



Esprit Santé

INDUSTRIES CÉRAMIQUES

Industries Céramiques – IDCC 1558 et IDCC 1800

**RETROUVEZ TOUTES LES GARANTIES
DONT VOUS BÉNÉFICIEZ**

Vos adresses utiles



Votre CENTRE DE GESTION	
Par téléphone	09 72 72 87 97
Par courrier	Centre de gestion Mieux-Etre 28039 Chartres Cedex
Par internet	www.plansante.com OU www.mieux-etre.fr/mon-espace/connexion/particuliers

Pour accéder aux RESEAUX DE PROFESSIONNELS DE SANTE ITELIS	
Dans votre espace adhérent	Accessible sur : www.plansante.com Ou www.mieux-etre.fr/mon-espace/connexion/particuliers
Par téléphone	En appelant votre centre de gestion au 09 72 72 87 97

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

Sommaire

MIEUX CONNAITRE VOTRE CONTRAT	4
Quel est l'objet du contrat ?.....	4
A quelles garanties avez-vous droit ?.....	4
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 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 ?.....	9
Quelles sont les pièces justificatives à fournir ?.....	10
Quelles sont les prestations ?.....	10
Comment se faire rembourser ?.....	11
MIEUX COMPRENDRE VOS COTISATIONS.....	13
Quel est le montant de votre cotisation ?.....	13
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
Indus.....	14
La Mutuelle peut-elle procéder à un contrôle médical ?.....	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 ?.....	15
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.....	17
Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption.....	19
Réclamation.....	19
Contrôle.....	19
MIEUX CONNAITRE LES SERVICES SANTE DONT VOUS BENEFICIEZ	19
Tiers payant.....	19
Vos avantages auprès des réseaux de professionnels de santé partenaires.....	20
Accès à plus de 2 400 services de soins et d'accompagnement mutualistes.....	20
Fonds social.....	20
Action sociale.....	20
Catalogue Vacances.....	21
MIEUX COMPRENDRE LES MOTS CLES DE LA SANTE.....	21
ANNEXE : GRILLE DE GARANTIES	22

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**, organisme recommandé auprès des Branches professionnelles des Industries Céramiques de France et des Céramiques d'Art (IDCC 1558 et 1800) à compter du **1er janvier 2024**.

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 Industries Céramiques – IDCC 1558 et IDCC 1800** souscrit par votre employeur auprès de Mutuelle Mieux-Etre.

Le contrat frais de santé, mis en place par votre entreprise est composé :

- **D'une garantie socle obligatoire**
 - ▶ Celle-ci correspond à **l'un des deux niveaux de garanties** souscrit par votre employeur :
 - Le **Niveau 1** correspondant à la « base obligatoire »,
 - Le **Niveau 2** correspondant à la « base obligatoire » + « Option (Niveau 2) ».
 - ▶ Elle **bénéficie obligatoirement à l'ensemble des salariés appartenant à la catégorie de personnel assurée au titre du contrat ainsi qu'à leurs enfants à charge assurés au titre du contrat. Votre conjoint peut également être couvert à titre obligatoire dès lors que votre employeur a souscrit à l'Option Extension Conjoint.**
 - ▶ 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.
- **D'une ou de plusieurs options facultatives** (selon le niveau de garanties et les bénéficiaires choisis par le Souscripteur lors de la souscription)
Elles peuvent vous être 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

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

L'Option (Niveau 2)

- ▶ Vous pouvez souscrire à l'Option (Niveau 2) **uniquement si votre employeur a choisi le Niveau 1 « base obligatoire »**. Elle vous permet 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.
- ▶ **En cas de souscription de l'Option (Niveau 2) par votre employeur, vous ne pourrez pas souscrire à celle-ci.**

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 comporter un plafond de garantie.**

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 et des cotisations pourront être revus lorsque des dispositions législatives ou réglementaires notamment du Code de la Sécurité sociale viennent à modifier la portée des engagements contractuels de Mutuelle Mieux-Etre.

Par ailleurs, les taux et montants des cotisations et des prestations pourront également être revus si les résultats des contrats le nécessitent, après accord avec les partenaires sociaux des Branches, modifiant ainsi l'accord collectif frais de santé du 05 mai 2023, en fonction du rapport prestation / cotisation en tenant compte notamment de l'évaluation de la consommation médicale (indice CMT), des résultats techniques mutualisés et perspectives pour l'ensemble des contrats souscrits.

