

REGLEMENT MUTUALISTE GENERAL

REGIME FRAIS MEDICAUX
ET CHIRURGICAUX

OPERATIONS INDIVIDUELLES

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 - OBJET DU REGLEMENT ET CONDITIONS D'ADHESION AU REGIME COMPLEMENTAIRE SANTE	3
Article 1 - Objet du règlement	3
Article 2 - Définitions	3
Article 3 - Droits mutualistes	4
Article 4 - Conditions d'adhésion au régime	4
Article 5 - Formalités d'adhésion au régime	4
Article 6 - Garantie technique et financière du régime santé	4
CHAPITRE 2 - EFFET, DUREE, DENONCIATION DE L'ADHESION	4
Article 7 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion	4
Article 8 - Dénonciation de l'adhésion	4
Article 9 - Effet de la dénonciation de l'adhésion	5
CHAPITRE 3 - GARANTIE DU REGIME	5
Article 10 - Définition de la garantie	5
Article 11 - Obligation de prise en charge	5
Article 12 - Etendue de la garantie, option et changement d'option	5
Article 13 - Limitation aux frais réels	6
Article 14 - Exclusions	6
Article 15 - Prise d'effet de la garantie	6
Article 16 - Liquidation des prestations	6
Article 17 - Paiement des prestations	6
Article 18 - Evolution de l'Assurance Maladie	7
Article 19 - Révision des prestations	7
CHAPITRE 4 - COTISATIONS	7
Article 20 - Paiement des cotisations	7
Article 21 - Modification des cotisations	7
Article 22 - Révision des cotisations en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires	7
Article 23 - Décès en cours d'année	8
CHAPITRE 5 - DECLARATIONS ET ENGAGEMENTS DE L'ADHERENT	8
Article 24 - Obligations de l'adhérent	8
Article 25 - Subrogation	8
Article 26 - Pluralité d'assurance	8
CHAPITRE 6 - CONTROLE ET PRESCRIPTION	8
Article 27 - Contrôle	8
Article 28 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'adhérent	9
Article 29 - Prescription	9
CHAPITRE 7 - DIVERS	10
Article 30 - Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance	10
Article 31 - Autorité chargée du contrôle	10
Article 32 - Informatique et libertés	10
Article 33 - Réclamations	10

CHAPITRE 1 - OBJET DU REGLEMENT ET CONDITIONS D'ADHESION AU REGIME COMPLEMENTAIRE SANTE

Article 1 - Objet du règlement

Le présent règlement, régi par le Code de la mutualité, détermine les conditions et modalités de fonctionnement du régime individuel complémentaire santé et définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque adhérent et la Mutuelle Mieux-Etre. Il est complété d'un règlement particulier qui définit la garantie choisie par l'adhérent ainsi que les prestations garanties avec lequel il constitue un ensemble indivisible. Les règlements sont adoptés par l'Assemblée générale de la Mutuelle Mieux-Etre.

Le régime a la qualité de contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale issu de la loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 et au sens des articles R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale issus du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et n°2015-1865 du 30 décembre 2015. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Toutefois, le régime peut comporter des options non responsables qui seront le cas échéant mentionnées au règlement particulier.

Article 2 - Définitions

Adhérent : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion, membre participant de la Mutuelle Mieux-Etre, et acquittant les cotisations.

Assuré : la personne exposée aux événements garantis par le régime.

Ayant droit : les personnes bénéficiant de la garantie à la demande du participant. Le nom des ayants-droit est mentionné sur le bulletin individuel d'affiliation.

Peuvent avoir la qualité d'ayant-droit :

1. le conjoint du participant.

Est également assimilée au conjoint :

- la personne ayant conclu avec le participant un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 et 462 du Code civil,
- la personne entretenant avec le participant un concubinage notoire et constant d'une durée au moins égale à 2 ans, pouvant justifier d'une résidence principale commune durant cette période.

2. les enfants du participant, de son conjoint ou de son concubin au sens de la Sécurité sociale. Sont également assimilés :

- les enfants jusqu'à leur 21ème anniversaire, et vivant sous le même toit que l'assuré :
 - > s'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime étudiant de Sécurité sociale,
 - > s'ils sont en premier apprentissage,
 - > s'ils exercent une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55 % du SMIC.
- les enfants jusqu'à leur 28ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale,
- les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes versée par les Caisses d'Allocations Familiales,

3. d'une manière générale, toute personne à la charge effective et permanente du participant, et vivant sous le même toit.

Bénéficiaire : l'adhérent lui-même et/ou les ayants droit, habilités à percevoir les prestations garanties.

Délai d'attente : période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une prestation garantie au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas remboursée au titre du régime. Toutefois, durant ce délai, la Mutuelle prend en charge à minima le ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire. La durée du délai d'attente est mentionnée au tableau des prestations.

Plafond garanti : montant maximum de prestation pouvant être perçu par un assuré par année civile et tel que défini au tableau des prestations. Lorsque le maximum de remboursement est atteint, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

Mutuelle : Mutuelle Mieux-Etre, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, garantissant les prestations du régime.

