

La mutuelle Santé Proche de vous



NOTICE D'INFORMATION **AGIR SECURITE salariés**

BASE obligatoire
OPTION 1 et OPTION 2 facultatives

SOMMAIRE

Conditions générales

1. Objet - Garanties	3
2. Effet, durée, renouvellement du contrat, résiliation	3
3. Adhésion	3
4. Bénéficiaires	3
5. Suspension des garanties	3
6. Terme de la garantie	4
7. Ouverture, modification et cessation des garanties	4
8. Formalités et règlement des prestations	4
9. Risques exclus et contrats responsables	5
10. Fausse déclaration	5
11. Subrogation	5
12. Forclusion, réclamation, prescription	5
13. Définition des cotisations	6
14. Défaut de paiement	6
15. Fonds social de la Mutuelle	6
16. Dispositions applicables	6
17. Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel	6
18. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : ACPR	6
19. Frais d'obsèques et/ou Maternité	6
20. MIE Assistance	6
21. Réclamation / Médiation	7

Modalités pratiques

▪ Tiers Payant	7
▪ Devis	7
▪ Rapidité des remboursements	7
▪ Pièces à faire parvenir à la MIE pour se faire rembourser	8
▪ Web	8
▪ Priorité Santé Mutualiste	8
▪ Contact	8

1 Objet - Garanties

Les dispositions de la présente notice définissent les garanties « frais de santé » couverte par la Mutuelle dans le cadre du contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise pour ses salariés ou la catégorie de salariés définie dans l'acte de mise en place du régime. Les salariés acquièrent la qualité de Membres Participants de la Mutuelle sous réserve des dispenses d'affiliation prévues dans l'acte de mise en place du régime.

Les garanties assurées par la Mutuelle et décrites dans la notice sont des garanties relatives au remboursement des frais médicaux, telles que définies en annexe à la présente notice et répondent aux obligations résultant de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

2 Effet, durée, renouvellement du contrat, résiliation

2.1 Effet

L'affiliation prend effet à la date de la réception par la Mutuelle de l'ensemble des documents nécessaires et sous réserve du paiement de la cotisation et de la déclaration à la Mutuelle des bénéficiaires, pour les salariés inscrits à l'effectif ; à la date d'embauche pour les nouveaux salariés (sauf dispense d'affiliation).

2.2 Durée

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

2.3 Renouvellement

Le contrat est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation envoyée par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant l'échéance.

2.4 Résiliation

Le présent contrat peut être résilié :

- à la demande de l'une ou l'autre des parties à chaque échéance annuelle et dans les conditions prévues à l'article 2 ci-dessus.
- à la demande de l'une ou l'autre des parties, en cas de refus portant sur la révision annuelle des cotisations.
- à la demande de la Mutuelle, en cas de défaut de paiement des cotisations visé à l'article 14 ci-après.

Article 5 de la loi Evin : Toutefois, les adhérents qui en feront la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation (deux mois) pourront demander à bénéficier des garanties proposées par la Mutuelle et ce, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médical à défaut de conclusion par le Souscripteur d'un autre contrat.

3 Adhésion

GARANTIE DE BASE OBLIGATOIRE :

La prise d'effet de la garantie de Base obligatoire sera immédiate pour les salariés sous contrat de travail à la date de la prise d'effet.

GARANTIES FACULTATIVES :

2 garanties optionnelles : OPTION 1 ou OPTION 2

Le salarié qui a souscrit uniquement à la garantie de Base au moment de l'adhésion, aura la possibilité durant la première année civile d'ajouter une Option à tout moment (1^{er} jour du mois).

Les années suivantes, tout ajout ou suppression d'Option ne pourra se faire qu'au 1^{er} janvier de l'année et sera limité à deux modifications durant la vie du contrat.

DEROGATIONS

Le Membre Participant peut modifier son adhésion à tout moment dans les cas suivants et sur présentation d'un justificatif :

- naissance ou adoption d'un enfant à la charge du salarié,
- mariage ou divorce (ou séparation de corps),
- début ou fin de concubinage du salarié,
- début ou fin de PACS du salarié,
- décès de l'un des ayants droit.