Enfin, en cas d'évolution du régime frais de santé prévu par la Convention collective Industries Céramiques, le contrat souscrit par votre employeur sera automatiquement mis à jour afin de respecter les stipulations prévues par ladite convention collective.

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

Contrat solidaire et responsable

La couverture relative aux remboursements des frais de santé mise en place par votre employeur est « **solidaire et responsable** » au sens des articles L.862-4, 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 de un (1) euro sur les consultations et les actes de biologie ;**
- **Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;**
- **La majoration du ticket modérateur applicable aux actes effectués en dehors du parcours de soins coordonnés ou en l'absence de désignation d'un médecin traitant ou si l'assuré refuse d'autoriser l'accès ou la modification de son dossier médical personnel par le professionnel de santé ;**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques 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, 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 ?

Sauf dispositions dérogatoires prévues par la réglementation en vigueur, l'affiliation au contrat est obligatoire pour l'ensemble du personnel, ou pour une catégorie de personnel définie au bulletin d'adhésion, et leurs enfants à charge tels que définis au sein de l'article « *Qui peut bénéficier des garanties ?* », le cas échéant.

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 présent contrat souscrit 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 de 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 suivants 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 ou votre employeur 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 suivants l'événement.

Option (Niveau 2)

Si vous avez souscrit l'Option (Niveau 2), 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 suivants 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 résilier votre ou vos option(s) facultative(s) ?

Vous avez la faculté de mettre un terme à la ou les option(s) souscrite(s) :

- **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 l'option prend effet au 31 décembre, **sous réserve que votre affiliation à l'option 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 avis de réception, dans les deux (2) mois suivants 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 prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la réception de votre demande ou à compter de la date d'effet de la modification apportée si elle est postérieure.

La résiliation de l'option peut se faire par lettre recommandée avec accusé de réception ou par envoi électronique recommandé.

A la date d'effet de la résiliation de l'Option (Niveau 2), vous, et le cas échéant vos ayants droit, bénéficiez a minima de la garantie socle obligatoire. En cas de résiliation de l'Option Extension Conjoint, seul le Membre participant et ses enfants à charge le cas échéant continuent à bénéficier des garanties.

Une fois votre résiliation enregistrée, toute nouvelle souscription de l'Option Extension Conjoint ou de l'Option (Niveau 2) 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 par votre employeur entraîne automatiquement la résiliation de la ou 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 ;
- Tous les frais afférents à des hospitalisations en unité de soins de longue durée au-delà du ticket modérateur et du forfait hospitalier ;
- Tous les frais afférents à des séjours en établissement psychiatrique, de convalescence, de repos et de rééducation, au-delà du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier ;
- Tous les frais relatifs aux séjours en établissements médico-pédagogiques et médico-sociaux au-delà du ticket modérateur ;
- Toute prise en charge de la chambre particulière non liée à une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétrique ;

- 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 d'un (1) euro mentionnée au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale (participation forfaitaire d'un (1) euro sur les consultations et les actes de biologie) ;
- Les franchises mentionnées au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- 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.1111-15 du Code de la santé publique (majoration du ticket modérateur si l'Assuré consulte en dehors du parcours de soins coordonné et en l'absence de désignation d'un médecin traitant) ;
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques (si l'Assuré consulte certains spécialistes en dehors du parcours de soins).

Mieux 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 pouvant bénéficier des garanties du contrat. 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 :

- **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.
- **Votre conjoint** : il s'agit de votre époux ou épouse non séparé(e) de corps par jugement définitif. Sont également assimilés au conjoint :
 - ▶ La personne avec qui vous avez conclu un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité (PACS),
 - ▶ 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.

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

■ Comment ajouter un ayant droit ?

En application de l'accord collectif frais de santé en date du 05 mai 2023, vos enfants à charge bénéficient obligatoirement du présent contrat. En conséquence et en l'absence de mise en œuvre d'un cas de dispense, il conviendra de les mentionner au sein de votre Bulletin Individuel d'Affiliation fourni par votre entreprise, qui se chargera de le transmettre (avec les pièces justificatives nécessaires) à Mutuelle Mieux-Être.