Article 3 - Droits mutualistes

Les participants affiliés au régime acquièrent la qualité de membre participant de la Mutuelle Mieux-Etre conformément à l'article L.221-2.III du Code de la mutualité.

Les membres participants sont représentés à l'Assemblée générale de la Mutuelle Mieux-Etre, conformément à l'article L.114-6 du Code de la mutualité, selon les dispositions statutaires de la Mutuelle Mieux-Etre.

Article 4 - Conditions d'adhésion au régime

L'adhésion est réservée aux personnes physiques affiliées à un régime de Sécurité sociale français et âgées de 70 ans au maximum sauf dispositions contraires prévues au règlement particulier de la garantie.

L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance du bénéficiaire et l'année de prise d'effet de l'adhésion. La limite d'âge n'est pas applicable aux adhérents ou à leurs ayants droit ayant été assurés par la mutuelle dans le cadre d'une assurance collective depuis moins de sept mois.

Article 5 - Formalités d'adhésion au régime

L'adhésion doit être demandée à l'aide du bulletin d'adhésion prévu à cet effet sur lequel l'adhérent mentionne la garantie et l'option choisies. En cas d'acceptation de l'adhésion, l'adhérent et ses ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion acquièrent la qualité d'assuré.

Article 6 - Garantie technique et financière du régime santé

Le présent régime bénéficie de la garantie technique et financière de la Mutuelle Mieux-Etre.

CHAPITRE 2 - EFFET, DUREE, DENONCIATION DE L'ADHESION

Article 7 - Effet, durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion de l'adhérent prend effet au 1er jour du mois qui suit la signature du bulletin d'adhésion pour une période expirant le 31 décembre de la même année sous réserve du paiement de la première cotisation.

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle Mieux-Etre est matérialisée par l'envoi d'une carte mentionnant notamment l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction sauf en cas de dénonciation.

Article 8 - Dénonciation de l'adhésion

8.1 La dénonciation du fait de l'adhérent doit être opérée par lettre recommandée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux mois avant l'expiration de l'adhésion.

8.2 La dénonciation par la Mutuelle Mieux-Etre est prononcée :

- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 20.2 ;
- en cas de nullité de l'assurance dans les conditions prévues à l'article 28.

8.3 Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties :

- lorsque les conditions statutaires de la Mutuelle Mieux-Etre liées au champ de recrutement ne sont plus remplies : en cas de changement de domicile, de situation matrimoniale, de régime matrimonial, de profession ou de retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle lorsque l'adhésion a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La dénonciation prend effet le dernier jour du mois qui suit le mois de réception de sa notification.

Article 9 - Effet de la dénonciation de l'adhésion

La dénonciation de l'adhésion intervient au 31 décembre de l'exercice considéré et l'adhérent ainsi que ses ayants droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

A la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, la garantie cesse. Les demandes de prestations consécutives à une maladie ou à un accident dont la date des actes, soins, prescriptions est postérieure à la date d'effet de la dénonciation de l'adhésion, ne sont pas prises en charge par la Mutuelle Mieux-Etre.

La 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 dénonciation de l'adhésion et ce, jusqu'à leur liquidation complète sous réserve que les pièces justificatives de ces dépenses soient adressées dans les 24 mois suivant cette même date.

CHAPITRE 3 - GARANTIE DU REGIME

Article 10 - Définition de la garantie

La garantie a pour objet :

- de rembourser, en tout ou partie, le cas échéant, les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de prothèses et d'appareillages restant à la charge de l'adhérent 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 de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.
- d'attribuer, le cas échéant, des prestations complémentaires en cas de naissance ou d'adoption et de décès. Si une garantie décès est prévue au règlement particulier, celle-ci est une garantie temporaire d'une durée d'un an. L'Assemblée générale se prononce chaque année sur la reconduction de cette garantie et sur son montant.

Article 11 - Obligation de prise en charge

En qualité de contrat responsable est pris en charge conformément à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale :

- l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R160-5 du code de la sécurité sociale (ticket modérateur),
- lorsque cette garantie est prévue dans la grille, les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO), ce, dans le respect des limites réglementaires,
- lorsque cette garantie est prévue dans la grille, les dispositifs médicaux d'optique dans le respect des conditions réglementaires,
- le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limite de durée. Ces obligations de prise en charge ne s'appliquent pas en cas de garanties non responsables.

Les garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats responsables, jusqu'à hauteur du tarif de responsabilité au sens de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, peuvent bénéficier du mécanisme du tiers payant, sous réserve de l'acceptation du professionnel de santé.