4 Bénéficiaires (sauf dérogation aux conditions particulières)

Par bénéficiaires, il faut entendre les membres participants et ses ayants droit définis ci-après et figurant sur le bulletin d'affiliation du membre :

- les salariés de l'entreprise, membres participants à titre obligatoire au présent contrat, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues dans les actes de mise en place qui sont transmises à la Mutuelle.
- les ayants droit du membre participant ci-après définis et déclarés à la Mutuelle sont :
 - Le conjoint du membre participant : est assimilé au conjoint,
 - d'une part, le concubin à charge au sens de la Sécurité sociale ou bénéficiant d'un régime obligatoire français, sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de domicile commun,
 - et d'autre part, la personne liée au salarié par un PACS (Pacte Civil de Solidarité),
 - son (ses) enfant(s) célibataires ou ceux de son conjoint / concubin de moins de :
 - 21 ans considéré(s) à charge et non salarié(s),
 - les enfants étudiants, scolarisés, en apprentissage ou à la recherche d'un premier emploi et inscrits au Pôle Emploi et/ou dont les ressources sont inférieures à 18% du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale, sont considérés comme à charge sur présentation annuelle d'un justificatif jusqu'à leur 28ème anniversaire,
 - l'enfant handicapé mental, sensoriel ou physique à charge du Membre Participant ou du tuteur légal, à condition que celui-ci soit adhérent à la Mutuelle, est maintenu sans limite d'âge, pour autant qu'il soit reconnu par la CDAPH (Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées).

5 Suspension des garanties

NON PAIEMENT DE LA COTISATION :

Le non-paiement de la cotisation visé à l'article 14 ci-après emporte suspension de la garantie.

En cas de deux mensualités impayées, le salarié verra ses garanties famille et optionnelles supprimées. La couverture de Base sera toutefois maintenue.

CAS SPECIFIQUES DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL :

Lorsque la suspension du contrat de travail donne lieu à une obligation de maintien total ou partiel de la rémunération versée par l'employeur ou à un versement d'indemnité journalière financée en tout ou partie par l'employeur, le bénéfice des garanties reste acquis aux salariés pendant toute la durée de l'indemnisation.

La garantie est suspendue de plein droit dans les cas suivants de suspension du contrat de travail :

- congé sabbatique visé à l'Article L.3142-81 du Code du Travail,
- congé pour création d'entreprise visé à l'Article L.3142-68 du Code du Travail,

- congé parental d'éducation visé à l'Article L.1225-47 du Code du Travail,
- périodes d'exercices militaires, de mobilisation ou de captivité,
- congé sans solde.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'entreprise, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans un délai de trois mois suivant la reprise.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due par ou au titre de l'intéressé, sauf en cas de suspension pour non-paiement de cotisation.

Cependant, par dérogation à ce qui précède, le salarié, sous réserve d'acquitter l'intégralité de la cotisation peut continuer à bénéficier de la garantie frais médicaux, chirurgicaux et maternité, souscrite par l'entreprise pendant la période de suspension du contrat de travail.

EFFETS DE LA SUSPENSION DE LA GARANTIE :

Les frais médico-chirurgicaux dont la date de soins se situe durant cette période de suspension ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat ni au bénéfice du tiers-payant.

6 Terme de la garantie

Les garanties cessent :

- à l'issue de la procédure de suspension des garanties en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date de rupture du contrat de travail.

Le salarié peut bénéficier de la faculté de continuer à être couvert par une garantie frais médicaux et chirurgicaux, sous réserve d'en faire la demande auprès de la Mutuelle au plus tard dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou de la fin de période de portabilité.

Cette faculté est ouverte à tout ancien salarié venant à bénéficier soit d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, soit d'une pension de retraite ou de prestations de chômage pour privation d'emploi.

Cette faculté est également proposée aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, qui étaient mentionnées sur le bulletin individuel d'affiliation de l'assuré et ce, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès. La demande doit être faite auprès de la Mutuelle au plus tard six mois après le décès aux conditions en vigueur au moment de la réception de la demande.

Le contrat cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les membres participants et ayants-droit inscrits sur le bulletin d'affiliation au décès du membre participant.

Les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date est antérieure à la date d'effet de la résiliation continuent d'être pris en charge.

MAINTIEN DANS LE CADRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI EVIN

Le salarié peut bénéficier de la faculté de continuer à être couvert par une garantie frais médicaux et chirurgicaux, sous réserve d'en faire la demande auprès de la Mutuelle au plus tard dans les six mois suivant la rupture du contrat de travail ou de la fin de période de portabilité.

Cette faculté est ouverte à tout ancien salarié venant à bénéficier soit d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, soit d'une pension de retraite ou de prestations de chômage pour privation d'emploi.

