce que le contrat « responsable » ?

Pour être considéré comme "responsable", le contrat de complémentaire santé doit remplir **un certain nombre de conditions**. La réglementation du contrat responsable **a évolué en plusieurs étapes**.

2004

Le contrat responsable est créé

Le dispositif des contrats « responsables » est créé. Le cahier des charges du contrat responsable prévoit l'obligation de prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur et à l'interdiction de pratiquer des remboursements complémentaires en cas de non respect du parcours de soins coordonné par le patient (sans passer par le médecin traitant).

2014

Les obligations du contrat responsable se renforcent

La réglementation a évolué pour ajouter au cahier des charges du contrat responsable un encadrement de la prise en charge, avec des minima et des maxima de remboursements.

En particulier :

- > La prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée.
- > La création de planchers et de plafonds de prise en charge en optique.
- > Une double limitation dans la prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Enfin, pour qu'un contrat soit responsable, il doit également prévoir :

- > un minimum de prise en charge d'actes de prévention
- > le tiers payant
- > et une information annuelle sur les frais de gestion

2016

La complémentaire santé devient obligatoire

Le caractère « responsable » du contrat collectif a été renforcé par la généralisation de la complémentaire santé avec l'obligation pour tous les employeurs du secteur privé :

- de proposer une couverture collective à l'ensemble de leurs salariés sans condition d'ancienneté
- de participer au financement de cette couverture à hauteur d'au moins 50% de la cotisation globale.

2020

Le contrat responsable intègre le [100% santé]

Nouvelle évolution du cahier des charges du contrat responsable depuis le 1^{er} janvier 2020 avec la réforme du 100% santé.

Des nouvelles obligations s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés depuis le :

- ✓ 1^{er} janvier 2020 pour l'optique médicale et les frais dentaires,
- ✓ 1^{er} janvier 2021 pour les prothèses auditives.

Le principe général de la réforme est de proposer la prise en charge à 100% par la Sécurité sociale et les complémentaires santé de certains dispositifs médicaux dans trois domaines :

- ⊙ Les dispositifs d'optique médicale
- ⊙ Les soins dentaires prothétiques
- ⊙ Les aides auditives



Concrètement, vos salariés vont pouvoir bénéficier d'un remboursement intégral :

- s'ils prennent un équipement optique (verres et monture),
- s'ils achètent une prothèse auditive,
- ou s'ils se font poser une prothèse dentaire,

qui entrent dans la définition des paniers de soins dits « 100% santé ».

Le remboursement intégral résulte :

- de l'instauration de prix limites de ventes pour ces dispositifs qui doivent être respectés par les professionnels de santé (opticiens, dentistes, audioprothésistes),
- de l'amélioration des remboursements de la Sécurité sociale qui modifie sa tarification (hausse des bases de remboursements)
- de l'obligation pour le contrat de complémentaire santé responsable de prendre en charge l'intégralité des frais à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

Dès lors que toutes les conditions énumérées ci-dessus sont remplies, employeurs et salariés bénéficient de déductibilités fiscales et l'employeur d'exonérations sociales.



Les avantages fiscaux et sociaux de la santé collective et obligatoire



Pour vous employeur

Les avantages fiscaux

Votre contribution est **déductible** du bénéfice imposable de l'entreprise.

Les avantages sociaux

Votre contribution financière en tant qu'employeur n'est pas considérée comme un supplément de rémunération et donc **n'est pas soumise aux charges sociales patronales**.

D'une part, la part de la cotisation que vous prenez en charge en tant qu'employeur est **exonérée de cotisations sociales dans certaines limites** :

Limite sociale de déductibilité par an et par salarié

1,5% du salaire annuel brut + 6% du PASS avec un maximum de 12% du PASS

A retenir

D'autre part, les contributions patronales sont exclues de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

En revanche, le financement patronal est assujéti à **contribution sociale généralisée (CSG)**, **contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)** et à **forfait social au taux de 8%** dans le cas où l'entreprise compte au moins 11 salariés.

Les entreprises employant jusqu'à 10 salariés bénéficient en effet d'une **exonération de forfait social sur les contributions patronales**.

Pour vos salariés

La contribution du salarié est **déductible de son salaire imposable**, en revanche, la **contribution de l'employeur** sera réintégrée dans l'assiette de l'impôt sur le revenu du salarié

Limite de la déduction des cotisations salariales du revenu imposable

2% du salaire annuel brut de la personne + 5% du PASS avec un maximum de 2% de 8 PASS



Les fondamentaux de l'assurance collective



Quelles sont vos obligations vis à vis de vos salariés ?

La complémentaire santé fait partie des **éléments de la rémunération globale de vos salariés**. Vous devez donc en discuter avec vos salariés même s'il est **obligatoire** de la proposer.

