



Notice d'information

Contrat collectif à adhésion facultative

**Conjuguons le mieux-être
à toutes les personnes, à tous les temps**

Pour contacter votre service de gestion

Pour la GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	
Par téléphone	01 40 87 20 28
Par mail	contrat.mieuxetre@tessi.fr
Par courrier	Centre de gestion Mutuelle Mieux-Etre TSA 60147 31602 Muret Cedex

Pour bénéficier des garanties d'assistance MIEUX-ETRE ALLO SANTE ainsi que de la garantie Protection juridique Santé	
Par téléphone	09 69 32 49 19

CHAPITRE 1 – OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION	4
ARTICLE 1. DESCRIPTION	4
CHAPITRE 2 – VOTRE ADHESION AU CONTRAT	4
ARTICLE 2. QUI PEUT ADHERER A ESPRIT'SANTE TNS ?	4
ARTICLE 3. QUI PEUT BENEFICIER DE LA GARANTIE ?	5
ARTICLE 4. QUELLES SONT LES CONDITIONS ET FORMALITES D'ADHESION A LA GARANTIE ?	5
ARTICLE 5. QUAND PREND EFFET VOTRE ADHESION ET QUELLE EST SA DUREE ?	6
ARTICLE 6. COMMENT CHANGER DE FORMULE DE GARANTIES ?	6
ARTICLE 7. QUELS DOCUMENTS VOUS SONT REMIS ET COMMENT SE MATERIALISE VOTRE ADHESION ?	6
ARTICLE 8. COMMENT EXERCER VOTRE DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE ?	6
CHAPITRE 3 – FIN DE VOTRE ADHESION A Esprit'Santé TNS	7
ARTICLE 9. DANS QUELS CAS LA GARANTIE PEUT-ELLE PRENDRE FIN ?	7
ARTICLE 10. DANS QUELLES CONDITIONS DENONCER VOTRE ADHESION ?	7
ARTICLE 11. COMMENT CONTINUER A BENEFICIER D'UNE BONNE PROTECTION ?	8
CHAPITRE 4 – VOS REMBOURSEMENTS	8
ARTICLE 12. A QUELS REMBOURSEMENTS AVEZ-VOUS LE DROIT ?	8
ARTICLE 13. COMMENT OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS ?	8
ARTICLE 14. PLURALITE D'ASSURANCES	9
ARTICLE 15. DES GARANTIES RESPONSABLES	10
ARTICLE 16. CE QUE NE COUVRE PAS VOTRE GARANTIE	11
CHAPITRE 5 – LES SERVICES AUXQUELS VOUS AVEZ DROIT	11
ARTICLE 17. LE TIERS PAYANT	11
ARTICLE 18. L'ACCES AU RESEAU DE SOINS ITELIS	12
ARTICLE 19. L'ACCES AUX SERVICES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT MUTUALISTES	13
ARTICLE 20. PREVENTION	13
ARTICLE 21. FONDS SOCIAL	13
ARTICLE 22. CATALOGUE VACANCES	13
CHAPITRE 6 – VOS OBLIGATIONS	13
ARTICLE 23. QUELLES SONT VOS OBLIGATIONS ?	13
ARTICLE 24. SUBROGATION	14
CHAPITRE 7 – VOS COTISATIONS	14
ARTICLE 25. QUEL EST LE MONTANT DE VOTRE COTISATION ?	14
ARTICLE 26. QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ?	14
CHAPITRE 8 – DIVERS	14
ARTICLE 27. REVISION EN CAS DE MODIFICATION LEGISLATIVE OU REGLEMENTAIRE	14
ARTICLE 28. LA MUTUELLE PEUT-ELLE PROCEDER A UN CONTROLE MEDICAL AU COURS DE L'ADHESION ?	15
ARTICLE 29. PRESCRIPTION	15
ARTICLE 30. INFORMATIQUE ET LIBERTES	15
ARTICLE 31. VOS RECLAMATIONS	17
ARTICLE 32. CONTROLE	17

CHAPITRE 1 – OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION**Article 1. Description**

Cette notice d'information a pour objet de décrire les conditions et modalités de fonctionnement du contrat Esprit'Santé TNS. Mutuelle Mieux-Être s'engage à utiliser uniquement la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