Cette faculté est également proposée aux personnes garanties du chef de l'assuré décédé, qui étaient mentionnées sur le bulletin individuel d'affiliation de l'assuré et ce, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès. La demande doit être faite auprès de la mutuelle au plus tard six mois après le décès aux conditions en vigueur au moment de la réception.

MAINTIEN DANS LE CADRE DES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE 1 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPRO-FESSIONNEL DU 14 JUIN 2013

Conformément aux dispositions de l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale créé par la loi du 14 juin 2013, les salariés dont le

contrat de travail est rompu et bénéficiant d'une prise en charge par l'assurance chômage peuvent garder le bénéfice des garanties de couverture «frais de santé » dont ils bénéficiaient en tant que salarié, dans les conditions cumulatives définies ci-après :

- leur contrat de travail a été rompu pour un motif autre que la faute lourde,
- leurs droits au titre du contrat frais de santé sont ouverts au moment de la rupture,
- ils sont pris en charge par le régime d'assurance chômage.

La portabilité des droits est effective dès la date d'effet de la cessation du contrat de travail, et pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail appréciée en mois entiers sans pouvoir excéder 12 mois.

Elle est subordonnée à la prise en charge de l'ancien salarié par l'assurance chômage.

A ce titre, l'intéressé devra donc faire parvenir à la mutuelle, tout justificatif de cette prise en charge, dans les meilleurs délais, suivant la cessation de son contrat de travail.

En tout état de cause, la portabilité des droits cessera dès lors que l'ancien salarié ne sera plus pris en charge par le régime d'assurance chômage.

En conséquence, l'ancien salarié s'engage à informer la mutuelle de tout événement entraînant la suppression de sa prise en charge (reprise d'un emploi, radiation...).

Le maintien est assuré gratuitement (mutualisation).

A défaut de communication des justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de la mutuelle, l'ancien salarié perd le bénéfice du régime et, par conséquent, le droit aux prestations correspondantes.

GARANTIES

7 Ouverture, modification et cessation des garanties

Seuls les frais médicaux, chirurgicaux et maternité dont la date des soins est postérieure à la date de prise d'effet du contrat, et au plus tôt, à compter de la date de l'admission dans l'assurance peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

MONTANT MAXIMUM D'INDEMNISATION :

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature, contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

8 Formalités et règlement des prestations

Les prestations sont payées, soit dans le cadre d'un accord de télétransmission, soit sur présentation d'un décompte original établi par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire d'assurance maladie, éventuellement accompagné des justificatifs suivants :

- La facture détaillée sur papier à en-tête du professionnel de santé avec mention du bénéficiaire des soins, en ce qui concerne les frais d'optique, les inlays et les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'orthopédie et les prothèses auditives, les analyses non remboursées et les cures thermales,
- la note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes,
- la prescription et la facture pour la pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale mais inscrite au Vidal consultable sur internet,
- la facture des hôpitaux et cliniques avec mention «acquitté», sauf accord de prise en charge,

- le cas échéant, le décompte des organismes complémentaires qui sont intervenus.

Les frais réels pris en compte, sauf justification par une facture, sont ceux qui figurent sur le décompte de la Sécurité sociale ou dans le fichier télétransmis.

Le remboursement des frais sera suspendu à compter du jour où l'intéressé ne remplira plus les conditions prévues par le présent contrat.

SOINS A L'ETRANGER :

- soins dispensés dans un pays relevant de l'UE : les remboursements de la Mutuelle obéiront aux règles définies par le régime général de la Sécurité sociale, les dispositions du contrat souscrit étant applicables dans l'UE.
- soins dispensés dans un pays extérieur à l'UE : une prise en charge par la Sécurité sociale est indispensable. Les demandes de remboursement seront étudiées sur présentation des justificatifs des dépenses et du décompte de la Sécurité sociale ou des lignes télétransmises.

Les prestations garanties par la Mutuelle sont servies selon les modalités fixées en annexe et versées, par virement, en euros sur un compte bancaire ou postal domicilié en France.

9 Risques exclus et contrats responsables

Sont exclus de la couverture frais de soins de santé (sauf dérogations prévues aux Conditions Particulières et obligations de prise en charge prévues par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale) :

- Les actes non remboursés par le régime d'affiliation obligatoire de l'Assurance Maladie,
- Les actes hors nomenclature,
- Les dépenses non directement liées à une maladie, une maternité ou un accident telles que les cures de rajeunissement, amaigrissement, traitements esthétiques, transformations sexuelles,
- Les dépenses concernant les traitements psychothérapeutiques.

