



Esprit Santé Bureaux d'études techniques – IDCC 1486

**RETROUVEZ TOUTES LES GARANTIES
DONT VOUS BENEFICIEZ**

Vos adresses utiles



Votre CENTRE DE GESTION GFP	
Par téléphone	09 72 72 72 37
Par courrier	Centre de gestion Mieux-Etre 28039 Chartres Cedex
Par internet	www.plansante.com

Pour accéder aux RESEAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTE ITELIS	
Dans votre espace adhérent	accessible sur www.plansante.com
Par téléphone	en appelant votre centre de gestion au 09 72 72 72 37

Pour la GARANTIE ASSISTANCE MIEUX-ETRE ALLO SANTE et PROTECTION JURIDIQUE SANTE	
Par téléphone	09 69 32 49 19

Sommaire

.....	1
MIEUX CONNAITRE VOTRE CONTRAT	4
Quel est l'objet du contrat ?	4
A quelles garanties avez-vous droit ?	5
Des garanties conformes aux critères du contrat responsable et à la couverture minimale	5
Comment procéder à votre affiliation ?	7
Quand les garanties prennent-elles effet ?	7
Dans quelles conditions modifier votre ou vos option(s) facultative(s) ?	8
Dans quelles conditions résilier votre ou vos option(s) facultative(s) ?	8
MIEUX VOUS PROTEGER VOUS ET LES VOTRES	9
Qui peut bénéficier des garanties ?	9
Comment ajouter un ayant droit ?	10
Quelles sont les pièces justificatives à fournir ?	10
Quelles sont les prestations ?	11
Comment se faire rembourser ?	11
MIEUX COMPRENDRE VOS COTISATIONS	14
Quel est le montant de votre cotisation ?	14
Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation relative aux options ?	14
MIEUX CONNAITRE VOS DROITS ET OBLIGATIONS	14
Quelles sont vos obligations ?	14
La Mutuelle peut-elle procéder à un contrôle médical ?	15
Indus	15
Dans quels cas la garantie socle et les options peuvent-elles prendre fin ?	15
Comment maintenir vos garanties en cas de suspension de votre contrat de travail ?	16
Comment maintenir vos garanties au titre de la portabilité des droits ?	16
Comment continuer à bénéficier d'une bonne protection ?	17
Prescription	17
Informatique et libertés	18
Réclamation	19
Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption ..	20
Contrôle	20
MIEUX CONNAITRE LES SERVICES SANTE DONT VOUS BENEFICIEZ	20
Tiers payant	20
Vos avantages auprès des réseaux de professionnels de santé partenaires (optique, dentaire, audioprothèse)	20
Accès à plus de 2 400 services de soins et d'accompagnement mutualistes	21
Prévention	21
Fonds social	21
Action sociale	21
Catalogue Vacances	21
MIEUX COMPRENDRE LES MOTS CLES DE LA SANTE	22
ANNEXE : GRILLE DE GARANTIES	23



Afin de compléter les remboursements de vos dépenses de santé, votre employeur a souscrit un contrat frais de santé collectif auprès de **Mutuelle Mieux-Etre**.

Nous avons conçu cette notice pour vous aider à **mieux comprendre** vos garanties. Vous y trouverez toutes les **informations pratiques** pour être remboursé rapidement, mais aussi pour bénéficier des **services** mis à votre disposition pour vous **simplifier la santé au quotidien**.

Mieux connaître votre contrat

Quel est l'objet du contrat ?

La présente Notice d'information a pour objet de décrire les conditions et les modalités de fonctionnement de votre contrat **Esprit Santé Bureau d'études techniques – IDCC 1486** souscrit par votre employeur auprès de Mutuelle Mieux-Etre.

Lorsque le contrat frais de santé obligatoire mis en place par votre entreprise prévoit la couverture des salariés et des enfants tels que définis dans la présente Notice d'Information, le contrat est composé de la manière suivante :

- **Une garantie socle obligatoire**
 - ▶ La garantie socle obligatoire correspond à **l'une des 3 formules de garanties F1, F2 ou F3 souscrite par votre employeur. Elle bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée au titre du contrat ainsi qu'à leur(s) ayants droit, le cas échéant.**
 - ▶ Elle vous permet de bénéficier pour vos dépenses de santé résultant d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité, de remboursements complémentaires aux prestations de la Sécurité sociale.
- **Plusieurs options facultatives : l'Option Extension Conjoint et l'Option Plus 1 ou l'Option Plus 2.** Elles vous sont proposées afin de compléter votre garantie socle obligatoire dans la limite de vos frais réellement engagés ou d'étendre votre couverture à votre conjoint.

L'Option Extension Conjoint

- ▶ Elle vous permet d'étendre le bénéfice de la garantie socle obligatoire à votre conjoint, lorsque votre entreprise n'a pas souscrit à cette option à titre obligatoire.

L'Option Plus 1 ou l'Option Plus 2

- ▶ Elle vous est proposée afin d'améliorer, dans la limite de vos frais réellement engagés, vos niveaux de remboursement ainsi que, le cas échéant, ceux de vos ayants droit affiliés à la garantie socle.

Vous pouvez souscrire à **l'Option Plus 1** ou à **l'Option Plus 2**, si votre employeur a choisi la formule de garanties F1. Vous pouvez souscrire à **l'Option Plus 2**, si votre employeur a choisi la formule de garanties F2.