- **Quels sont les intervenants au contrat ?**
- > **L'Organisme assureur : Mutuelle Mieux-Etre**, mutuelle régie par le Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN n°775 659 907, dont le siège social est situé au 171 avenue Ledru Rollin, 75011 Paris.
- > **Le Souscripteur : l'Association de Prévoyance Sociale Mutuelle Mieux-Etre (APSME)**, association régie par la loi du 1er juillet 1901, sise 171 avenue Ledru-Rollin 75011 Paris.
- > **Le Membre participant (Adhérent) :** la personne qui adhère au contrat Esprit'Santé TNS. Vous adhérez à l'APSME qui a souscrit, auprès de Mutuelle Mieux-Etre, à Esprit'Santé TNS.
- > **Les Assurés :** les personnes exposées aux événements garantis, c'est-à-dire le Membre participant et ses Ayants-droits affiliés au contrat.

Le contrat Esprit'Santé TNS a pour objet de vous faire bénéficier, en tant que travailleur non salarié non agricole, membre de l'APSME, de garanties de remboursement de frais de santé complémentaires aux prestations versées par la Sécurité sociale française.

Le contrat est composé de **13 formules de garanties**.

- **La Loi Madelin**

Esprit'Santé TNS est éligible aux avantages fiscaux de la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « loi Madelin ».

Ainsi, **vous bénéficiez de la déductibilité fiscale Madelin :**

- > **Sur la part de votre cotisation en tant que travailleur non salarié non agricole et,**
- > **Sur celle de vos ayants droit figurant en tant que tels sur votre carte d'assuré social.**

Pour en bénéficier, vous devrez être en mesure de **justifier** auprès de Mutuelle Mieux-Etre, **à la date de votre adhésion à la garantie et lors du renouvellement de votre adhésion, que vous êtes à jour du paiement de vos cotisations obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.**

CHAPITRE 2 – VOTRE ADHESION AU CONTRAT**Article 2. Qui peut adhérer à Esprit'Santé TNS ?**

Vous pouvez adhérer à Esprit'Santé TNS si vous êtes une personne physique :

- > **Âgée au minimum de dix-huit (18) ans et au maximum de quatre-vingt (80) ans,**
- > **Résidant en France métropolitaine,**
- > **Relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire de Sécurité sociale français,**
- > **Exerçant une activité non salariée non agricole** dont les résultats sont imposables à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux ou dans celle des bénéfices non commerciaux ou ayant la qualité de dirigeant non-salarié de société soumise à l'impôt sur les sociétés.

La perte de la qualité de travailleur non salarié non agricole n'entraîne pas la résiliation de votre adhésion ni celle de vos ayants-droit **sous réserve que vous bénéficiez d'une pension de vieillesse au titre de votre activité non salariée non agricole**. Cependant, dans ce cas, vous ne pouvez plus bénéficier des avantages fiscaux de la loi Madelin.

Article 3. Qui peut bénéficier de la garantie ?

- > **Le Membre participant**, c'est-à-dire **vous** en tant qu'Adhérent à Esprit'Santé TNS.
- > **Les Ayants-droit**, c'est-à-dire les personnes bénéficiant de la garantie à votre demande. Les nom et prénom de vos Ayants-droit doivent être mentionnés sur votre bulletin d'adhésion, accompagné, le cas échéant, des pièces justificatives demandées. Ils sont également mentionnés sur votre Certificat d'adhésion.

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 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 21ème anniversaire, et vivant sous le même toit que vous :
 - S'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime de Sécurité sociale français,
 - 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 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime de Sécurité sociale français,
 - 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.

LE SAVIEZ-VOUS ?
Si vos enfants poursuivent des études, nous vous conseillons de les conserver sur votre garantie. Vous n'avez, en effet, aucune obligation de les inscrire à une mutuelle étudiante. Si vos enfants entrent dans la vie active, nous pouvons leur proposer des solutions adaptées.

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

Article 4. Quelles sont les conditions et formalités d'adhésion à la garantie ?