Les prestations sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (« Contrat Responsable ») et seront mises en conformité lors des évolutions législatives et réglementaires à venir.

A CET EGARD ET A CE JOUR, LA MUTUELLE NE PREND PAS EN CHARGE :

- La majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors parcours de soins),
- La franchise appliquée aux 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 au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors parcours de soins.
Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans la limite des garanties souscrites.
- La franchise laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'Assurance Maladie suivants :
 - les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5126-4 du Code de la Santé Publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
 - les actes effectués par auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou centre de santé à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
 - les transports mentionnés au 2° de l'article L.160-8 du Code de la Sécurité sociale, effectués en véhicule

sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

- La participation forfaitaire obligatoire dont le montant est fixé par décret en conseil d'état (article L.160-13 II du code de la Sécurité sociale).

Par ailleurs, seront obligatoirement prises en charge les prestations prévues à l'article L.871-1 précité dans les conditions fixées par l'article R.871-2, c'est-à-dire :

Art. R. 871-2 - Les garanties mentionnées à l'article L. 871-1 comprennent la prise en charge :

«1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 160-5. Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article ;

«2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

« 3° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, des dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des assurés définie au 1° et dans les conditions suivantes :

« a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

« b) Au minimum à 125 euros et au maximum 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

« c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

« d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

« e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

« f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

« Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros.

« Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

« 4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée. »

Enfin, au moins deux des prestations de prévention énumérées à l'arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale (JO du 18 juin 2006) sont prises en charge et mentionnées dans le tableau de prestations : [dépistage

Hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351), détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum].

10 Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

11 Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

12 Forclusion, réclamation, prescription

Les demandes de remboursement des prestations doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximum de douze mois, courant à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale, sauf en cas de force majeure ou en cas fortuit ou si la Mutuelle ne subit pas de préjudice.

Ce délai s'applique, à compter de la date de paiement, aux dépenses non prises en charge par le régime obligatoire et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée. Les prestations non perçues ou non réclamées se prescrivent par deux ans.

Toute réclamation portant sur les prestations accordées ou refusées doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de six mois à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des prestations.

COTISATIONS

13 Définition des cotisations

Les cotisations sont versées sous la seule responsabilité du Souscripteur. Les cotisations sont fixées annuellement selon une périodicité et un terme définis aux conditions particulières du contrat.

Les moyens de paiement doivent être libellés au bénéfice de la Mutuelle. Les cotisations sont payables en euros et en France. La cotisation est révisable à chaque échéance annuelle. Lorsqu'une décision législative, réglementaire ou conventionnelle vient modifier la portée des engagements de la Mutuelle, cette dernière se réserve le droit de proposer, pour la date d'effet de la mise en application, le changement en conséquence, soit des conditions d'ouverture des droits à prestations et du montant de celles-ci, soit du montant de la cotisation appelée.

14 Défaut de paiement

Lorsque l'employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entend se substituer à l'employeur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de mettre fin au contrat dix jours après le délai de trente jours précité.

La Mutuelle peut appliquer des majorations de retard, dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration.

DISPOSITIONS DIVERSES

15 Fonds social

Indépendamment des prestations objet du présent contrat, les membres participants peuvent sous conditions bénéficier comme tous les membres participants de la Mutuelle des dispositions statutaires sur les fonds sociaux, notamment en matière de secours exceptionnels, accordés par la Commission Sociale.

Le plafond des fonds sociaux est fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

16 Dispositions applicables

Les statuts de la Mutuelle s'appliqueront de plein droit pour toute disposition non prévue explicitement par le présent contrat.

MIE - Immeuble Le Péricecentre

16 Avenue Louison Bobet -CS 60005

94132 FONTENAY SOUS BOIS CEDEX

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au Siren 784 275 885

17 Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel

Les données à caractère personnel sont conservées, en cas d'adhésion, le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Vous pouvez également, pour des raisons tenant à votre situation particulière, vous opposer, à ce qu'elles fassent l'objet d'un traitement et à ce qu'elles soient utilisées à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en joignant copie du justificatif d'identité par l'envoi d'une lettre simple à :

> MIE - Service Protection des données

Immeuble Le PERICENTRE - 16 Avenue Louison Bobet

CS 60005 -94132 Fontenay-sous-Bois Cedex

> protectiondesdonnees@mutuelle-mie.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le SIREN 784275885

