



Santé collective Filière Experts du BTP

Garanties Base et Option

RETROUVEZ TOUTES LES GARANTIES DONT VOUS BENEFICIEZ

Sommaire

Mieux connaître vos garanties	3
Quel est l'objet des garanties ?.....	3
Des garanties responsables	4
Comment procéder à votre affiliation ?	5
Quand les garanties prennent-elles effet ?	5
Dans quelles conditions résilier votre Option ?.....	5
Dans quelles conditions les garanties ne s'appliquent-elles pas ?	6
Mieux protéger les vôtres	7
Qui peut bénéficier des garanties ?	7
Comment ajouter un ayant-droit ?	7
Quelles sont les pièces justificatives à fournir ?	7
Mieux gérer vos remboursements	8
Quelles sont les prestations ?	8
Comment se faire rembourser ?	8
Mieux vous servir	11
Tiers payant.....	11
Vos avantages auprès des réseaux de professionnels de santé partenaires (optique, dentaire, audioprothèse).....	11
Accès à plus de 2 400 services de soins et d'accompagnement mutualistes	12
Prévention.....	12
Fonds social.....	13
Mieux connaître vos droits et obligations	13
Quelles sont vos obligations ?.....	13
La Mutuelle peut-elle procéder à un contrôle médical ?	13
Indus.....	13
Dans quels cas la garantie santé Base et l'option peuvent-elles prendre fin ?	14
Dans quels cas vos garanties sont-elles maintenues en cas de suspension de votre contrat de travail ?	14
Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation relative à l'Option ?.....	15
Révision des cotisations et des prestations	15
Maintien des garanties au profit des bénéficiaires de la portabilité des droits en santé	15
Comment continuer à bénéficier d'une bonne protection ?	15
Prescription	16
Informatique et libertés	16
Réclamation	17
Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption	18
Contrôle	18
Mieux comprendre les mots clés de la santé	18
Les coordonnées de votre centre de gestion.....	19



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 ce guide 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 vos garanties

Quel est l'objet des garanties ?

Votre complémentaire santé est composée de deux garanties :

- **Une garantie obligatoire** que votre employeur a choisie pour vous, nous la nommerons dans ce document « **Santé Base** ». 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 française. Les présentes garanties sont régies par le Code de la mutualité, et de manière générale par la loi française. Mutuelle Mieux-Être s'engage également à utiliser uniquement la langue française pendant toute la durée de l'adhésion. Les taux et bases de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale pris en considération sont ceux en vigueur à la date d'exécution des actes, des soins et de délivrance des prescriptions.
- **Une garantie facultative**, que nous nommerons « **Option** », et qui vous est proposée afin de compléter votre garantie Santé Base dans la limite de vos frais réels.

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.

Des garanties responsables

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

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

Sont pris en charge au titre du contrat responsable 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 à un dispositif 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 vingt et un (21) ans et les assurés ayant au moins cet âge). Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés dans la limite des plafonds réglementaires ;
- L'intégralité des frais exposés par l'assuré pour les soins dentaires prothétiques appartenant à une classe à prise en charge renforcée : ces équipements sont intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, sous réserve du respect des honoraires limites de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale. Les équipements appartenant à une classe autre que celle à prise en charge renforcée sont remboursés conformément à ce qui est prévu dans la grille de garanties, sans que ce remboursement ne puisse excéder les honoraires limites de facturation pour les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ;
- Le forfait journalier hospitalier des établissements 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.

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 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.
- **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 prothèses et l'orthodontie remboursés par la Sécurité sociale ;
 - Le ticket modérateur sur les autres postes dentaires.

Comment procéder à votre affiliation ?

Votre contrat est composé d'une garantie Santé Base et d'une garantie facultative (Option). Le choix de s'affilier ou non à la garantie facultative vous appartient et s'exerce dans le cadre d'une année civile. A défaut de choix exprimé lors de votre affiliation, seule la garantie Santé Base s'appliquera.

Vous ainsi que vos ayants droit éventuellement affiliés au présent contrat bénéficiez obligatoirement du même niveau de garanties.