- **Pièces à fournir à l'adhésion**

Vous remplissez un bulletin d'adhésion prévu à cet effet, sur lequel vous mentionnez la formule de garanties choisie. **Aucune formalité médicale n'est exigée, quelle que soit l'option retenue.** Joignez à ce bulletin les pièces demandées :

Dans tous les cas :

- > Le bulletin d'adhésion dûment complété et signé (nous vous conseillons d'en garder une copie),
- > La fiche Recueil des besoins et Devoir de conseil complétée et signée
- > Un RIB et le mandat de prélèvement SEPA complété pour le prélèvement des cotisations et le remboursement des prestations,
- > La photocopie de votre attestation Vitale de Sécurité sociale (fournie par votre régime obligatoire), ainsi que celles de vos Ayants-droit à rattacher à votre adhésion.

Le cas échéant :

- > **Le concubin** : certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur mentionnant une résidence principale commune.
- > **Le partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)** : copie du PACS
- > **Les enfants** : copie du livret de famille et 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 français : carte d'étudiant en vigueur pour l'année scolaire ou certificat de scolarité.
 - Pour les enfants en apprentissage âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que le participant : copie du contrat d'apprentissage.
 - 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 participant : copie du contrat de travail
 - Pour les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés : carte d'invalidité.

> Pour les autres personnes à charge effective et permanente du membre participant (au sens de la Sécurité sociale) : Copie de votre avis d'imposition.

▪ **Adhésion à Mutuelle Mieux-Etre**

En adhérant à Esprit Santé TNS, vous devenez Membre participant de Mutuelle Mieux-Etre, conformément à l'article L.221-2 III du Code de la mutualité. A ce titre, un exemplaire des statuts de Mutuelle Mieux-Etre vous est remis lors de votre adhésion. En votre qualité de Membre participant, vous êtes représenté à l'Assemblée générale de Mutuelle Mieux-Etre, conformément à l'article L. 114-6 du Code de la mutualité et selon les dispositions statutaires de Mutuelle Mieux-Etre.

Article 5. Quand prend effet votre adhésion et quelle est sa durée ?

Votre adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion pour une période expirant le 31 décembre de la même année sous réserve du paiement des cotisations.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf en cas de cessation de la garantie dans les conditions prévues aux articles 9 et 10 de la présente Notice d'information.

Article 6. Comment changer de formule de garanties ?

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

Le changement de formule de garanties est formalisé par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion qui met fin à celui précédemment signé et, l'édition d'un nouveau certificat d'adhésion. Vous et vos Ayants-droit affiliés bénéficiez obligatoirement du même niveau de garanties.

Article 7. Quels documents vous sont remis et comment se matérialise votre adhésion ?

L'acceptation de votre adhésion par Mutuelle Mieux-Etre est matérialisée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion et d'une carte de tiers payant mentionnant notamment l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion. Un exemplaire des statuts de Mutuelle Mieux-Etre et de l'APSME, ainsi que la présente Notice d'information vous sont remis lors de votre adhésion.

Article 8. Comment exercer votre droit de renonciation en cas de vente à distance ?

En cas d'adhésion à distance, vous disposez d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour renoncer à votre adhésion et ce, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Ce délai commence à courir soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où vous avez reçu les conditions contractuelles et les informations conformément à l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la prise d'effet de votre adhésion.

Vous êtes informés que votre garantie ne peut recevoir commencement d'exécution avant l'arrivée du terme de ce délai sans votre accord. Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque la garantie a été exécutée intégralement, avant que vous n'exerciez votre droit de renonciation.

Pour renoncer à votre adhésion, il vous suffit d'adresser une lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante :

Mutuelle Mieux-Etre - Service relation adhérents

171 avenue Ledru-Rollin

75544 Paris cedex 11

Modèle de courrier de renonciation :

« Je soussigné(e) M. /Mme (nom, prénom, n° d'adhérent) demeurant au..... (adresse) déclare, conformément l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, renoncer à mon adhésion.

Fait à le (Date et signature) ».

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

En cas d'exercice de votre faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la notification.

CHAPITRE 3 – FIN DE VOTRE ADHESION A Esprit'Santé TNS

Article 9. Dans quels cas la garantie peut-elle prendre fin?