Le premier réflexe est de vérifier vos **obligations conventionnelles** :

Votre convention collective prévoit-elle un couverture qui va au-delà des minimas obligatoires du contrat responsable et du panier de soins imposé par la réglementation pour les contrats collectifs d'entreprise en matière d'optique et dentaire ?

Egalement, votre convention collective prévoit-elle une **prise en charge patronale de la cotisation** au régime frais de santé supérieure au minimum imposé par la loi, à savoir 50% ?

Il est tout à fait possible de proposer une couverture supérieure à celle prévue par la convention collective.

C'est vous qui déterminez votre politique sociale en la matière.

Vous devez choisir et rédiger l'acte juridique de mise en place

La loi envisage pour la mise en place des régimes complémentaires de protection sociale **trois modalités exclusives**.

Si le formalisme de ces modalités n'est pas respecté il y aura **un risque de redressement URSSAF** et de **perte des avantages fiscaux et sociaux** du régime.

Les 3 modalités sont les suivantes :

- ⊗ **La décision unilatérale de l'employeur (DUE)**
- ⊗ **Le référendum** : vote des salariés de l'entreprise (il faut un OUI à 50% + 1 voix des inscrits)
- ⊗ **la négociation collective**, qui peut prendre deux aspects : l'accord conventionnel (accords de branche ou accords interprofessionnels nationaux), ou l'accord d'entreprise (voire d'établissement) en l'absence de régime au niveau de la branche ou pour faire un régime plus favorable que celui prévu par la branche

En particulier, il est important de discuter du **niveau de couverture**, du **niveau de prise en charge** de la cotisation et de la possibilité d'étendre cette couverture aux conjoints et aux enfants.

IMPORTANT

En cas de mise en place du contrat collectif par **décision unilatérale**, vous devez :

- **informer et consulter** préalablement le CSE,
- **informer vos salariés** en respectant un délai de prévenance de **trois mois**,
- **remettre une copie écrite de cet acte à chacun des salariés** en conservant une trace de cette communication pour pouvoir la présenter en cas de contrôle URSSAF (exemple : remise en mains propres contre décharge).

Nota Bene : la DUE (décision unilatérale de l'entreprise) ne peut pas s'imposer aux salariés déjà présents dans l'entreprise lors de la mise en place du contrat.



Bon à savoir :

Retenez votre « **IDCC** » ou demandez le à votre expert comptable

L'**IDCC** signifie « identifiant de convention collective ». Il s'agit d'un code (à 4 chiffres le plus souvent) qui classe la convention collective applicable à tout salarié.

En pratique, vous devez déterminer la convention collective qui s'applique à la majorité des salariés de la catégorie à assurer.



En annexe un modèle d'acte de décision unilatérale

Vous devez contribuer à la cotisation du contrat de santé collective

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la loi impose à l'employeur de contribuer à hauteur **d'au moins 50%** de la cotisation globale.

En tout état de cause, votre participation ne peut jamais être inférieure au taux indiqué dans l'accord de branche (qui peut prévoir plus que 50%). **Le taux de participation de l'employeur doit être uniforme pour tous les salariés, ou pour les salariés relevant d'une même catégorie objective.**

Cependant, la loi admet la **possibilité de moduler la participation employeur** selon la composition de famille. Par conséquent, vous pouvez participer à des taux différents en fonction de la structure de cotisation, **à la condition que cette modulation soit indiquée dans l'acte fondateur (DUE, accord collectif d'entreprise...).**

Pour les salariés à temps partiel ou apprentis et dont la part de cotisation restant à leur charge est au moins égale à 10 % de leur rémunération brute : il vous est possible de prendre en charge l'intégralité de leur cotisation.

Vous pouvez décider de l'affiliation obligatoire ou facultative des ayants-droit de vos salariés

Couvrir les ayants-droits : oui ou non ?

Les ayants-droit sont les personnes bénéficiant des garanties, à la demande du salarié ou à titre obligatoire. En général il s'agit du conjoint et des enfants.

A moins que la CCN ne le rende obligatoire, **vous devez décider** en fonction des besoins exprimés par vos salariés et de votre souhait, **si l'adhésion des ayants-droits est obligatoire ou facultative.**

Lorsque **l'adhésion des ayants-droit est obligatoire**, vous êtes obligé de prendre en charge a minima **50% de la part de la cotisation afférente à la couverture de l'ayant-droit** et vous bénéficiez de **l'exonération de charges sociales** sur votre contribution.