Pour vous affilier, vous devez remplir et signer le Bulletin Individuel d'Affiliation fourni par votre employeur.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de votre part de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour Mutuelle Mieux-Etre, alors même que le risque omis ou dénaturé par votre part a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de votre affiliation.

Dans ce cas, vous êtes déchu de tout droit aux prestations. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelle Mieux-Etre qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

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

Quand les garanties prennent-elles effet ?

Vous bénéficiez de la garantie Santé Base :

- 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 Mutuelle Mieux-Etre dans les trente (30) jours suivant cette date, auquel cas, vous bénéficierez des garanties à la date de réception de celui-ci.

Vous bénéficiez de la garantie à adhésion facultative (Option):

- Soit à la date de votre affiliation à la garantie Santé Base 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 Bulletin Individuel d'Affiliation, 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'évènement.

Dans quelles conditions résilier votre Option ?

Vous avez la faculté de mettre un terme à l'option :

- **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 ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité. Dans ce cas, la résiliation de l'option prend effet au 31 décembre, sous réserve que l'affiliation 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 l'option 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 accusé de réception dans les deux (2) mois suivant l'évènement.
- **En raison des modifications apportées à vos droits et obligations.** Dans ce cas, votre demande doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée dans un délai d'un (1) mois suivant la remise de la nouvelle notice d'information établie par Mutuelle Mieux-Etre.

A la date d'effet de la dénonciation de la garantie facultative, vous ainsi que vos ayants droit bénéficiez uniquement de la garantie Santé Base. Toute nouvelle souscription de la garantie facultative (Option) ne pourra se faire avant un délai de deux (2) ans.

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

- **Au 1er janvier de chaque année, pour des garanties supérieures** à celles dont il bénéficie (parmi les niveaux de garanties en vigueur au moment de sa demande), à condition que sa 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, son 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 1er janvier de chaque année, pour des garanties inférieures** à celles dont il bénéficie (parmi les niveaux de garanties en vigueur au moment de sa demande), à condition que sa 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, son 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**.

Par ailleurs, le changement de formule ou la résiliation de la garantie santé Base entraînent automatiquement la résiliation de l'option que vous avez souscrite.

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.

En qualité de contrat responsable sont exclus :

- 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 ;
- 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).

Mieux protéger les vôtres

Qui peut bénéficier des garanties ?

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

Les ayants-droit, c'est-à-dire les personnes bénéficiant des garanties 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 avec qui vous entretenez un concubinage notoire et constant d'une durée au moins égale à deux (2) ans, pouvant justifier d'une résidence principale commune durant cette période.
- > **Vos enfants**, ceux de votre conjoint 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 l'assuré :
 - S'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime de Sécurité sociale propre ;
 - S'ils sont en premier apprentissage ;
 - S'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC.
 - Les enfants jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime de Sécurité sociale ;
 - Les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés versée par les Caisses d'Allocations Familiales.
- > D'une manière générale, **toute autre personne à la charge effective et permanente du participant**, vivant sous le même toit.

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 ?

**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

ENFANT(S)
du participant,
du conjoint,
du concubin ou du
partenaire de PACS

Partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	> Copie du PACS > Copie de l'attestation vitale du partenaire ou du participant
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
+ 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
---	---

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 et de maternité, à l'exclusion de toute autre hospitalisation dont la prise en charge ne serait pas prévue à la grille de garanties.

Si votre garantie comporte une allocation obsèques, **celle-ci est versée en cas de décès d'un bénéficiaire à la personne qui a payé les frais d'obsèques, à concurrence des frais engagés** et sur présentation de la facture acquittée et détaillée. Cette allocation est une **garantie temporaire annuelle**. Elle peut être résiliée chaque année par la Mutuelle.

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

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

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

justificatives correspondantes. Celles-ci doivent être adressées à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois suivant la date de l'évènement ouvrant droit à prestation.