La garantie cesse à zéro heure :

- > Le jour de la résiliation du contrat,
- > Au 31 décembre qui suit la perte de la qualité de membre de l'APSME, à condition d'en informer Mutuelle Mieux-Etre deux (2) mois avant cette date,
- > A la date indiquée au sein de l'avis de réception émis par Mutuelle Mieux-Etre,
- > En cas de non-paiement des cotisations,
- > Le jour de la prise d'effet de la dénonciation de votre adhésion,
- > Le jour où vous n'êtes plus en mesure de fournir à Mutuelle Mieux-Etre toute pièce justificative permettant d'attester de la régularité de votre situation vis-à-vis du régime obligatoire de Sécurité sociale.

Pour les Ayants-droit, la garantie cesse à partir du moment où ils ne remplissent plus les conditions posées à l'article 3 de la présente Notice d'information et, en tout état de cause, à la même date que vous.

La cessation de la garantie entraîne tant pour vous que pour vos Ayants-droit, la suppression du droit aux prestations pour toutes demandes consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la cessation de la garantie.

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

▪ La réticence ou fausse déclaration intentionnelle

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 a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion. Par conséquent, 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.

Article 10. Dans quelles conditions dénoncer votre adhésion ?

Vous pouvez rompre votre adhésion par l'envoi d'une lettre, ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, moyennant le respect d'un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant son échéance annuelle.

Vous pouvez également dénoncer votre adhésion, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la prise d'effet de l'adhésion, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prendra effet un (1) mois après que la Mutuelle en a reçu notification.

Cette notification peut être effectuée par courrier électronique à l'adresse suivante : [résiliation-individuelle@mieux-etre.fr](mailto:resiliation-individuelle@mieux-etre.fr)

En cas de modification apportée à vos droits et obligations, vous pouvez, dans un délai d'un (1) mois à compter de l'envoi de l'information concernant cette modification, dénoncer votre adhésion par lettre recommandée. La dénonciation de votre adhésion prendra effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la lettre ou à compter de la date d'effet de ladite modification apportée si elle est postérieure.

La dénonciation par Mutuelle Mieux-Etre est prononcée :

- En cas de non-paiement des cotisations ;
- En cas de nullité de l'assurance.

En cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession, ou en cas de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle, lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec votre situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans votre situation nouvelle, tant Mutuelle Mieux-Etre que vous-même pouvez dénoncer votre adhésion.

Dans ce cas, la fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet le dernier jour du mois de la réception de sa notification par lettre recommandée, sous réserve que vous nous adressiez toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit évènement.

A compter de la date d'effet de la dénonciation, vous ainsi que vos Ayants-droit cessez d'être Assurés. Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, ne sont pas prises en charge par Mutuelle Mieux-Etre.

Article 11. Comment continuer à bénéficier d'une bonne protection ?

Votre garantie est viagère, c'est-à-dire que Mutuelle Mieux-Etre vous proposera une garantie remboursement de frais de santé, sans délai de carence, ni questionnaire médical, aux conditions applicables aux garanties individuelles en vigueur au moment de la demande, afin que vous puissiez bénéficier d'une continuité de couverture remboursement santé, au moins équivalente :

- > Si le contrat conclu entre l'APSME et Mutuelle Mieux-Etre est résilié,
- > Ou si vous n'êtes plus membre de l'APSME,
- > Ou en cas de dénonciation de votre adhésion.

CHAPITRE 4 – VOS REMBOURSEMENTS

Article 12. A quels remboursements avez-vous le droit ?

En remplissant le bulletin d'adhésion, vous choisissez le niveau de vos remboursements.

Le tableau des prestations de la formule choisie vous est remis lors de votre adhésion.

Votre garantie a pour objet de vous rembourser, en tout ou partie, les frais de santé **restant à votre charge après intervention du régime obligatoire de Sécurité sociale**. Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Les dépenses médicales effectuées lors d'un séjour temporaire à l'étranger ne seront prises en charge qu'à la condition de donner lieu à un remboursement effectif du régime obligatoire de la Sécurité sociale française. Les 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.

Certaines prestations peuvent comporter un plafond garanti.

Plafond garanti : montant maximum de prestations pouvant être perçu par un assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations. Les forfaits indiqués au sein de ce tableau sont fixés par année civile et sont attachés à la personne. En cas de souscriptions multiples au cours d'une même année civile, le calcul du forfait prend en compte les remboursements dont a éventuellement bénéficié l'adhérent au titre de garanties similaires. En tout état de cause, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire (hors cure thermale et homéopathie).

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident **ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.**

Article 13. Comment obtenir vos remboursements ?