Vos enfants 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.

Par ailleurs, **votre conjoint** pourra également bénéficier du contrat en cas de souscription de l'Option Extension Conjoint par votre employeur ou, à défaut, si vous décidez d'y souscrire. Cette option prendra effet dans les conditions prévues à l'article [« Quand les garanties prennent-elles effet ? »](#).

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
	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, du concubin ou du partenaire de PACS	Pour tous les enfants quelle que soit leur situation	> Copie de l'attestation vitale de l'enfant ou du 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

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. Toutefois, si vos ayants droit souhaitent percevoir directement leurs remboursements, il sera possible d'en faire la demande auprès du centre de gestion Mieux-Etre dont l'adresse est indiquée ci-dessous. Dans ce cadre, il conviendra d'accompagner votre demande du relevé d'identité bancaire correspondant.

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 suivants 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.

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

Documents à fournir pour être remboursé

	Pièces à fournir	
	Avec prise en charge	Sans prise en charge
HOSPITALISATION		
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 MonPsy)		
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		

Verres	Aucune pièce	Prescription Médicale + Décompte de la Sécurité sociale + Facture Détaillée et Acquittée
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	
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 :

- ▶ Soit à l'adresse postale suivante :

Centre de gestion Mieux-Etre
28039 Chartres Cedex

- ▶ Soit sur votre espace adhérent, accessible sur :

www.plansante.com

Ou

www.mieux-etre.fr/mon-espace/connexion/particuliers

- **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 ?

Les cotisations sont est fixées par l'accord collectif du 05 mai 2023 et ses avenants ultérieurs, le cas échéant.

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 mutualisés pour l'ensemble des contrats souscrits** et de l'évolution de la Consommation médicale totale (CMT) et après accord avec les partenaires sociaux des Branches, modifiant ainsi l'accord collectif frais de santé du 05 mai 2023.

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).

La cotisation totale relative à la garantie socle obligatoire 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 aux options facultatives (Option Extension Conjoint et Option (Niveau 2)), lorsqu'elles peuvent être souscrites, sont mentionnées au sein de votre **Bulletin Individuel d'Affiliation**.

Lorsque vous choisissez de souscrire à une ou plusieurs options, la ou les cotisations dues au titre de celle(s)-ci sont à **vosre 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 facultatives avant 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 le cas échéant, 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 la ou les option(s) 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 :

- **Informé 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 ;
- **Informé 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 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) ;
- **Informé Mutuelle Mieux-Etre** ou le centre de gestion de la cessation de l'ouverture de vos droits à l'assurance chômage, lorsque vous bénéficiez d'un maintien de vos garanties au titre de la portabilité.

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.

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.

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

La garantie socle cesse à vingt-quatre (24) heures :

- 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 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.**

Par ailleurs, **la ou les options souscrites cesse(nt) à vingt-quatre (24) heures :**

- **En cas de résiliation de votre option**, dans les conditions prévues à l'Article « *Dans quelles conditions résilier votre ou vos option(s) facultative(s) ?* ».
- **Et en tout état de cause, en cas de changement de formule par votre employeur ou de cessation de la garantie socle obligatoire.**

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 suivants 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 **dès lors que vous bénéficiez :**

- D'une indemnisation sous la forme d'un maintien de salaire (total ou partiel) par l'entreprise ;
- D'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par lui ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers (maladie, maternité, etc.) ;
- Ou d'un revenu de remplacement versé par votre employeur.

Dans ce cas, votre employeur maintiendra le paiement de la part patronale de la cotisation et précomptera sur votre rémunération maintenue ou indemnisation, la part de la cotisation à votre charge.

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 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 suivants 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 (1) 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 suivants l'un des évènements 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 ou dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils ont bénéficié du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits ;
- **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 suivants le décès.

Ce maintien s'effectue dans le cadre des garanties et des conditions tarifaires en vigueur conformément à la réglementation applicable.

La nouvelle garantie prend effet le lendemain de la demande.