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

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

Documents à fournir pour être remboursé

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

Les documents sont à envoyer à l'adresse suivante :

Soit à l'adresse postale suivante :

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

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

■ Points spécifiques :

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

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

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

■ Durée de validité des prescriptions :

- ▶ La prescription doit être présentée à un professionnel au maximum un (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 vous servir

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 chez de nombreux professionnels (pharmaciens, radiologues, laboratoires d'analyses, cliniques, hôpitaux, opticiens...). Vous trouverez la liste détaillée sur votre espace adhérent disponible via www.mieux-etre.fr. Pour en bénéficier, il suffit de présenter à votre 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 à Mutuelle Mieux-Etre le 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 sous 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.

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,

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 communiquer votre nouveau Relevé d'Identité Bancaire.

- > une garantie casse gratuite de 2 ans (sans franchise) pour la monture et les verres et de 6 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > une garantie adaptation gratuite de 2 mois (sans franchise) pour les verres et de 3 mois pour les lentilles traditionnelles,
- > une garantie déchirure gratuite de 3 mois (sans franchise) 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 de 4 ans (sans franchise),
- > 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.

Auprès 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 respect de 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 réalisant 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 Ma Mutuelle Mieux Etre
 - ▶ 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.

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 prestation garantie et des frais réellement engagés quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais engagés en vous adressant à l'organisme assureur de votre choix ;
- > **Restituer la carte de tiers payant** remise par Mutuelle Mieux-Etre, lorsque vous n'appartenez plus à la catégorie de personnel concernée par le 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 à une garantie facultative (Option) en l'absence de précompte sur salaire. 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) ;
- > **Informer** 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 nouvel expert.

Indus

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

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

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

Dans quels cas la garantie santé Base et l'option peuvent-elles prendre fin ?

Vos garanties cessent à zéro heure :

- > Le jour de la rupture de votre contrat de travail, 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 son échéance annuelle fixée au 31 décembre.

Pour vos ayants-droit affiliés, les garanties cessent à partir du moment où ils ne répondent plus à la définition des ayant-droit telle que prévue dans la présente notice et en tout état de cause à la même date que vous.

Lorsque le régime mis en place par l'entreprise est à adhésion facultative pour les ayants-droit, ces derniers ont la faculté de dénoncer leur adhésion à la garantie en le signifiant par lettre recommandée ou courrier recommandé électronique, avec demande d'accusé de réception, moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux (2) mois avant son échéance annuelle. 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 ou de suspension 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 (24) mois suivant cette même date.**

Dans quels cas vos garanties sont-elles maintenues en cas de suspension de votre contrat de travail ?

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

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

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

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

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

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

Que se passe-t-il en cas de non-paiement de votre cotisation relative à l'Option ?

Si vous ne réglez pas votre cotisation ou une fraction de cotisation relative à l'Option 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 à l'Option**, 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.

Révision des cotisations et des prestations

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

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

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

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.

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

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

- **A la fin des droits du salarié au maintien des garanties ;**
- **A la fin de l'indemnisation de l'assurance chômage, ou à la date de reprise d'une activité professionnelle ;**
- **A la 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,
- Du 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 maintient 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 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 sans limite de durée à compter du décès, sous réserve qu'ils en fassent la demande dans les six (6) mois suivant le décès.

Ce maintien s'effectue dans le cadre des garanties et des conditions tarifaires en vigueur au titre des assurances individuelles. La nouvelle garantie prend effet le lendemain de la demande. Le point de départ du délai de six (6) mois susvisé est décalé à la fin de la période de maintien de vos garanties santé au titre de la portabilité.

Mutuelle Mieux-Etre 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 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 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 (10) 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 (30) 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° 2018-493 du 20 juin 2018 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) délégué(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) délégué(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 Règlementation 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) délégué(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 prestations, à l'exclusion de tout autre traitement.

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

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

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

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

Ces droits s'éteignent au décès de leur titulaire, sauf exceptions prévues à l'article 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 contraire 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 mél 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 <http://www.mediateur-mutualite.fr/> ou en adressant un courrier à l'adresse suivante :

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

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

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 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.

Les coordonnées de votre centre de gestion



Centre de Gestion Mutuelle Mieux-Etre

TSA 60147
31602 Muret Cedex

N° de téléphone : **01 40 87 20 28**
Contrat.mieuxetre@tessi.fr