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.

PRESTATIONS	PIÈCES A FOURNIR	
	Dans le cas d'une avance intégrale des frais AVEC TÉLÉTRANSMISSION	Dans le cas d'une avance intégrale des frais SANS TÉLÉTRANSMISSION
FRAIS MÉDICAUX COURANTS		
> Consultations et visites	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Auxiliaires médicaux / Sages-femmes / Psychologues (dispositif Mon Psy)		
> Laboratoire / Imagerie		
> Actes de spécialité/ chirurgie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée avec le cachet d'identification du praticien
> Médecines douces	Facture acquittée comportant le cachet d'identification du praticien	
PHARMACIE		
> Pharmacie	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
OPTIQUE		
> Monture	Facture acquittée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée
> Verres	Prescription + Facture acquittée indiquant la référence du verre acheté	Prescription + décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée
> Lentilles acceptées par la Sécurité sociale (S.s)	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Lentilles non remboursées par la S.s	Prescription médicale en cours de validité dans la limite de 24 mois + facture acquittée	
> Traitement chirurgical de correction visuelle	Facture acquittée et détaillée	
DENTAIRE		
> Soins dentaires	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Orthodontie acceptée par la S.s	Facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée
> Inlays/Onlays		
> Prothèse dentaire remboursée par la S.s		
> Orthodontie non remboursée par la S.s		
> Prothèse dentaire non remboursée par la S.s		
> Implantologie parodontologie non remboursée	Facture acquittée et détaillée	
PROTHÈSES ET APPAREILLAGE		
> Prothèses auditives (dont accessoires et entretiens) + autres	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale
> Orthopédie		
FRAIS HOSPITALIERS - MATERNITÉ		
> Actes dans le cadre d'une hospitalisation	Facture acquittée + avis des sommes à payer et, le cas échéant bordereau de facturation	
> Frais liés au séjour		
> Chambre particulière/ Frais d'accompagnement		
CURES THERMALES		
> Cures thermales	Factures acquittées et détaillées	Décompte de la Sécurité sociale + factures acquittées et détaillées
PRÉVENTION		
> Actes remboursés par la Sécurité sociale	facture acquittée et détaillée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
> Actes non remboursés par la Sécurité sociale	Prescription + facture acquittée et détaillée	
> Sevrage tabagique	Prescription + facture détaillée acquittée + décompte Sécurité Sociale si pris en charge	
	Dans le cas d'un paiement partiel des frais AVEC TÉLÉTRANSMISSION	Dans le cas d'un paiement partiel des frais SANS TÉLÉTRANSMISSION
Frais médicaux courants, pharmacie, optique, dentaire, prothèses et appareillage, frais hospitaliers, maternité, cures thermales, prévention	Fournir documents indiqués ci-dessus + facture acquittée et détaillée dans tous les cas	Fournir documents indiqués ci-dessus + facture acquittée et détaillée dans tous les cas

Article 14. Pluralité d'assurances

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, le bénéficiaire du contrat (le Membre participant et les Ayants droit) peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Article 15. Des garanties responsables

Votre couverture Frais de santé est régie par le Code de la mutualité, et de manière générale par la loi française. Votre contrat est rédigé en langue française. Votre couverture est responsable au sens des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

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 conformément à l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale :

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

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

> Garantie dentaire :

Selon la formule de garanties choisie, un montant maximum de remboursement par année (hors prothèses 100% santé) et par bénéficiaire peut être prévu sur l'ensemble des postes dentaires (hors soins).

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% BR (Sécurité sociale incluse) sur les soins prothétiques et d'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale,
- Le ticket modérateur sur les autres garanties dentaires remboursées par la Sécurité sociale.

> **Garantie aide auditive :**

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

Article 16. Ce que ne couvre pas votre garantie

En qualité de contrat responsable, sont exclus :

- La participation forfaitaire de 1 euro mentionnée au II de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale sur les consultations et les actes de biologie ;
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du code de la Sécurité sociale (0,50 euros sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical, 2 euros par transport) ;
- La majoration de participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale prévue aux articles L.162-5-3 et L.1111-5 du code de la santé publique (majoration du ticket modérateur applicable aux actes effectués en dehors du parcours de soins coordonné ou en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou si l'assuré refuse d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé),
- 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).

