



mUTUELLE
MIEUX ÊTRE

Esprit Santé
Collective

Notice d'information

Relative au règlement mutualiste
Opérations collectives

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 1/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



Sommaire

▶ Mieux connaître vos garanties	3
▶ Quel est l'objet des garanties ?	3
▶ Des garanties responsables.....	3
▶ Affiliation	5
▶ Quand les garanties prennent-elles effet ?.....	5
▶ Dans quelles conditions les garanties ne s'appliquent-elles pas ?.....	5
▶ Mieux protéger les vôtres	6
▶ Qui peut bénéficier des garanties ?	6
▶ Comment ajouter un Ayant droit ?	6
▶ Quelles sont les pièces justificatives à fournir ?.....	7
▶ Comment se faire rembourser ?	7
▶ Mieux connaître vos droits et obligations	10
▶ Quelles sont vos obligations ?	10
▶ Indus	11
▶ Révision des cotisations	11
▶ Dans quels cas les garanties peuvent-elles prendre fin ?	11
▶ Maintien des garanties au profit des bénéficiaires de la portabilité des droits en santé.....	11
▶ Comment maintenir vos garanties en cas de suspension de votre contrat de travail ?.....	12
▶ Comment continuer à bénéficier d'une bonne protection ?	13
▶ Prescription	13
▶ Réclamations	14
▶ Informatique et libertés	14
▶ Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption	15
▶ Contrôle.....	15



Mieux connaître vos garanties

Quel est l'objet des garanties ?

Les garanties frais de santé obligatoires choisies par votre employeur vous permettent de bénéficier, pour vos dépenses de santé¹ résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité, de remboursements complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale française.

Les présentes garanties sont régies 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.

Les taux et bases de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale pris en considération sont ceux en vigueur à la date d'exécution des actes et des soins et de délivrance des prescriptions.

Les dépenses médicales effectuées lors d'un séjour temporaire à l'étranger ne seront prises en charge qu'à la condition de donner lieu à un remboursement effectif du régime obligatoire de la Sécurité sociale française. Les remboursements seront effectués en euros et selon les garanties prévues à la grille. En tout état de cause la prise en charge sera plafonnée à 500% de la base de remboursement de la Sécurité sociale française, Sécurité sociale incluse. Pour les garanties du contrat non prises en charge par la Sécurité sociale française, le remboursement de Mutuelle Mieux-Etre ne sera accordé que si les soins et actes ont été effectués sur le territoire français.

La nature et le montant des remboursements sont définis dans le tableau des prestations figurant en annexe de la présente Notice d'information. **Certaines prestations peuvent prévoir un délai d'attente et /ou comporter un plafond garanti.**

Délai d'attente : période courant de la date de prise d'effet de la garantie à la prise d'effet de la prestation garantie, au cours de laquelle les frais occasionnés par une maladie, une maternité, un accident ne peuvent donner lieu à remboursement. 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 de garanties: montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations. Lorsque le maximum de remboursement est atteint, la Mutuelle continue de prendre en charge 125 % de la base de remboursement (Sécurité sociale incluse) sur les soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dentofaciale remboursés par l'assurance maladie obligatoire, et le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

En qualité de salarié affilié aux garanties souscrites par votre employeur, vous devenez Membre participant de Mutuelle Mieux-Etre conformément à l'article L.221-2.III du Code de la mutualité. A ce titre, vous êtes représentés à l'Assemblée Générale de la Mutuelle, conformément à l'article L.114-6 du Code de la mutualité et, selon les dispositions statutaires de la Mutuelle.

Des garanties responsables

La couverture relative aux remboursements des frais de santé mise en place par votre employeur est responsable au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, vos garanties et vos niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Sont pris en charge au titre du contrat responsable :

- L'intégralité du ticket modérateur défini à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale ;
- Lorsque cette garantie est prévue dans le tableau des prestations, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale (OPTAM, OPTAM-CO), ce, dans le respect des limites réglementaires ;

¹ Exemples : les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examens de laboratoire, de prothèses et d'appareillages.

- L'intégralité des frais exposés par l'Assuré 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 vingt et un (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'Assuré 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 santé sans limite de durée. **Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux n'est pas pris en charge.**

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 :

Dans le tableau des prestations figurant en annexe de cette Notice d'information, 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 (1) équipement (2 verres + 1 monture) tous les deux (2) ans, sauf pour les enfants de plus de six (6) ans et de moins de seize (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 six (6) ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de six (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** : selon la formule de garantie choisie par votre employeur, 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-Etre 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 (4) 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.