En cas de souscription par votre employeur de la formule de garanties F3, vous ne pourrez pas souscrire à l'Option Plus 1 ou à l'Option Plus 2.

Vous ainsi que vos ayants droit nommément désignés sur votre Bulletin Individuel d'Affiliation bénéficiez automatiquement du même niveau de garanties.

Les cotisations afférentes aux options facultatives sont entièrement à votre charge et font l'objet d'un prélèvement mensuel sur votre compte bancaire ou postal.

Chaque option peut être souscrite indépendamment l'une de l'autre.

A quelles garanties avez-vous droit ?

Votre garantie a pour objet le remboursement, en tout ou partie, des 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.

La nature et le montant des prestations garanties 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 de garantie.**

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 à 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 garantie : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations. Les forfaits indiqués au sein de ce tableau sont fixés par année civile et sont attachés à la personne. 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'assuré au titre de garanties similaires. En tout état de cause, 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.

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 montants de prestations garanties pourront être revus lors de chaque renouvellement annuel par Mutuelle Mieux-Etre en fonction des résultats techniques du contrat, sans toutefois être inférieurs à ce qui est prévu par la convention collective ou en cours d'année en cas d'évolution de la réglementation ou de votre convention collective nationale. En cas d'évolution de la convention collective Bureaux d'études techniques, la Mutuelle se réserve la possibilité de proposer pour la date des modifications en cause, le changement, des conditions d'ouverture du droit à prestations et du montant de celles-ci afin d'être en conformité avec les dispositions prévues dans la convention collective.

Des garanties conformes aux critères du contrat responsable et à la couverture minimale

Contrat responsable

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 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'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 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 hospitaliers 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.

Couverture minimale

Conformément à la réglementation, vos garanties répondent aux exigences prévues par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, relatives à la couverture minimale, dite « panier de soins ».

Elles prévoient :

- La prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais ou actes suivants : les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et l'homéopathie. Toutefois, votre couverture frais de santé peut prévoir la prise en charge du ticket modérateur sur ces postes. Nous vous invitons à consulter votre tableau des prestations figurant en annexe de la Notice pour plus de détails.
- Le remboursement à hauteur d'au moins 125% de la base de remboursement pour les soins de prothèses dentaires et les soins d'orthodontie pris en charge par la Sécurité sociale ;
- Un forfait minimum pour les **équipements d'optique** (deux (2) verres et une monture) pris en charge par l'Assurance maladie, dans la limite des frais exposés. Ce forfait est défini en fonction du niveau de correction de la vue ;
- La prise en charge sans limitation de durée du **forfait journalier hospitalier** des établissements hospitaliers. **Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux n'est pas pris en charge.**

Dispositions communes au contrat responsable et à la couverture minimale :

La couverture frais de santé mise en place par votre employeur ne peut pas prendre en charge :

- **La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale pour les consultations médicales et les actes de biologie ;**

Notice d'information Santé Bureaux d'études techniques J640-12-2024 – Collectif à adhésion obligatoire 6/24

Contrat responsable

Vos garanties sont responsables. Dans ce cadre, nous vous incitons à respecter le parcours de soins coordonnés, qui consiste notamment à désigner à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie un médecin traitant. C'est ce médecin qu'il faut consulter en premier lieu en cas de problème de santé ou pour être orienté si besoin vers un autre praticien spécialiste. Si vous respectez cette procédure, vous êtes considéré "dans le parcours de soins" et vous bénéficiez d'un suivi médical de qualité et de meilleurs remboursements.

- Les franchises mentionnées au III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale pour chaque type de produit (médicaments) ou d'acte effectués par un auxiliaire médical, ou par transport sanitaire ;
- La majoration de participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-5 du code de la santé publique (majoration du ticket modérateur si l'assuré consulte en dehors du parcours de soins coordonné et en l'absence de désignation d'un médecin traitant) et à l'article L322-5 du code de la Sécurité sociale (majoration du ticket modérateur en cas de refus de transport partagé) ;
- 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).

Précisions relatives aux garanties optique, aide auditive et dentaire :

Dans le tableau des prestations figurant en annexe de 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 (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 civile, 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.

Comment procéder à votre affiliation ?

Pour vous affilier au contrat, 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 ?

Garantie socle obligatoire

La garantie socle obligatoire prend effet :

- ▶ A compter de la date de prise d'effet du contrat par votre employeur, si vous appartenez à la catégorie du personnel au profit duquel la couverture frais de santé a été mise en place ;

- ▶ Ou à compter de la date à laquelle vous entrez dans la catégorie du personnel au profit duquel le contrat frais de santé a été mis en place ;
- ▶ Ou à la date à laquelle vous cessez de bénéficier d'une dispense d'affiliation, le cas échéant.

En pratique, votre Bulletin Individuel d'Affiliation doit être reçu par la Mutuelle dans les trente (30) jours suivant cette date, auquel cas, vous ne pourrez bénéficier des garanties qu'à compter de la date de réception de celui-ci.