Lorsque **l'adhésion des ayants-droit est facultative**, vous participez comme vous le souhaitez à la part de la cotisation afférente à la couverture de l'ayant-droit, en revanche **cette part de contribution sera assujettie à charges sociales.**

En tout état de cause, vous devez indiquer clairement dans l'acte de mise en place si l'adhésion des ayants-droit est **obligatoire ou facultative**, ainsi que la part prise en charge au titre de la couverture des ayants-droit.

Bien choisir la structure de cotisation

Si vous choisissez une **cotisation famille** (taux unique quelle que soit la composition de famille de vos salariés), les ayants droit bénéficieront automatiquement du contrat. Le choix de ce type de cotisation est particulièrement adapté en cas d'affiliation obligatoire des ayants droit.

Cette cotisation est préconisée lorsque la plupart des salariés sont en couple avec enfant(s).

Dans ces conditions, **il n'y a aucun surcoût pour les salariés qui affilient leurs ayants-droit.**

Lorsque l'affiliation des ayants-droit est **facultative**, il vaut mieux une structure de cotisation **isolé/famille**, afin que :

- les salariés s'affilient seuls **cotisent en isolé** ;
- les salariés affilient des ayants-droit **cotisent en famille**



Aucune condition d'ancienneté ne peut être appliquée pour l'adhésion de vos salariés.

Le cas de rupture de contrat de travail d'un de mes salariés

La portabilité est le droit, sous certaines conditions, pour les salariés quittant l'entreprise, de **bénéficier du maintien gratuit de leur garantie santé et prévoyance** en vigueur dans l'entreprise.

Tableau récapitulatif des principales mesures

Champ d'application	Toutes les entreprises du secteur privé
Durée	Durée du ou des contrats de travail consécutifs chez le même employeur
Durée maximale	12 mois
Financement	A titre gratuit pour les anciens salariés et ayants droit le cas échéant



Sont concernés par la portabilité, les anciens salariés :

- dont les droits à remboursement complémentaire en santé sont ouverts (pas de cas de dispense),
- dont le contrat de travail est rompu, sauf si la rupture est consécutive à une faute lourde,
- et qui sont pris en charge par l'assurance chômage.

Obligations des entreprises :

- > Informer les salariés du maintien des garanties dans leur certificat de travail.
- > Informer l'organisme assureur, dans les 48h, de la cessation du contrat de travail de chaque salarié bénéficiant de la portabilité

Obligations des anciens salariés:

- > Justifier auprès de l'organisme assureur qu'ils remplissent les conditions de la portabilité, notamment en produisant leurs justificatifs d'allocations chômage, à l'ouverture et au cours de la portabilité.

La garantie sera résiliée :

- ⊗ A la fin des droits du salarié au maintien des garanties ;
- ⊗ A la fin de l'indemnisation de l'assurance chômage, ou à la date de reprise d'une activité professionnelle ;
- ⊗ A la fin du mois qui suit la non-réception des justificatifs d'allocations chômage (les garanties pouvant être remises en vigueur à compter du 1er jour du mois suivant la remise des justificatifs).

Vous devez signaler à vos salariés qui quittent l'entreprise qu'ils ont le droit au maintien de leurs garanties santé

Le maintien de la couverture frais de santé à l'identique est possible lorsque le salarié :

- > quitte l'entreprise ;
- > bénéficie d'un revenu de remplacement (retraite, allocation chômage, rente d'invalidité) ;
- > et en fait la demande dans les 6 mois qui suivent la sortie d'entreprise ou la fin de la portabilité le cas échéant.

Dans ces conditions, le salarié **souscrit pour son propre compte un contrat individuel de frais de santé au titre duquel il bénéficie de prestations identiques à celles dont il bénéficiait au jour de la sortie de l'entreprise**, sans condition de durée.

Le tarif de ces contrats est encadré et calculé en fonction du **tarif moyen payé dans l'entreprise** (part patronale + part salariale) :

- >100% la première année
- >125% la seconde année
- >150% la troisième année.

Au-delà de la troisième année, **le tarif est libre**.

Ce maintien des garanties est également accordé en cas de décès du salarié au profit des personnes qui étaient garanties en tant qu'ayant-droit. Dans ce cas, la couverture est limitée à 12 mois.



A NOTER

- ⊗ Pour le financement de la portabilité, il n'est donc plus possible, depuis 2014, de prévoir de co-financement entre l'employeur et l'ancien salarié. Le financement de la portabilité est donc désormais mutualisé dans le montant de votre cotisation.
- ⊗ Les garanties maintenues au bénéfice des anciens salariés sont celles en vigueur dans l'entreprise et évolueront en fonction de celles-ci. Dès lors, en cas de résiliation du contrat d'assurance, les garanties maintenues en portabilité cesseront.
- ⊗ Les ayants-droit de l'ancien salarié, couverts préalablement par la complémentaire santé, bénéficient également du maintien de leur garantie dans les mêmes conditions.