Affiliation

Pour vous affilier, vous devez remplir et signer le bulletin individuel d'affiliation fourni par votre employeur.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part 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 votre part a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de votre affiliation.

Dans ce cas, vous êtes 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.

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Vous bénéficiez des garanties frais de santé :

- A compter de la date d'effet de l'adhésion de votre employeur aux garanties, si vous appartenez à la catégorie de personnel au profit duquel le régime frais de santé a été mis en place ;
- Ou à compter de la date à laquelle vous entrez dans la catégorie de personnel au profit duquel le régime frais de santé a été mis en place.

En pratique, votre bulletin individuel d'affiliation doit être reçu par Mutuelle Mieux-Etre dans les trente (30) jours suivant cette date, auquel cas, vous bénéficierez des garanties à la date de réception de celui-ci.

Dans quelles conditions les garanties ne s'appliquent-elles pas ?

Sont exclus :

- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Sécurité sociale ;
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, 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 ;
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, 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 ;
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, 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 ;
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, 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 ;
- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, 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.

En qualité de contrat responsable, sont exclus :

- La participation forfaitaire d'un (1) euro mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale (participation forfaitaire d'un (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 euro sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical, deux (2) euros par transport) ;

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 5/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



- 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 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).

Mieux protéger les vôtres

Qui peut bénéficier des garanties ?

Le Membre participant, c'est-à-dire vous, en tant que salarié affilié à la couverture santé de votre entreprise ou en tant qu'ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (portabilité) à la date d'adhésion de votre entreprise aux garanties.

Les Ayants droit, c'est-à-dire les personnes bénéficiant des garanties à votre demande. Le nom de vos Ayants droit doit être mentionné sur votre bulletin individuel d'affiliation, accompagné, le cas échéant, des pièces justificatives demandées.

Peuvent avoir la qualité d'Ayant droit :

- **Votre conjoint** ou la personne avec qui vous avez conclu un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité (PACS), ou la personne avec qui vous entretenez 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.
- **Vos enfants**, ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre 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 vous :
 - 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 adultes handicapés versée par les Caisses d'Allocations Familiales.
- D'une manière générale, **toute autre personne à votre charge effective et permanente**, vivant sous le même toit que vous.

Nota Bene : Vos Ayants droit, nommément désignés au bulletin individuel d'adhésion, bénéficient de la formule que vous avez choisie et donc du même niveau de garanties que vous.

Comment ajouter un Ayant droit ?

En vous rapprochant de votre entreprise qui vous fournira un bulletin individuel d'affiliation à remplir et se chargera ensuite de le transmettre (avec les pièces justificatives demandées) à Mutuelle Mieux-Etre.

Vos Ayants droit bénéficient des garanties :

- Au plus tôt, en même temps que vous ;
- Ou le premier jour du mois qui suit la demande d'affiliation lorsque l'affiliation de vos Ayants droit intervient postérieurement à la vôtre (exemple : mariage, PACS, naissance ou adoption...). Une nouvelle carte de tiers payant sera alors émise automatiquement avec le nom des nouveaux Ayants droit.

Quelles sont les pièces justificatives à fournir ?

	AYANTS DROIT au sens du règlement applicable	PIECES A FOURNIR
CONJOINT et assimilés	Conjoint	> Copie de l'attestation vitale du conjoint ou du membre participant
	Concubin	> Certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur mentionnant une résidence commune d'au moins deux ans > Copie de l'attestation vitale du concubin ou du membre participant
	Partenaire lié au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	> Copie du PACS > Copie de l'attestation vitale du partenaire ou du membre participant
ENFANT(S) Du membre participant, du conjoint, du concubin ou du partenaire de PACS	Pour tous les enfants quelle que soit leur situation	> Copie de l'attestation vitale de l'enfant ou du membre participant ou du conjoint ou du concubin ou du partenaire
	Si le nom de l'enfant est différent de celui de l'adhérent ou du conjoint/concubin	> Copie du livret de famille
	Si votre enfant est concerné par l'un des cas suivants :	
	+ Pour les enfants de 21 à 28 ans poursuivant des études et affiliés à un régime de Sécurité sociale propre	> Carte d'étudiant en vigueur pour l'année scolaire > Certificat de scolarité > Copie du livret de famille
	+ Pour les enfants en premier apprentissage âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que le membre participant	> Copie du contrat d'apprentissage > Copie du livret de famille
	Pour les enfants exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que le membre participant	> Copie du contrat de travail > Copie du livret de famille
	Pour les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes	> Carte d'invalidité
PERSONNES A LA CHARGE DU MEMBRE PARTICIPANT	Toute personne à la charge effective et permanente du membre participant et vivant sous le même toit.	> Justificatif d'imposition du membre participant permettant de vérifier que la personne est à charge. > Justificatif de domicile commun

Comment se faire rembourser ?