Option Extension Conjoint

Si vous avez souscrit l'Option Extension Conjoint, celle-ci prend effet pour votre conjoint :

- ▶ Soit à la date de votre affiliation à la garantie socle obligatoire si vous l'avez souscrite au même moment ;
- ▶ Soit au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception par Mutuelle Mieux-Etre de votre demande écrite, sous réserve que cette demande ait été adressée au moins un (1) mois avant le 1^{er} janvier ;
- ▶ Soit, en cas de changement de situation de famille (naissance, décès, mariage, PACS ou divorce), le premier jour du mois civil qui suit la date d'envoi de votre demande écrite adressée à Mutuelle Mieux-Etre, sous réserve que la demande ait été formulée dans les deux (2) mois suivant l'événement.

Option Plus

Si vous avez souscrit l'Option Plus, celle-ci prend effet pour vous et vos ayants-droit :

- ▶ Soit à la date de votre affiliation à la garantie socle obligatoire si vous l'avez souscrite au même moment ;
- ▶ Soit au 1^{er} janvier de l'année qui suit la réception par Mutuelle Mieux-Etre de votre demande écrite, sous réserve que cette demande ait été adressée au moins un (1) mois avant le 1^{er} janvier ;
- ▶ Soit, en cas de changement de situation de famille (naissance, décès, mariage, PACS ou divorce), le premier jour du mois civil qui suit la date d'envoi de votre demande écrite adressée à Mutuelle Mieux-Etre, sous réserve que la demande ait été formulée dans les deux (2) mois suivant l'événement.

Nota Bene : Vous ainsi que vos ayants-droit nommément désignés sur votre bulletin individuel d'affiliation bénéficiez automatiquement du même niveau de garanties.

Dans quelles conditions modifier votre ou vos option(s) facultative(s) ?

Vous avez la possibilité de modifier votre choix de garanties, tant pour vous même que pour vos ayants-droit éventuellement affiliés au contrat, dans les conditions suivantes :

- **Au 1^{er} janvier de chaque année, pour des garanties supérieures** à celles dont vous bénéficiez (parmi les niveaux de garanties en vigueur au moment de votre demande), à condition que votre demande soit formulée par lettre recommandée au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours et, sous réserve qu'à cette date, votre adhésion au niveau de garanties initial ait duré au moins douze (12) mois. **La montée d'option est plafonnée à un seul niveau supérieur.**
- **Au 1^{er} janvier de chaque année, pour des garanties inférieures** à celles dont vous bénéficiez (parmi les niveaux de garanties en vigueur au moment de votre demande), à condition que votre demande soit formulée par lettre recommandée au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours et, sous réserve qu'à cette date, votre adhésion au niveau de garanties initial ait duré au moins douze (12) mois.

Après un premier changement de niveau garanties vers des garanties supérieures (ou inférieures), tout nouveau changement en sens inverse vers des garanties inférieures (ou supérieures) ne peut se faire avant **un délai de deux (2) ans.**

Dans quelles conditions résilier votre ou vos option(s) facultative(s) ?

Vous avez la faculté de mettre un terme aux options souscrites :

- **Chaque année** en adressant à la Mutuelle, au moins deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre, une demande par lettre recommandée avec avis de réception. Dans ce cas, la résiliation de (des) option(s) prend effet au 31 décembre, sous réserve que votre affiliation à (aux) option(s) ait duré au moins douze (12) mois.
- **En cas de changement de votre situation de famille** (naissance, décès, mariage, PACS, ou divorce). Dans ce cas, la résiliation de (des) option(s) prend effet le premier jour du mois civil qui suit la date d'envoi de votre demande.

Elle doit être adressée à Mutuelle Mieux Etre, par lettre recommandée avec avis de réception, dans les deux (2) mois suivant l'évènement.

- **En raison de modifications apportées à vos droits et obligations.** Dans ce cas, votre demande doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception dans un délai d'un (1) mois suivant la remise de la nouvelle notice d'information établie par Mutuelle Mieux-Etre.

La résiliation des options peut se faire par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi électronique recommandé.

A la date d'effet de la résiliation d'une ou de plusieurs option(s), vous et le cas échéant vos ayants droit bénéficiez, a minima, de la garantie socle obligatoire.

Une fois votre résiliation enregistrée, toute nouvelle souscription de l'Option Extension Conjoint ou de l'Option Plus ne peut se faire avant **un délai de deux (2) ans.**

Par ailleurs, le changement de formule ou la résiliation de la garantie socle obligatoire entraînent automatiquement la résiliation de la (des) option(s) que vous avez souscrite(s).

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

Sont exclus des garanties :

- 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 de convalescence, de repos et de rééducation, au-delà du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier ;
- Tous les frais relatifs aux 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 la chambre particulière liée à une hospitalisation médicale ou chirurgicale ;
- Toute prise en charge de la 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.

Mieux vous protéger vous et 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 qui bénéficient des garanties du contrat à votre demande. Le nom de vos ayants-droit doit être mentionné sur votre Bulletin Individuel d'Affiliation accompagné des pièces justificatives demandées, le cas échéant.

Peuvent avoir la qualité d'ayant droit :

- **Votre conjoint** défini comme votre époux ou épouse non séparé(e), de corps par un jugement définitif, ou la personne avec qui vous avez conclu un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité (PACS), ou la personne entretenant avec vous 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 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 limite 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 propre.
Si vos enfants entrent dans la vie active, nous pouvons leur proposer des solutions adaptées.