Vous avez également le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

18 Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : ACPR

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située : **ACPR - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09**

19 Frais d'obsèques et Maternité (si le contrat le prévoit)

Les garanties frais d'obsèques et maternité sont couvertes par un contrat collectif souscrit auprès de la :

MUTUELLE GENERALE PREVOYANCE

39 rue du Jourdil - 74960 CRAN GEVRIER

immatriculée à l'INSEE sous le numéro 337 682 660

20 MIE Assistance

La garantie assistance est couverte par un contrat collectif souscrit auprès de :

IMA ASSURANCES

118 avenue de Paris - CS 40000 - 79000 NIORT

immatriculée au Registre du Commerce

et des Sociétés de Niort sous le numéro 481.511.632

**Pour bénéficier des services MIE ASSISTANCE
contacter le 05.49.34.82.22**

21 Réclamation / Médiation

Si un différend persiste entre vous et nous, vous pouvez vous adresser à :

M. le Médiateur de la MIE
Immeuble Le Péricecentre
16 Avenue Louison Bobet - CS 60005
94132 Fontenay-sous-Bois Cedex

Nous accuserons réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de sa réception, sauf si une réponse vous est apportée entre-temps.

Nous nous engageons, en tout état de cause, qu'une réponse puisse vous être apportée dans les plus brefs délais.

VALEURS AU 01/01/2019

PMSS : 3 377 €

Forfait journalier :

- Médecine, chirurgie, maison de repos : 20 €/jour
- Psychiatrie : 15 €/jour

MODALITES PRATIQUES

La MIE propose à tous ses adhérents un ensemble de services performants afin d'assurer des prestations de qualité.

TIERS PAYANT

La carte d'adhérent MIE permet sur simple présentation chez les professionnels de santé de ne plus faire l'avance des frais. Les professions concernées sont détaillées ci-dessous.

Cette carte est valable un an. Chaque personne possédant son propre numéro de Sécurité sociale détient une carte. Sur simple demande par téléphone, fax, internet ou courrier, la MIE édite une nouvelle carte d'adhérent.

Pharmacie

Les adhérents ne font aucune avance de frais dans tous les départements français, y compris Outre-Mer, sauf pour les médicaments et vaccins non remboursés par la Sécurité sociale.

Hospitalisation

Dès connaissance de l'hospitalisation, la MIE délivre un accord de prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité.

Les adhérents sont dispensés de toute avance pour les frais de structure et de soins, le forfait journalier, la chambre particulière et les frais d'accompagnant dans la limite des prestations prévues sur demande de prise en charge, à l'exception des dépenses personnelles (téléphone, télévision ...).

La demande peut être effectuée par : Téléphone, courrier, fax, via le site internet www.mutuelle-mie.fr

Les renseignements à fournir à la MIE sont :

- Assuré : nom, prénom, n° de Sécurité sociale
- Personne hospitalisée : nom, prénom
- Date d'hospitalisation et service concerné (médecine, chirurgie ...)
- Etablissement hospitalier : nom, adresse, fax

Soins externes (si convention signée avec l'établissement)

La MIE prend en charge l'intégralité du ticket modérateur pour tous les soins externes effectués auprès de l'établissement hospitalier. Cet engagement concerne les actes suivants :

- Les consultations, les actes d'imagerie et d'échographie, les actes biologiques, les actes d'auxiliaires médicaux,
- Les actes chirurgicaux (à hauteur du tarif de responsabilité), les produits pharmaceutiques, les actes techniques médicaux.

Optique

Les grandes enseignes nationales : Kryss, Vision Originale, Vision Plus, Lissac, Optic Center, Optic 2000, Alliance Optique, générale d'Optique, La Centrale des Opticiens, Afflelou, Lynx, Visual... ainsi que de nombreux opticiens indépendants ont signé des accords de tiers payant avec la MIE.

Radiologie, laboratoires d'analyses, auxiliaires médicaux, ambulances

La MIE pratique le tiers payant avec tous les radiologues, laboratoires d'analyses, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, infirmières... qui le souhaitent. Aucune convention particulière n'est exigée. Si le professionnel de santé n'est pas encore enregistré, il suffit simplement qu'il communique à la MIE ses coordonnées et son RIB.

Pour les professionnels qui l'exigent, la MIE s'engage à signer des conventions particulières.

Dans le domaine de la radiologie et des analyses médicales, la MIE a signé des conventions de tiers payant départementales, régionales et individuelles.