Le versement de vos prestations vous est adressé directement, sur la base des décomptes que nous transmet votre régime obligatoire de Sécurité sociale au titre de la télétransmission.

Si votre régime obligatoire ne peut pas nous transmettre directement votre décompte, vous devez nous envoyer les originaux de vos décomptes et le cas échéant, les pièces originales justificatives correspondantes. Celles-ci doivent être adressées à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois suivant la date de l'évènement ouvrant droit à prestation.

Le cumul des prestations versées par le régime obligatoire d'assurance maladie, Mutuelle Mieux-Etre et tout autre organisme ne peut pas **excéder le montant des frais réellement engagés par vous ou par vos ayants droit.**

En cas de pluralité d'assurance, les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque montant de prestations garanti, quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vos ayants droit ou vous-même pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Documents à fournir pour être remboursé

	Pièces à fournir	
HOSPITALISATION	Avec prise en charge	Sans prise en charge
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 / 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		

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 8/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



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	
MEDECINE ALTERNATIVE		
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)	

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 9/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



Frais de téléphone et de télévision

Facture Détaillée et Acquittée

Les documents peuvent être envoyés :

Soit à l'adresse postale suivante :

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

Soit à l'adresse mél suivante : contrat.mieuxetre@tessi.fr

■ **Points spécifiques :**

Tiers payant partiel : Vous avez bénéficié du tiers payant uniquement sur la part du régime obligatoire (vous n'avez réglé que le ticket modérateur). Même si vous bénéficiez de la télétransmission, pour être remboursés vous devez adresser le reçu du professionnel de santé justifiant les sommes réglées.

Vous avez souscrit deux couvertures complémentaires : Si vos remboursements par Mutuelle Mieux-Être s'effectuent en complément d'un autre organisme assureur, vous devez, pour bénéficier du remboursement, nous adresser le décompte de remboursement Sécurité sociale ainsi que le relevé de prestations de cet organisme. Il conviendra également, selon les actes, de joindre les pièces justificatives mentionnées ci-dessus.

Les actes hors nomenclature : ces actes ne sont pas remboursés par Mutuelle Mieux-Être.

■ **Durée de validité des prescriptions :**

- La prescription doit être présentée à un professionnel au maximum un an après son émission ;
- La prescription doit être présentée à Mutuelle Mieux-Être pour tout remboursement au maximum deux ans et un trimestre après la date de consommation.

Mieux connaître vos droits et obligations

Quelles sont vos obligations ?

En tant que Membre participant, vous vous engagez à :

- **Inform**er 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 ;
- **Restituer la carte de tiers payant** qui vous a été remise par la Mutuelle, lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie de personnel assurée définie au bulletin d'adhésion ou en cas de rupture de votre contrat de travail. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire ;
- **Inform**er Mutuelle Mieux-Etre de la cessation de vos droits à l'assurance chômage, lorsque vous bénéficiez du maintien des garanties au titre de la portabilité ;
- **Inform**er Mutuelle Mieux-Etre, lorsque vous bénéficiez d'une garantie de même nature que celle assurée, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif.
Dans ce cas, les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque montant de prestation garantie et des frais réellement engagés quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais engagés en vous adressant à l'organisme assureur de votre choix.

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 10/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



Mutuelle Mieux-Etre peut procéder à tout contrôle sur pièces permettant de vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous communiquez. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à votre connaissance par lettre motivée, en recommandé avec demande d'accusé 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, tant pour vous que pour vos Ayants droits ayant reçu des prestations. Les conclusions de l'expertise médicale vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire la Mutuelle à cesser, à refuser, ou à réduire le versement des prestations.

Ces conclusions s'imposent sans que vous puissiez vous prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale. Si vous ou vos Ayants droit contestez la décision du médecin ou spécialiste expert désigné par Mutuelle Mieux-Etre, vous avez la possibilité de faire appel au médecin ou spécialiste de votre choix. En cas de divergence entre le médecin ou spécialiste désigné par la Mutuelle et le vôtre, 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.

Indus

Vous et vos Ayants droit restez redevables des sommes perçues à tort, notamment en dehors de la période de garantie ou en cas de fraude, qu'elles aient été perçues directement par vous ou payées pour votre compte à des professionnels de santé dans le cadre du tiers payant.