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 ?

Lorsque le régime frais de santé mis en place par votre entreprise le permet, vous avez la possibilité d'ajouter vos ayants droit. Pour cela, il vous suffit de vous rapprocher de votre entreprise qui vous fournira un Bulletin Individuel d'Affiliation 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, à la même date 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 <small>au sens de la présente notice</small>	PIECES A FOURNIR
CONJOINT et assimilés	Conjoint	> Copie de l'attestation vitale du conjoint ou du 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 participant
	Partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	> Copie du PACS > Copie de l'attestation vitale du partenaire ou du participant
ENFANT(S) du participant, du conjoint,	Pour tous les enfants quelle que soit leur situation	> Copie de l'attestation vitale de l'enfant ou du participant ou du conjoint ou du concubin ou du partenaire

Notice d'information Santé Bureaux d'études techniques J640-12-2024 – Collectif à adhésion obligatoire 10/24

du concubin ou du partenaire de PACS

+ 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 français

> 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 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 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 adultes handicapés

> Carte d'invalidité

AUTRES PERSONNES A LA CHARGE DU PARTICIPANT

Toute autre 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

LE SAVIEZ-VOUS ?

Grâce à Mutuelle Mieux-Etre, vous avez accès à des centres de soins mutualistes qui vous permettent de bénéficier de soins moins coûteux. Vous trouverez leurs coordonnées sur le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr

Mieux gérer vos remboursements

Quelles sont les prestations ?

Les prestations et les niveaux de remboursement sont indiqués dans le tableau de garanties situé en annexe de la présente notice d'information.

Le remboursement des frais hospitaliers concerne uniquement les hospitalisations médicales, chirurgicales, de maternité, à l'exclusion de toute autre hospitalisation dont la prise en charge ne serait pas prévue à la grille de garanties.

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 assureur 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 assureur de votre choix.

FAITES DES ECONOMIES !

Afin de faire des économies sur vos dépenses optiques et dentaires faites analyser vos devis en contactant Mieux-Etre Allo Santé au numéro figurant sur votre carte de tiers payant

	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		
DENTAIRE		
Soins remboursés par la Sécurité sociale	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale		
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Facture Détaillée et Acquittée	Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée
AIDES AUDITIVES		
Prothèses auditives (dont accessoires et entretien)	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée
CURES THERMALES		
Honoraires de surveillance médicale	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée
PREVENTION		
Tous les actes remboursés par la Sécurité sociale	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée

PRESTATIONS NON REMBOURSÉES PAR LA SECURITE SOCIALE	Pas de télétransmission
SOINS COURANTS	
Analyses et examens prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Prescription médicale + Facture Détaillée et Acquittée
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	
OPTIQUE	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Prescription médicale + Facture Détaillée et Acquittée
Traitement chirurgical des corrections visuelles	Facture Détaillée et Acquittée
DENTAIRE	
Actes non remboursés par la Sécurité sociale	Facture Détaillée et Acquittée
CURES THERMALES	
Forfait frais de transport et d'hébergement	Facture Détaillée et Acquittée
PREVENTION	
Actes non remboursés par la Sécurité sociale	Prescription médicale + Facture Détaillée et Acquittée
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)
Frais de téléphone et de télévision	Facture Détaillée et Acquittée

Les documents sont à envoyer à l'adresse suivante :

GFP - Service Mieux-Etre
28039 Chartres Cedex

■ **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 (1) an après son émission ;
- La prescription doit être présentée à Mutuelle Mieux-Être pour tout remboursement au maximum deux (2) ans et un (1) trimestre après la date de consommation.

Mieux comprendre vos cotisations

■ Quel est le montant de votre cotisation ?

Le niveau des cotisations et des prestations est en principe fixé pour l'année.

Le montant de la cotisation pourra être réévalué, lors de chaque renouvellement annuel du contrat, fixé au 1^{er} janvier de chaque année, **en fonction des résultats techniques du contrat** et de l'évolution de la Consommation médicale totale (CMT).

Le montant des cotisations peut également, sous certaines conditions communiquées à votre employeur, être révisé en cours d'année (exemple : en cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires). Par ailleurs, **en cas d'évolution de la convention collective Bureaux d'études techniques**, la Mutuelle se réserve la possibilité de proposer pour la date des modifications en cause, le changement, du taux ou du montant des cotisations afin d'être en conformité avec les dispositions prévues dans la convention collective.

La cotisation totale correspondant à la garantie socle obligatoire peut être réglée conjointement par vous et par votre employeur ou par l'employeur uniquement selon les modalités fixées par l'acte fondateur du régime frais de santé (accord d'entreprise, référendum, décision unilatérale de l'employeur). Elle est directement versée par votre employeur à Mutuelle Mieux-Etre. En cas de non-paiement de la cotisation par l'employeur, la garantie pourra être suspendue ou résiliée dans les conditions fixées par le Code de la mutualité.

Les cotisations relatives à l'**Option Extension Conjoint** et/ou à l'**Option Plus** sont mentionnées au sein de votre **Bulletin Individuel d'Affiliation**.

Elles sont à votre charge exclusive et font l'objet d'un prélèvement automatique mensuel sur votre compte bancaire ou postal avant le dix (10) de chaque mois.

■ Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation relative aux options ?

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou une fraction de cotisation relative aux options le dix (10) de chaque mois, Mutuelle Mieux-Etre peut adresser à votre dernier domicile connu, une lettre recommandée valant mise en demeure qui prévoit, si vous n'avez pas réglé les cotisations à la Mutuelle 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 aux options dix (10) jours** après l'expiration de ce délai de trente (30) jours.

L'envoi de cette lettre de mise en demeure est indépendant du droit de Mutuelle Mieux-Etre de poursuivre le recouvrement des cotisations en justice. Si vous payez la cotisation due avant que votre adhésion ne soit résiliée, votre garantie reprend effet à midi (12h00) le lendemain du jour du paiement.

Mieux connaître vos droits et obligations

■ Quelles sont vos obligations ?

En tant que Membre participant, vous vous engagez à :

- **Informer Mutuelle Mieux-Etre** de toute demande de prestations faisant suite à **un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers**, Mutuelle Mieux-Etre 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 ;
- **Informer 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 prestations garantie et des

Notice d'information Santé Bureaux d'études techniques J640-12-2024 – Collectif à adhésion obligatoire 14/24

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 ;

- **Restituer la carte de tiers payant** remise par Mutuelle Mieux-Etre, lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie de personnel assurée au titre du contrat 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 ;
- **Verser à Mutuelle Mieux-Etre** la cotisation due, en cas de souscription d'une (des) option(s) et en l'absence de précompte sur votre salaire. En cas de défaut de paiement, les dispositions légales en matière de suspension et résiliation des garanties s'appliquent (article L. 221-8 du Code de la mutualité) ;
- **Informez Mutuelle Mieux Etre** ou le centre de gestion de la cessation de vos droits à l'assurance chômage, lorsque vous bénéficiez d'un maintien de vos garanties au titre de la portabilité.

La Mutuelle peut-elle procéder à un contrôle médical ?

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 la connaissance des intéressés 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 droit ayant reçu des prestations.

Les conclusions de l'expertise médicale vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé 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 le médecin ou spécialiste désigné par la Mutuelle et celui que vous avez choisi, 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 expert judiciaire.

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.

Dans quels cas la garantie socle et les options peuvent-elles prendre fin ?

La garantie socle et les options cessent à zéro heure :

- Le jour de la rupture de votre contrat, sauf si vous bénéficiez de la portabilité des droits en santé ;
- Le jour où vous n'appartenez plus à l'une des catégories de personnel bénéficiant d'une couverture ;
- Le jour de la résiliation du contrat ;
- Le jour où le maintien de votre garantie au titre de la portabilité des droits en santé cesse ;
- **Au 31 décembre qui suit votre demande de dispense d'affiliation** (dès lors que celle-ci est prévue dans l'acte juridique de mise en place du régime) accompagnée des documents justificatifs moyennant un préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat fixée au 31 décembre.

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

Sous réserve des modalités prévues par le régime frais de santé mis en place par votre employeur, il sera possible de demander la résiliation de l'affiliation de l'un ou de l'ensemble de vos ayants droit au contrat frais de santé. Dans ce cas,

vos demandes devront être adressées à la Mutuelle au plus tard deux (2) mois avant l'échéance annuelle du contrat, fixée au 31 décembre. La résiliation de l'adhésion des ayants droit intervient le 31 décembre de l'exercice considéré et leur garantie cesse au terme de ce même exercice.

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 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.**

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 dans les conditions suivantes :

- Lorsque la suspension intervient pour cause de maternité, paternité, maladie ou accident du travail, accident de trajet ou toute autre cause ouvrant droit :
 - Soit à maintien (total ou partiel) de salaire par l'entreprise ;
 - Soit au versement d'indemnités journalières de Sécurité sociale et/ou complémentaires ;
 - Soit au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur ;Le salarié bénéficie du maintien intégral de ses garanties.
- Lorsque la suspension intervient pour cause d'invalidité d'origine professionnelle ou non, ouvrant droit au versement d'une pension d'invalidité au titre du régime de prévoyance, le salarié bénéficie du maintien de ses garanties pendant la durée de la suspension du contrat.

L'employeur et le salarié sont tenus de s'acquitter de leur part de la cotisation durant la période de suspension du contrat de travail.

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail, n'ouvrant pas ou plus droit à maintien de salaire ou indemnisation de la part de l'employeur (y compris versée par l'intermédiaire d'un tiers), l'obligation de cotiser et le versement des prestations sont également suspendus.

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.

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 maintenir vos garanties au titre de la portabilité des droits ?

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 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 au remboursement frais de santé mise en place par votre employeur avant la cessation de votre contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) et justifier de l'ouverture des droits à l'assurance chômage. Le service des prestations est conditionné à la justification de l'ouverture des droits à l'assurance chômage, à l'ouverture du maintien des droits et tous les mois au cours du maintien.

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

Le maintien des garanties au titre de la portabilité prendra effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de rupture ou la date de fin de votre contrat de travail ouvrant droit à portabilité.