Obsèques

La MIE délivre un accord de prise en charge aux Pompes Funèbres générales (PFG) garantissant le paiement des prestations dans la limite des garanties prévues au contrat.

DEVIS

Pour les dépenses importantes telles que l'optique, le dentaire, les appareillages orthopédiques ou auditifs, la MIE met à la disposition de l'ensemble de ses adhérents un service de devis. Les devis sont directement envoyés à l'adresse personnelle des adhérents. Ainsi, le montant de la prise en charge et l'éventuel reste à charge sont connus avant d'engager les frais.

La demande peut être effectuée par : Téléphone, courrier, fax, via le site internet www.mutuelle-mie.fr

RAPIDITE DES REMBOURSEMENTS

Télétransmission

La télétransmission (liaison informatique entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et la MIE) évite l'envoi des décomptes Sécurité sociale par courrier. Les remboursements sont effectués sous 48 heures (hors délais de banque) par virement bancaire ou postal.

Pour en bénéficier, il suffit d'adresser à la MIE une copie de l'attestation Sécurité sociale (document joint à la carte Vitale) ainsi que de celle des bénéficiaires, si ces derniers possèdent leur propre numéro de Sécurité sociale.

Le message « **Nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire** » indiqué sur les décomptes de la Sécurité sociale confirme que la télétransmission fonctionne.

Si aucun message ne figure sur le décompte, il est nécessaire d'adresser à la MIE l'original de ce dernier afin d'obtenir le remboursement Mutuelle.

Nota : Pas de télétransmission possible avec les régimes spécifiques (SNCF, MNP, etc. ...)

PIECES A FAIRE PARVENIR A LA MIE POUR SE FAIRE REMBOURSER

Pour les soins à l'hôpital, en clinique, en maison de repos...

En cas de non demande de prise en charge et de paiement de l'intégralité des soins :

- la facture de l'établissement
- la note acquittée des honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste...
- le bulletin d'hospitalisation
- le décompte de la Sécurité sociale, sauf si celui-ci a déjà été télétransmis par la caisse

En cas de demande d'une prise en charge et de paiement des suppléments

- la facture acquittée de l'établissement
- la note acquittée des honoraires du chirurgien, de l'anesthésiste...

Pour une visite chez le médecin

En cas de paiement de la partie mutuelle :

- la facture du médecin (il est inutile d'envoyer le décompte de la Sécurité sociale)

Pour des dépenses en dentaire, orthodontie, optique, appareillages auditif et orthopédique, cure thermique

En cas de paiement de la totalité des frais (part Sécurité sociale et part Mutuelle) :

- la facture détaillée des soins
- le décompte de la Sécurité sociale, sauf si celui-ci a déjà été télétransmis par la caisse
- la facture de l'hébergement et du transport, pour les cures thermales

Pour des frais en pharmacie, biologie, radiologie et auxiliaires médicaux

En cas de paiement de la part mutuelle :

- le reçu de paiement

Pour de la pharmacie ou vaccin non remboursable

- la photocopie de l'ordonnance du médecin
- le volet de facturation du pharmacien

Pour le paiement des suppléments des pansements et accessoires

- le volet de facturation du pharmacien

En cas de frais d'obsèques

- le certificat de décès
- la facture des Pompes Funèbres et toute autre facture de frais funéraires
- un certificat d'hérédité et une lettre de renonciation des cohéritiers, lorsque le bénéficiaire n'est pas le conjoint,
- un RIB ou RIP

Le paiement peut être effectué par l'intermédiaire du notaire chargé de la succession, à charge pour celui-ci de le verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Dans ce cas, il est important de communiquer à la MIE les coordonnées du notaire.

WEB

Tous les adhérents de la MIE ont accès à un espace personnalisé via un identifiant et un mot de passe sur www.mutuelle-mie.fr

Ils peuvent ainsi :

- consulter leurs prestations et remboursements
- interroger leurs garanties
- modifier leurs informations personnelles
- demander des devis et prises en charge
- commander leur carte d'adhérent
- ou tout simplement nous contacter

Ils ont également la possibilité de choisir de recevoir leurs décomptes par mail plutôt que par courrier.

CONTACT

MIE - Immeuble Le PERICENTRE - 16 Avenue Louison Bobet - CS 60005 - 94132 FONTENAY SOUS BOIS CEDEX

Tél. : 01 43 96 74 10 du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00 sans interruption - Fax : 01 49 74 08 36

Email : info@mutuelle-mie.fr - Site internet : www.mutuelle-mie.fr