Ce principe s'applique quelle que soit la date de déclaration de votre radiation.

En cas de paiement indu effectué par la Mutuelle auprès d'un professionnel de santé, la Mutuelle pourra également agir contre celui-ci afin d'en obtenir le remboursement.

Révision des cotisations

Le niveau des cotisations et des prestations est en principe fixé pour l'année. Il peut néanmoins, sous certaines conditions communiquées à votre employeur, être modifié en cours d'année (exemple : en cas de modification de la réglementation).

Dans quels cas les garanties peuvent-elles prendre fin ?

Vos garanties cessent à zéro heure :

- Le jour de la rupture de votre contrat de travail ;
- Le jour où vous n'appartenez plus à l'une des catégories de personnel couverte mentionnée au bulletin d'adhésion ;
- Le jour de la résiliation de l'adhésion par votre entreprise ou par Mutuelle Mieux-Etre ;
- Le jour où le maintien de vos garanties au titre de la portabilité cesse ;
- Au 31 décembre qui suit votre demande de dispense d'affiliation ou celle de vos Ayants droit (si celle-ci est prévue au sein de la décision unilatérale, du référendum, ou de l'accord collectif de votre entreprise) accompagnée des documents justificatifs moyennant un préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant son échéance annuelle fixée au 31 décembre.

Pour vos Ayants droit, les garanties cessent à la date à laquelle ils ne répondent plus à la définition des Ayants droit telle que prévue dans la présente notice et en tout état de cause à la même date que vous.

Lorsque le régime mis en place par l'entreprise est à adhésion facultative pour les Ayants droit, ces derniers ont la faculté de dénoncer leur affiliation à la garantie par lettre recommandée ou courrier recommandé électronique, avec demande d'avis de réception, moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux mois avant son échéance annuelle fixée au 31 décembre.

Maintien des garanties au profit des bénéficiaires de la portabilité des droits en santé

En cas de cessation de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, Mutuelle Mieux-Etre maintient, au titre de la portabilité des droits, vos garanties (et celles de vos Ayants droit déjà affiliés) pour une durée maximale

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 11/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



de douze (12) mois, dans la limite de la durée du ou des derniers contrats de travail consécutifs au sein de l'entreprise. Cette durée est appréciée en mois, dès le premier mois, et le cas échéant arrondie au nombre supérieur.

Pour bénéficier du maintien des garanties, vous devez avoir ouvert vos droits à la couverture relative au remboursement des frais de santé mise en place par votre employeur avant la cessation de votre contrat de travail et bénéficier d'une prise en charge par l'assurance chômage. Le service des prestations est conditionné à la justification de votre prise en charge par le régime d'assurance chômage à l'ouverture du maintien de vos droits et tous les mois au cours du maintien.

Le maintien de vos garanties est mutualisé, dès lors vous ne devrez aucune cotisation au titre des garanties maintenues.

Vos garanties, maintenues au titre de la portabilité, suivront celles de l'entreprise et cesseront automatiquement :

- **Au terme des droits acquis au titre de la portabilité (durée maximale de douze (12) mois) ;**
- **A la date à laquelle vous ne bénéficiez plus d'une prise en charge par l'assurance chômage, ou à la date de reprise d'une activité professionnelle ;**
- **Au jour de la dénonciation de l'adhésion de l'entreprise aux garanties.**

Dans le cadre d'une procédure collective, le maintien des garanties au titre de la portabilité au profit des anciens salariés n'est accordé qu'en cas :

- De demande de poursuite du contrat par le souscripteur (l'entreprise), l'Administrateur ou le Liquidateur Judiciaire et ;
- Du paiement de l'intégralité des cotisations dues après le jugement d'ouverture de la procédure collective.

Comment maintenir vos garanties en cas de suspension de votre contrat de travail ?

Les garanties sont maintenues à votre profit lorsque votre contrat de travail est suspendu dès lors que vous bénéficiez :

- D'un maintien (total ou partiel) de salaire par l'entreprise ;
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur ;
- Ou d'un revenu de remplacement versé par votre employeur.

Dans ce cas, l'employeur et vous-même êtes tenus de vous acquitter de vos parts de la cotisation durant la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Lorsque votre contrat de travail est suspendu et non indemnisé notamment à l'occasion d'un congé sabbatique, d'un congé pour création d'entreprise, d'un congé parental total d'éducation ou d'un congé sans solde légal, vos garanties sont suspendues. La suspension intervient à la date de cessation de votre activité professionnelle et s'achève à la date de reprise effective de votre activité au sein de l'entreprise.