A NOTER

Mutuelle Mieux-Etre se réserve à tout moment la possibilité de demander à l'ancien salarié la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

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

- **A la fin de vos droits au maintien des garanties (douze (12) mois maximum) ;**
- **A la fin de l'indemnisation de l'assurance chômage, ou à la date de reprise d'une activité professionnelle ;**
- **A la date d'effet de la résiliation du contrat ;**
- **En l'absence de poursuite de contrat lors de l'ouverture d'une procédure collective.**

Vous êtes tenu d'informer l'organisme assureur de tout changement dans votre situation.

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,
- De paiement de l'intégralité des cotisations dues après le jugement d'ouverture de la procédure collective.

Comment continuer à bénéficier d'une bonne protection ?

Mutuelle Mieux-Etre propose le maintien à titre individuel d'une garantie de prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux dans les deux (2) mois suivant l'un des événements suivants, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical :

- **Lorsque que 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 (12) mois, sous réserve que les intéressés 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 du présent contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions de l'article L221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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 de la réalisation d'un risque ;
- L'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

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 ainsi que, le cas échéant, au(x) délégataire(s) de gestion en qualité de responsable(s) conjoint(s) du traitement. Ces données sont principalement traitées au sein de l'Union Européenne.

En cas de transfert des Données à caractère personnel en dehors de l'Union Européenne, Mutuelle Mieux-Être et le(s) délégataire(s) de gestion (responsable conjoint du traitement), se sont engagés à en informer les personnes concernées et à mettre en place des garanties appropriées, conformément à la Réglementation et en particulier à mettre en place des clauses contractuelles types adoptées par la Commission Européenne ou des règles d'entreprises contraignantes ou Binding Corporate Rules (BCR).

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

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

De plus, sous réserve du consentement exprès 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 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

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

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

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

Ces droits s'éteignent au décès de leur titulaire, sauf exceptions prévues aux articles 84 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.

■ Réclamation

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 de M. ou Mme le 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.

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.

Mieux connaître les services santé dont vous bénéficiez

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 avec des services innovants.

Tiers payant

Le tiers payant offre la possibilité de ne pas effectuer d'avance de frais de santé auprès de nombreux professionnels de santé (pharmaciens, radiologues, laboratoires d'analyses, cliniques, hôpitaux, opticiens...). Vous pouvez consulter les accords de tiers payant disponibles près de chez vous, grâce à un système de géolocalisation sur votre Espace adhérent sur www.plansante.com.

Pour en bénéficier, il suffit de présenter au professionnel de santé votre carte Vitale et votre carte de tiers payant. Si le tiers payant est effectué uniquement sur la part Sécurité sociale, il est nécessaire pour être remboursé d'adresser à Mutuelle Mieux-Etre votre décompte Sécurité sociale accompagné du reçu ou de la facture dite subrogatoire.

Les cartes de tiers payant sont valables pour l'année en cours, et vous sont adressées automatiquement chaque année.

En cas de perte ou de vol de cartes 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 dans un délai de quinze (15) jours.

Vos avantages auprès des réseaux de professionnels de santé partenaires (optique, dentaire, audioprothèse)

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.

Les professionnels de santé partenaires visés ci-dessus sont notamment des opticiens, des chirurgiens-dentistes, des audioprothésistes, des centres de chirurgie réfractive, des psychologues, des diététiciens ou encore des ostéopathes/chiropracteurs.

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.

Pensez-y !

Si vous déménagez ou si vous changez de Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), n'oubliez pas de nous communiquer vos nouvelles coordonnées, en précisant la date d'effet de votre emménagement. Pensez aussi à informer votre CPAM. En nous adressant, dès réception, la copie de votre (vos) nouvelle(s) attestation(s) Vitale, vous pourrez continuer à bénéficier de la transmission directe et automatique de vos données de santé.

Si vous changez de coordonnées bancaires, il est indispensable de nous

Comment bénéficier de ce réseau de professionnel de santé ?

- > Localisez le partenaire le plus proche
 - ▶ par Internet depuis votre espace personnel assuré
 - ▶ par téléphone en appelant votre centre de gestion GFP
- > Présentez au partenaire votre carte de tiers payant sur laquelle figure la mention Itelis
- > Demandez à bénéficier des avantages du réseau Itelis

Accès à plus de 2 400 services de soins et d'accompagnement mutualistes

Grâce à Mutuelle Mieux-Etre, vous avez accès à des centres mutualistes qui vous apportent des réponses adaptées à vos besoins de santé (consultations médicales, hospitalisation, équipements optiques et auditifs, soins dentaires, analyses médicales). Ces services de soins mutualistes respectent les tarifs fixés par la Sécurité sociale (Secteur 1).

Vous trouverez leurs coordonnées sur le site Internet de la Mutualité Française : www.mutualite.fr.

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, notamment sur les dépendances liées au tabac, à l'alcool et aux drogues ;
- > 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.).

Fonds social

La vocation d'une mutuelle est avant tout d'être proche des personnes qu'elle couvre, dans les bons, comme dans les mauvais moments. Cet esprit qui caractérise Mutuelle Mieux-Etre se reflète notamment au travers de son fonds social. Géré par une commission ad hoc, il permet d'allouer une aide financière aux adhérents rencontrant des difficultés liées à des aléas de santé. Pour toute demande, contactez Mutuelle Mieux-Etre.