Mutuelle Mieux-Etre vous propose également à vous et vos ayants droit une couverture santé à titre individuel (sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médical). Pour cela, il vous suffit de vous rapprocher de votre centre de gestion :

- ▶ Soit à l'adresse postale suivante :

Centre de gestion Mieux-Etre
28039 Chartres Cedex

- ▶ Soit sur votre espace adhérent, accessible sur :

www.plansante.com

Ou

www.mieux-etre.fr/mon-espace/connexion/particuliers

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'évènement 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.

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. Elles sont traitées au sein de l'Union Européenne.

La collecte de ces données est nécessaire à la gestion des garanties souscrites ainsi qu'à l'accomplissement par Mutuelle Mieux-Etre de son devoir de conseil. Elles pourront, le cas échéant, être communiquées au(x) 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 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 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.

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 celles 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.

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 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.

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.

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.

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, courriel), 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. Votre carte de tiers payant est également disponible en version dématérialisée sur votre Espace adhérent.

Vos avantages auprès des réseaux de professionnels de santé partenaires

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 consultant ces professionnels de santé, vous bénéficiez des engagements suivants :

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

Comment bénéficier de ce réseau de professionnels de santé ?

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

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.

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 votre agence Mutuelle Mieux-Etre la plus proche : <https://www.mieux-etre.fr/agences/>.

Action sociale

Outre la mise en place d'une couverture collective et obligatoire « Frais de santé », votre Convention collective institue un fonds de solidarité des organismes assureurs recommandés permettant notamment la mise en œuvre de garanties collectives présentant un haut degré de solidarité et comprenant, à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif, et ce, dans le respect des dispositions du décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014.

Dans le cadre de ses missions, le Comité paritaire de surveillance déterminera les orientations des actions de prévention ainsi que les modalités d'attribution des prestations d'action sociale mises en œuvre par le fonds de solidarité, ceci dans la limite des fonds alloués à leur financement.

Le financement des prestations servies par le fonds de solidarité est fixé, conformément aux dispositions de l'accord du 05 mai 2023, à 2 % hors taxes de la cotisation due par votre employeur au titre du socle obligatoire.

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.



Base conventionnelle	Option (y compris la base conventionnelle)
----------------------	---

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Ce contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. 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 à la Sécurité sociale. Les remboursements de la mutuelle incluent la part remboursée par la Sécurité sociale, lorsque celle-ci intervient. Le remboursement total (Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Etre) est limité aux frais réellement engagés.

SOINS COURANTS				
Consultations, visites, consultations en ligne généralistes				
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		100% BR	150% BR	
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		100% BR	130% BR	
Consultations, visites, consultations en ligne spécialistes/neuropsychiatres				
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		200% BR	300% BR	
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		180% BR	200% BR	
Actes de spécialistes				
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		200% BR	300% BR	
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		180% BR	200% BR	
Actes d'imagerie médicale				
Praticien adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		150% BR	250% BR	
Praticien non adhérent au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée		130% BR	200% BR	
Auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs, orthophonistes...)		100% BR	100% BR	
Consultations de psychologies remboursées par la Sécurité Sociale (dispositif Monpsy) Dans la limite de 8 séances par année civile et par bénéficiaire		100% BR	100% BR	
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	200% BR	
Orthopédie - Prothèses (sauf dentaires et auditives)		150% BR	250% BR	
Médecine douce (Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, étiope, ergothérapeute, homéopathe, phytothérapeute, aromathérapeute, diététicien, pédicure-podologue, psychomotricien, cryothérapeute) par séance (avec une limite de séance par an)		30€ /bénéficiaire/séance dans la limite de 6 séances par an	40€ /bénéficiaire/séance dans la limite de 7 séances par an	
AIDE AUDITIVE				
	Équipement auditif 100% santé Tels que définis réglementairement. La prise en charge, Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Etre, se fait dans la limite des prix limites de vente. (Renouvellement possible tous les 4 ans)	Aide auditive Adulte (à partir de 21 ans)	Prise en charge intégrale Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Etre	Prise en charge intégrale Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Etre
		Aide auditive Enfant (jusqu'à 20 ans inclus et personne atteinte de cécité)	Prise en charge intégrale dans la limite de 1 400€ / oreille	Prise en charge intégrale dans la limite de 1 400€ / oreille
Équipement auditif à prix libre (Renouvellement possible tous les 4 ans - par oreille)		200% BR	1 700 €	
Accessoires et fourniture		100% BR	200% BR	
MÉDICAMENTS				
Médicaments à service médical rendu majeur ou totalement remboursés par la Sécurité Sociale		100% BR	100% BR	
Médicaments à service médical rendu modéré ou faible remboursés par la Sécurité Sociale		100% BR	100% BR	
HOSPITALISATION CHIRURGICALE ET MÉDICALE - Y compris la maternité				
Frais de séjour établissement conventionné		200% BR	250% BR	
Frais de séjour en établissement non conventionné		200% BR	250% BR	
Actes d'obstétriques, de chirurgie, d'anesthésie				
Praticien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Optam ou Optam-co		200% BR	300% BR	
Praticien n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Optam ou Optam-co		180% BR	200% BR	
Forfait journalier hospitalier		100% FR	100% FR	
Frais de transport sanitaire - ambulance, taxis conventionnés hors SMUR		100% BR	100% BR	
Chambre particulière - Par jour		70 € / jour	90 € / jour	
Lit d'accompagnant - Par jour		30 € / jour	45 € / jour	