Sont exclus de la garantie :

- Sauf dispositions contraires prévues à la garantie, les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescriptions 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 hormis le 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 charge par la Sécurité sociale.

CHAPITRE 5 – LES SERVICES AUXQUELS VOUS AVEZ DROIT

Parce que les exigences en santé ne sont pas les mêmes d'une personne à l'autre, Mutuelle Mieux-Etre vous apporte une écoute attentive et vous accompagne au quotidien.

Article 17. Le Tiers Payant

Le Tiers Payant offre la possibilité de ne pas effectuer d'avance de frais de santé chez de nombreux professionnels (pharmaciens, radiologues, laboratoires d'analyses, cliniques, hôpitaux, opticiens...).

Pour en bénéficier, il vous suffit de présenter au professionnel de santé la carte Vitale et la carte de Tiers Payant. Si le Tiers Payant est effectué uniquement sur la part Sécurité sociale, il est nécessaire pour être remboursé d'adresser au centre de gestion le décompte Sécurité sociale accompagné du reçu ou de la facture dite subrogatoire.

Les cartes de Tiers Payant sont annuelles. Elles vous sont adressées automatiquement.

En cas de perte ou de vol de votre carte de Tiers Payant, la demande de renouvellement devra être confirmée par écrit (courrier, fax, e-mail), afin d'éviter toute poursuite de la part des professionnels de santé si lesdites cartes étaient utilisées frauduleusement. Les nouvelles cartes seront adressées sous 15 jours.

Article 18. L'accès au réseau de soins Itelis

Notre partenaire Itelis a signé des accords avec plus de 6 000 professionnels de santé de France métropolitaine qui s'engagent à :

- > Proposer une offre adaptée à votre besoin médical, à des tarifs négociés,
- > Respecter des normes de qualité et de service clients.

En vous rendant chez ces professionnels de santé, vous bénéficiez des engagements suivants :

- > Des tarifs négociés,
- > Un devis clairement défini et chiffré,
- > Des services complémentaires.

> Chez les opticiens partenaires

- > Des tarifs négociés sur les verres, les montures, les lentilles et le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles, ...)
- > Une proposition comportant au minimum une offre de base avec un reste à charge minimal voire nul si possible et une offre personnalisée,
- > La réparation et l'ajustement des équipements optiques,
- > Une garantie casse gratuite sans franchise de 2 ans pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > Une garantie adaptation gratuite sans franchise de 2 mois pour les verres et 3 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > Une garantie déchirure gratuite sans franchise de 3 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > Un examen de la vue annuel gratuit,
- > Des actions d'information et de prévention dans le domaine de la santé visuelle,
- > Le maintien des offres promotionnelles en cours dans le magasin en sus des avantages Itelis.

> Chez les chirurgiens-dentistes/implantologues partenaires

- > Des tarifs négociés sur les prothèses les plus fréquentes (couronnes, bridge) et sur le traitement implantaire,
- > Le remplacement de l'implant en cas de rejet,
- > Une qualité d'accueil, d'écoute et de conseil, notamment en matière de prévention bucco-dentaire,
- > Le respect des règles d'hygiène et de sécurité.

> Chez les audioprothésistes partenaires

- > Des tarifs négociés sur les prothèses auditives avec aucun reste à charge sur les piles (sur la base d'une consommation normale),
- > Un essai gratuit d'un mois minimum,
- > Une garantie panne gratuite sans franchise de 4 ans,
- > Le contrôle annuel de l'audition sans obligation d'achat,
- > Le prêt gracieux d'une aide auditive en cas de casse, d'inadaptation ou d'utilisation impossible de l'équipement.

> Au près des centres de chirurgie réfractive partenaires

- > Des tarifs négociés sur les techniques les plus utilisées,
- > Des critères de qualité :
 - Environnement à haut degré de propreté et protocoles de type opératoire selon les recommandations de la HAS (Haute Autorité de Santé),
 - Grande expérience du chirurgien ophtalmologiste (au moins 5 ans dans le domaine de la chirurgie réfractive et réalise au moins cent procédures par an),

- Examen pré et post opératoire.

Comment bénéficier de ce réseau de professionnel de santé ?