Action sociale

Conformément à l'article 1-3-2 de l'accord collectif du 5 octobre 2015 relatif à la mise en place d'un régime frais de santé dans la branche Bureaux d'études techniques, vous pouvez bénéficier, en supplément des garanties frais de santé de l'action sociale, sous la forme d'actions collectives de prévention et d'actions individuelles en cas de difficultés d'ordre social ou économique.

Conformément à l'article 1-3-5 de l'accord susvisé, 2% du montant de la cotisation globale acquittée par votre employeur et vous-même au titre de la garantie socle obligatoire, sont affectés au financement des prestations servies dans le cadre de l'action sociale.

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

Mieux comprendre les mots clés de la santé

Ce lexique reprend l'ensemble des termes utilisés dans le tableau des prestations garanties.

BR (Base de Remboursement de la Sécurité sociale) : montant fixé par la Sécurité sociale pour un acte médical donné et servant de base pour le calcul de remboursements.

BRR (Base de Remboursement Reconstituée) : base pour les actes nomenclaturés mais non pris en charge par la Sécurité sociale.

Taux de Remboursement de la Sécurité sociale : taux appliqué à la Base de Remboursement qui détermine le montant du remboursement de la Sécurité sociale.

PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale) : plafond établissant le salaire de base qui sert de référence pour déterminer certaines prestations. Il est fixé chaque année par arrêté publié au Journal Officiel.

FR (Frais Réels) : frais que vous engagez pour vos besoins de santé. Lorsque votre garantie vous couvre à 100 % FR, cela signifie que votre dépense vous sera entièrement remboursée.

Forfait : montant indiqué en euros correspondant au remboursement dont vous bénéficiez pour la prestation. Naturellement, notre remboursement ne peut dépasser les frais réellement engagés.

Annexe : Grille de garanties

Les remboursements mentionnés dans la grille s'appliquent dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés et sous réserve de déclaration d'un médecin traitant. Ils comprennent la part de la Sécurité sociale et interviennent dans la limite des frais réellement engagés.

Formule F1	Formule F2	Formule F3
------------	------------	------------

Garantie supérieure à ce que propose la CCN

HOSPITALISATION (y compris maternité et psychiatrie) en établissement conventionné ou non			
Frais de séjour	175% BR	300% BR	500% BR
Honoraires praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ^{(1) (2)}	195% BR	300% BR	525% BR
Honoraires praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ^{(2) (3)}	175% BR	200% BR	200% BR
Forfait journalier hospitalier	100% frais réels	100% frais réels	100% frais réels
Chambre particulière (secteur conventionné) y compris ambulatoire.	45 € / jour	75 € / jour	130 € / jour
Lit d'accompagnant (secteur conventionné).	45 € / jour	60 € / jour	130 € / jour
Allocation maternité ou adoption - par enfant (doublée en cas de naissances multiples)	100 €	200 €	400 €
SOINS COURANTS auprès d'un professionnel conventionné ou non			
HONORAIRES MÉDICAUX : consultations et visites			
Généralistes adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100% BR	250% BR	470% BR
Généralistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100% BR	200% BR	200% BR
Spécialistes adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	195% BR	300% BR	470% BR
Spécialistes n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	175% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES MÉDICAUX : actes de spécialités et de petite chirurgie (réalisés en cabinet)			
Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	150% BR	250% BR	470% BR
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	130% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES DE RADIOLOGUES : actes d'imagerie et d'échographie			
Praticiens adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100% BR	250% BR	470% BR
Praticiens n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	100% BR	200% BR	200% BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX : infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, prothésistes - orthésistes			
	100% BR	250% BR	300% BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
	100% BR	250% BR	300% BR
MÉDICAMENTS : tous les médicaments prescrits remboursés par la Sécurité sociale (y compris les honoraires de dispensation)			
	100% BR	100% BR	100% BR
TRANSPORT SANITAIRE pris en charge par la Sécurité sociale : ambulance, taxi conventionné, hors SMUR ⁽³⁾			
	100% BR	100% BR	100% BR
MATÉRIEL MÉDICAL (dispositifs médicaux, produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion des dispositifs médicaux intégrés dans d'autres postes).			
	175% BR	200% BR	350% BR
DENTAIRE			
SOINS DENTAIRES remboursés par la Sécurité sociale : soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie			
Sans dépassement d'honoraires	100% BR	200% BR	200% BR
Avec dépassement d'honoraires	150% BR	200% BR	200% BR
PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ (telles que définies règlementairement)	100% frais réels dans le respect des honoraires limites de facturation		
PROTHÈSES DENTAIRES à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres (remboursements plafonnés aux honoraires limites de facturation dans le cadre du tarif maîtrisé)	Dans la limite de 3 par an et par bénéficiaire. Au delà, remboursement limité à 125% BR		
Prothèses (dents du sourire) ⁽⁴⁾ à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres, y compris prothèses sur implants	250% BR	300% BR	550% BR
Prothèses (dents de fond de bouche) ⁽⁴⁾ à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres, y compris prothèses sur implants	175% BR	300% BR	500% BR
Inlays-core à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres	150% BR	300% BR	500% BR
Inlays-onlays à tarifs maîtrisés ou à tarifs libres	150% BR	200% BR	250% BR
PROTHÈSES DENTAIRES non remboursées par la Sécurité sociale	150€ / an	320€ / an	430€ / an
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale (par semestre de traitement et par bénéficiaire)	250% BR	350% BR	450% BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale (BR reconstituée sur la base de T090). Par semestre de traitement et par bénéficiaire.	-	250% BR	350% BR
AUTRES ACTES DENTAIRES non remboursés par la Sécurité sociale			
Parodontologie (par an et par bénéficiaire)	-	200€ / an	300€ / an
Implantologie (racine et pilier implantaire - par an et par bénéficiaire)	500€ / an	500€ / an	800€ / an

Définition BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale sur laquelle est calculé le montant du remboursement. En secteur non conventionné, le tarif d'autorité ou le tarif en vigueur est appliqué (tarif forfaitaire très inférieur au tarif de convention).