Base conventionnelle

Option
(y compris la base conventionnelle)

Contrat collectif à adhésion obligatoire

Ce contrat est responsable selon la législation actuellement en vigueur. 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 à la Sécurité sociale. Les remboursements de la mutuelle incluent la part remboursée par la Sécurité sociale, lorsque celle-ci intervient. Le remboursement total (Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Être) est limité aux frais réellement engagés.

DENTAIRE			
	Prothèses 100% Santé Telles que définies réglementairement. La prise en charge, Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Être, se fait dans le respect des honoraires limités de facturation.	sans reste à payer	sans reste à payer
	Soins dentaires remboursés par la Sécurité sociale (soins conservateurs, consultation, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie)	100% BR	150% BR
	Prothèses à tarifs maîtrisés (remboursements plafonnés aux honoraires limités de facturation) ou à tarifs libres : prothèse fixe, prothèse amovible, couronne transitoire, bridge, inlay-onlay, inlay-core, supplément et réparation)	300% BR	400% BR
	Orthodontie remboursée par la SS	300% BR	400% BR
	Orthodontie non remboursée par la SS (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	500 €
	Implantologie (forfait par an et par bénéficiaire)	Néant	500€
OPTIQUE			
	Equipements 100% Santé (Adulte ou Enfant) tels que définis réglementairement. La prise en charge, Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Être, se fait dans le respect des prix limités de vente.		
	Verres quel que soit le niveau de la correction Prestation d' appareillage et prestation d' adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement . Suppléments dans le cadre du 100% Santé	Prise en charge intégrale Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Être	Prise en charge intégrale Sécurité sociale + Mutuelle Mieux-Être
	Monture	Prise en charge dans la limite de 30€	Prise en charge dans la limite de 30€
	Equipements autres que 100% Santé (monture + 2 verres tous les 2 ans par bénéficiaire)		
	1 verre simple	90 €	150 €
	1 verre complexe	200 €	300 €
	1 verre très complexe	300 €	350 €
	Monture	100 €	100 €
	Prestation d'adaptation de l'ordonnance en cas de renouvellement	100% BR	100% BR
	Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (forfait annuel par œil)	150% BR	250% BR
	Lentilles non remboursées par la Sécurité Sociale y compris jetables (forfait annuel par œil)	60 € / œil/ an	100 € / œil/ an
	Chirurgie des troubles de la vision (forfait annuel pour les 2 yeux)	Néant	600€
LES SERVICES UTILES A VOTRE DISPOSITION			
	Tiers payant national		
	Services d'assistance (aide-ménagère, accompagnement pre-post hospitalisation)		
	Téléconsultation disponible		
	Fonds social Mutuelle Mieux-Être à disposition		
	Service aide aux aidants	OUI	OUI
	"Congé proche aidant" : un complément au financement public du Congé de proche Aidant		
	Participation au financement des travaux d'adaptation du logement de la personne aidée		
	Enveloppe de réserve : réponse apportée aux besoins spécifiques via l'Action sociale		
	Action sociale		
	Outils d'information : Espace Employeur, espace adhérent et newsletter santé (trimestrielle)		

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).