Lorsque vos garanties cessent ou sont suspendues, vous ainsi que vos ayants-droit n'êtes plus couverts pour toutes les demandes de remboursement consécutives à une maladie, un accident ou une maternité, dont la date des actes, soins, et prescriptions, est postérieure à la date d'effet de la cessation ou de la suspension des garanties. Mutuelle Mieux-Etre reste engagée pour les dépenses de santé, dont la date des actes, soins, et prescriptions, est antérieure à la date d'effet de la cessation ou de la suspension des garanties et ce jusqu'à leur liquidation complète **sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les vingt-quatre (24) mois suivant cette même date.**

Toutefois, vous pouvez sur simple demande écrite auprès de votre employeur, continuer à bénéficier du régime frais de santé sous réserve de vous acquitter du paiement intégral de la cotisation prévue (part patronale et part salariale) pour l'ensemble des salariés. Vous disposez alors d'un délai d'un mois après le début du congé non rémunéré, pour formuler votre demande auprès de votre employeur.

La cotisation afférente aux garanties maintenues est réglée intégralement par vous-même et les conditions de règlement sont gérées, au cas par cas, selon des modalités définies par votre employeur.

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 12/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



En cas de changement de situation familiale (naissance, décès, mariage, PACS, ou divorce) intervenant postérieurement à la date de prise d'effet de la suspension du contrat de travail, les nouveaux ayants droit pourront, selon les modalités définies au contrat, bénéficier des garanties maintenues moyennant le paiement de la cotisation correspondante.

■ Comment continuer à bénéficier d'une bonne protection ?

Mutuelle Mieux-Etre propose le maintien d'une garantie de prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux dans les deux mois suivant l'un des évènements suivants :

- Lorsque vous avez cessé d'être garantis en raison de la rupture de votre contrat de travail et que vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou si vous êtes privé d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que vous en fassiez la demande dans les six (6) mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail ;
- En cas de décès, au profit de vos Ayants droit affiliés, pendant une durée de douze mois, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

Ce maintien s'effectue dans le cadre des garanties et des conditions tarifaires en vigueur au titre des assurances individuelles.

La nouvelle garantie prend effet le lendemain de la demande. Le point de départ du délai de six (6) mois susvisé est décalé à la fin de la période de maintien de vos garanties santé au titre de la portabilité.

Mutuelle Mieux-Etre vous propose également une couverture santé à titre individuel (sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical) lorsque les garanties souscrites par l'intermédiaire de votre employeur ont été résiliées. Pour cela, il vous suffit de vous rapprocher de votre agence commerciale Mutuelle Mieux-Etre dont les coordonnées figurent sur www.mieux-etre.fr.

■ Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant des garanties sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance dans les conditions de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, de votre fait, 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 votre action 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 vous, ou à compter du jour où vous l'avez indemnisé.

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.

Réclamations

Vous avez la possibilité de formuler une réclamation par courriel à reclamations@mieux-etre.fr ou en téléphonant à l'agence Mutuelle Mieux-Etre la plus proche de votre lieu de résidence dont la liste est disponible sur le site internet www.mieux-etre.fr, ou en écrivant à :

*Mutuelle Mieux-Etre
Service réclamation
171 avenue Ledru-Rollin
75544 Paris cedex 11*

Dans l'hypothèse où à l'issue de cette procédure une difficulté ou un désaccord persiste, vous avez 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, directement sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/> ou en adressant un courrier à l'adresse suivante :

*Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
À l'attention du Médiateur de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15*

L'utilisation des procédures susmentionnées n'exclut pas la possibilité de former un recours judiciaire à tout moment.

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) délégué(s) de gestion, au réassureur, à l'assisteuse, 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 de l'assuré, 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.

Vos données de santé sont utilisées uniquement à des fins de gestion de vos 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 ;

Notice d'information – Règlement Mutualiste Opérations collectives - réf. J603-03-2023- p 14/15



Mutuelle Mieux-Etre

Mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité – Immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 659 907
171 avenue Ledru-Rollin – 75544 Paris cedex 11 – Tél. 01 44 93 11 00 – www.mieux-etre.fr



- 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.

Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption

La Mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la Mutuelle à vous solliciter vous et vos Ayants droit pour la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur votre identification et celle de vos Ayants droit, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée. En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la Mutuelle est assujettie.

Contrôle

Mutuelle Mieux-Etre est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.