(1) Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée au sens de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique). (2) Y compris la participation forfaitaire sur les actes lourds. (3) SMUR : Service Médical d'Urgence Régional : il s'agit d'une organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

	Formule F1	Formule F2	Formule F3
Garantie supérieure à ce que propose la CCN			
OPTIQUE (Remboursement limité à 1 équipement (2 verres et 1 monture) tous les 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, auxquels cas la limitation est d'un équipement par an)			
EQUIPEMENTS OPTIQUES 100% SANTÉ Adulte /Enfant (tels que définis réglementairement)			
 Verres quel que soit le niveau de la correction Prestation d'appairage et prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement	100% Frais Réels dans le respect des Prix Limites de vente		
 Monture	100% Frais Réels dans la limite de 30 €		
EQUIPEMENT À PRIX LIBRE : Adulte/Enfant			
Deux verres simples	170 € ↗	200 € ↗	320 € ↗
Un verre simple et un verre complexe	225 € ↗	265 € ↗	460 € ↗
Deux verres complexes	280 € ↗	330 € ↗	600 € ↗
Un verre simple et un verre très complexe	245 € ↗	325 € ↗	510 € ↗
Un verre complexe et un verre très complexe	300 € ↗	390 € ↗	650 € ↗
Deux verres très complexes	320 € ↗	450 € ↗	700 € ↗
Monture	80 €	100 €	100 €
Prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement	100% BR	100% BR	100% BR
LENTILLES prescrites remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	85 € / an	150 € / an ↗	350 € / an
LENTILLES prescrites non remboursées par la Sécurité sociale (y compris jetables)	85 € / an	150 € ^{pe} / an	350 € / an
CHIRURGIE RÉFRACTIVE (par bénéficiaire)	600 € / oeil	700 € / oeil	1000 € / oeil
AIDES AUDITIVES Remboursement limité à un équipement tous les 4 ans par oreille à compter de la date d'acquisition.			
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ (tels que définis réglementairement) : adulte ou enfant			
100% Frais Réels dans le respect des prix limites de vente			
EQUIPEMENT À PRIX LIBRE			
Aide auditive adulte à partir de 21 ans (par oreille)	60% BR* + 560 €	60% BR* + 600 €	60% BR* + 1000 €
Aide auditive enfant jusqu'à 20 ans inclus ou personne atteinte de cécité (par oreille)	60% BR* + 560 €	60% BR* + 600 €	60% BR* + 860 €
Accessoires (piles) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AUTRES SOINS ET PREVENTION (les forfaits en euros s'entendent par bénéficiaire)			
Médecines douces : acupuncteur, chiropracteur, diététicien, ostéopathe, pédicure-podologue, psychologue, psychomotricien, tabacologue (sur présentation d'une facture originale)	30 € / séance Limite de 2 séances /an	40 € / séance Limite de 3 séances /an	50 € / séance Limite de 5 séances /an
Ostéodensitométrie osseuse (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	100 € / an
Compléments diététiques non remboursés par la Sécurité sociale (sur prescription d'un médecin et présentation d'une facture acquittée)	-	-	60 € / an
Coaching forme (bilan et accompagnement) via l'assistance Mieux-Être Allo Santé	Compris dans la garantie assistance		
Sevrage tabagique (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	50 € / an ↗	100 € / an
Contraception féminine (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	100 € / an
Vaccin antigrippal (sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée)	-	-	Frais réels limités à 70 €
Vaccins prescrits non remboursés (sur présentation d'une facture acquittée)	-	-	100 € / an
Tous les actes de prévention du contrat responsable	100 % BR	100 % BR	100 % BR
LES SERVICES +			
Tiers payant national Plan Santé			
Accès aux réseaux de professionnels de santé Itelis (opticiens, centres de chirurgie réfractive, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes)			
Assistance Vie quotidienne et rapatriement médical			
Protection juridique médicale	OUI	OUI	OUI
Téléconsultation médicale (maximum 5 consultations par an et par bénéficiaire)			
Action sociale			
Catalogue de vacances « BTP Vacances »			

(4) Dents du sourire : il s'agit des dents n°11, 12, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 31, 32, 33, 34, 41, 42, 43 et 44. (5) Dents de fond de bouche : il s'agit des dents n°15, 16, 17, 18, 25, 26, 27, 28, 35, 36, 37, 38, 45, 46, 47 et 48.
*60% BR pour les assurés relevant du Régime Général et 90% BR pour les assurés relevant du régime Alsace-Moselle.