- > Localisez le partenaire le plus proche
 - Via l'application mobile Ma Mutuelle Mieux Etre
 - Par Internet depuis l'espace personnel
 - Par téléphone en appelant votre centre de gestion
- > Présentez au partenaire votre carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis
- > Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis

Article 19. L'accès aux services de soins et d'accompagnement mutualistes

Premier réseau sanitaire et social de France, les services de soins et d'accompagnement mutualistes apportent des réponses adaptées aux besoins de santé de la population : consultations médicales, hospitalisation, équipements optiques et auditifs, soins dentaires, analyses médicales. Différents services d'aide aux familles, personnes âgées et en situation de handicap sont également proposés aux adhérents des mutuelles. Les services de soins mutualistes **respectent les tarifs fixés par la Sécurité sociale** (secteur 1) et garantissent aux adhérents un reste à charge le plus minime possible.

Article 20. Prévention

Nos actions de prévention ont pour objectif de vous aider à mieux gérer votre santé. A ce titre, vous bénéficiez :

- > **D'une information santé ciblée** et régulière que vous retrouverez dans nos newsletters et notre lettre des adhérents ou encore sur notre site.
- > **Des chats experts** pour échanger en direct avec des professionnels de santé et obtenir des réponses à vos questions.
- > **D'actions près de chez vous sur différentes thématiques** pour vous sensibiliser aux différents risques liés à votre santé (exemples : journée de dépistage auditif en agence, atelier Ma Maison Ma Santé, etc.).

Article 21. Fonds social

Géré par une commission ad hoc, il permet d'**allouer une aide financière aux adhérents rencontrant des difficultés passagères**. Pour toute demande, contactez Mutuelle Mieux-Etre.

Article 22. Catalogue Vacances

Vous avez accès aux offres de notre partenaire, **BTP Vacances**, opérateur touristique agréé qui sert plus de 100 000 vacanciers chaque année.

BTP Vacances c'est :

- > Des destinations en France et à l'étranger
- > Un large choix de circuits, de villages clubs et de résidences locatives
- > La gratuité pour les moins de 2 ans, 50% de réduction pour les 2 – 5 ans
- > Des vacances de qualité à des prix très attractifs

BTP Vacances propose également différentes formules d'accueil en fonction des attentes et des possibilités de chacun et un large choix de destinations. Pour plus d'informations, **rendez-vous sur www.mieux-etre.fr**

CHAPITRE 6 – VOS OBLIGATIONS

Article 23. Quelles sont vos obligations ?

Vous vous engagez à :

- > **Informez Mutuelle Mieux-Etre de toutes demandes 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 ;
- > **Régler votre cotisation**. En cas de défaut de paiement, les dispositions légales en matière de suspension et résiliation de la garantie s'appliquent (article L. 221-8 du code de la mutualité) ;
- > **Informez la Mutuelle lorsque vous bénéficiez d'une garantie de même nature** que celle assurée par le présent contrat, souscrite de façon individuelle ou dans un cadre collectif ;
- > **Restituer votre carte de tiers payant**, en cas de dénonciation de votre adhésion. Toute utilisation abusive de la carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant à une procédure judiciaire.

- > Transmettre à Mutuelle Mieux-Etre votre adresse électronique, ainsi que tout changement de cette même adresse de messagerie, permettant ainsi la transmission de tout document remis dans le cadre de la relation contractuelle, notamment les documents d'informations, les modifications du montant des cotisations, ainsi que les modifications de prestations.

Article 24. Subrogation

Mutuelle Mieux-Etre est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que Mutuelle Mieux-Etre a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément à moins que les prestations versées n'indemnisent ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants-droit leur demeure acquise.

CHAPITRE 7 – VOS COTISATIONS

Article 25. Quel est le montant de votre cotisation ?

Votre cotisation pour l'année en cours est mentionnée au sein de votre bulletin d'adhésion.

Elle dépend de la formule de garanties choisie, de votre lieu de résidence et de votre âge. L'âge est déterminé par la différence de millièmes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée.

Elle est payable d'avance par prélèvement automatique (mandat SEPA) avant le 10 du mois couvert sur un compte bancaire ou postal selon un fractionnement mensuel. Si vous souhaitez honorer vos cotisations par chèque, vous devrez en faire la demande à votre gestionnaire. Ce service sera facturé 2,50 euros par échéance réglée par chèque.

Lors de chaque renouvellement annuel, Mutuelle Mieux-Etre peut réévaluer le montant des cotisations notamment **en fonction des résultats techniques de la gamme Esprit'Santé TNS et de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.**

En cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires (exemple : des niveaux de remboursement du régime de Sécurité sociale), **Mutuelle Mieux-Etre peut être amenée à procéder à une réactualisation du montant des cotisations.**

Article 26. Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation ?

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation le 10 de chaque mois, nous pouvons adresser à votre dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si vous ne nous avez pas réglé entre-temps :

- **la suspension de votre garantie trente (30) jours après** l'envoi de cette lettre ; la suspension vous fait perdre ainsi qu'aux autres bénéficiaires, même si la cotisation a été acquittée ultérieurement, le droit aux prestations pour les soins reçus et les frais engagés pendant cette période, ainsi que pour les hospitalisations ayant débuté pendant cette période ;

- **la résiliation de votre adhésion dix (10) jours après** l'expiration de ce délai de 30 jours.

L'envoi de cette lettre de mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution de votre adhésion en justice. Si vous payez la cotisation due avant que votre adhésion ne soit résiliée, votre garantie reprend effet le lendemain à midi du jour du paiement.

CHAPITRE 8 – DIVERS

Article 27. Révision en cas de modification législative ou réglementaire

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

Article 28. La Mutuelle peut-elle procéder à un contrôle médical au cours de l'adhésion ?

Au cours de votre adhésion, en cas de litige sur un remboursement, Mutuelle Mieux-Etre peut procéder à tout contrôle sur pièces permettant de vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous faites parvenir.

Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'avis de réception. Mutuelle Mieux-Etre peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin ou un spécialiste de son choix, à tout moment et pour tout membre participant ou ayant-droit. Les conclusions de l'expertise médicale vous sont notifiées par lettre recommandée avec avis de réception ; elles peuvent conduire Mutuelle Mieux-Etre à cesser, à refuser, ou à réduire le versement des prestations. Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale. Si vous souhaitez contester 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 notre médecin ou spécialiste et celui choisi par le membre participant, ces deux médecins ou spécialistes en désigneront un troisième. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ou spécialiste. Les honoraires du troisième médecin ou spécialiste sont partagés par parts égales. Si un désaccord subsiste, le tribunal compétent saisi par la partie la plus diligente, pourra désigner un nouvel expert.

Article 29. Prescription

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

Toutes les actions dérivant de Esprit Santé TNS sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement 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, du fait du membre participant, que du jour où Mutuelle Mieux-Etre en a eu connaissance ;
- > En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Pour les garanties en cas de décès (exemple : allocations obsèques), la prescription est portée à dix (10) ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant. Pour les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, la prescription est portée à dix (10) ans lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription peut être interrompue par :

- > Une demande en justice, même en référé,
- > 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 de la réalisation d'un risque,
- > L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

Article 30. 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'assisteur, à nos réseaux de soins partenaires, et à la société de groupe assurantiel de protection sociale BTP (SGAPS BTP) dont est membre la mutuelle.

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

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

Les données de santé des Assurés, ne sont utilisées uniquement à des fins de gestion de leurs remboursements, 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 ;
- À la rectification : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle la rectification des données à caractère personnel le concernant ;
- À l'oubli : permettant à l'Assuré d'obtenir de la Mutuelle l'effacement de données à caractère personnel le concernant ;
- À 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 ;
- À 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 susvisée, l'adresse dpo@mieux-etre.fr ou en écrivant à l'adresse suivante : A l'attention du Délégué à la protection des données - Mutuelle Mieux-Etre - 171 avenue Ledru-Rollin - 75544 Paris cedex 11, qui se chargera de transmettre le cas échéant.

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

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

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

Article 31. Vos réclamations

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

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

Article 32. Contrôle

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

Faire mieux pour vous !

Depuis près de **90 ans**, Mutuelle Mieux Être place la santé au cœur de son métier. Forts de notre expertise et de la qualité de nos offres, nous partageons notre savoir-faire au quotidien avec plus de **4000 entreprises adhérentes**.

Si notre mission principale est de couvrir les dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, nos actions visent aussi la promotion du bien-être pour vous offrir au-delà des garanties...

le « **mieux-être** ».