Précisions relatives aux garanties optique et dentaire :

Les montants de remboursement des garanties optique et dentaire sont limités de la façon suivante :

- Garantie optique : conformément aux dispositions du contrat responsable, la prise en charge est limitée à un équipement (2 verres+ 1 monture) tous les deux ans, sauf pour les mineurs 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. La date retenue pour le calcul du renouvellement de l'équipement optique est la date d'acquisition de l'équipement.
- Garantie dentaire : un montant maximum de remboursement par année et par bénéficiaire peut être prévu sur le poste dentaire. Dans ce cadre, lorsque le maximum de remboursement est atteint, la Mutuelle Mieux-Etre continue de prendre en charge le ticket modérateur sur les dépenses de santé (poste dentaire) remboursées par la Sécurité sociale.

Article 12 - Etendue de la garantie, option et changement d'option

12.1 La nature et le montant des prestations garanties sont définis au bulletin d'adhésion.

Certaines prestations peuvent prévoir un délai d'attente et /ou comporter un plafond garanti.

12.2 L'option choisie par l'adhérent s'exerce dans le cadre de l'année civile. L'adhérent peut solliciter, un mois avant le 31 décembre, un changement d'option parmi les formules de prestations en vigueur au moment de la demande. Le changement d'option s'effectue au 1er janvier d'un exercice civil sous réserve qu'à cette date, l'adhésion à l'option précédente ait été au moins d'une durée d'un an. Dans le cas d'un changement d'option à la hausse, le retour à une option inférieure ne peut s'effectuer en principe avant 3 ans.

Article 13 - Limitation aux frais réels

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 14 - Exclusions

14.1 Sont exclus, sauf dispositions contraires prévues au règlement particulier :

- les actes ou prescriptions ne figurant pas aux nomenclatures des actes et prescription de la Sécurité sociale,
- 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,
- les frais de séjour et les honoraires afférents à des hospitalisations médicales et chirurgicales dans des hôpitaux et cliniques non conventionnés au-delà du ticket modérateur,
- les frais de séjour et honoraires afférents à des hospitalisations au titre de la maternité,
- tous les frais afférents à des hospitalisations en unité de soins de longue durée au-delà du ticket modérateur,
- tous les frais afférents à des séjours en établissement de convalescence, de repos et de rééducation, au-delà du ticket modérateur et hormis le forfait journalier hospitalier,
- tous les frais afférents à des séjours en établissements médico-pédagogiques et médico-sociaux, au-delà du ticket modérateur,
- toute prise en charge de chambre particulière liée à une hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- toute prise en charge de chambre particulière non liée à une hospitalisation médicale ou chirurgicale,
- 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 charges par la sécurité sociale.

14.2 En qualité de contrat responsable, sont exclus :

- la participation forfaitaire d'1 euro mentionnée au II de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale (participation forfaitaire d'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 (0,50 d'euro sur les médicaments et sur les actes effectués par un auxiliaire médical, 2 euros par transport) ;
- la majoration de participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul des prestations de la Sécurité sociale prévue aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L.1111-5 du code de la santé publique (majoration du ticket modérateur si l'assuré consulte en dehors du parcours de soins coordonné et en l'absence de désignation d'un médecin traitant),
- 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).

Article 15 - Prise d'effet de la garantie

La garantie est acquise à la date de prise d'effet de l'adhésion. Toutefois certains actes font l'objet d'un délai d'attente ainsi qu'il est précisé au tableau des prestations garanties.

Article 16 - Liquidation des prestations

Le versement des prestations est adressé directement à l'adhérent, après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime de Sécurité sociale et, le cas échéant, des pièces originales justificatives (cf. tableau des pièces justificatives).

Article 17 - Paiement des prestations

Les prestations sont payées par la Mutuelle Mieux-Être à l'adhérent par virement sur un compte bancaire ou postal.

Article 18 - Evolution de l'Assurance Maladie

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

Article 19 - Révision des prestations

Les taux et les montants des prestations garanties pourront être revus en cours d'année ou lors de chaque renouvellement annuel par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation de celle-ci en fonction des résultats techniques des garanties de même nature.

Ces modifications pourront être transmises par courrier électronique à l'adresse électronique renseignée par l'adhérent.

CHAPITRE 4 - COTISATIONS

Article 20 - Paiement des cotisations

20.1. Le montant de la cotisation est annuel.

Elle est payable d'avance, par fractionnement mensuel, par prélèvement automatique sur un compte bancaire ou postal.

Si l'adhérent souhaite honorer ses cotisations par chèque, il devra en faire la demande par courrier postal à son gestionnaire. Ce service sera facturé à l'entreprise 2,50 euros par échéance réglée par chèque.

20.2. A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de l'échéance fixée au premier jour de chaque mois, et indépendamment du droit de la Mutuelle Mieux-Etre de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration du délai de trente jours prévu ci-avant. La Mutuelle Mieux-Etre adresse à l'adhérent une mise en demeure l'informant qu'au terme d'une période de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation de plein droit de la garantie.

20.3. La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle Mieux-Etre la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 21 - Modification des cotisations

21.1. Les montants ou les taux de cotisations peuvent être modifiés à chaque échéance annuelle ou en cours d'année, sur décision de l'Assemblée générale de la Mutuelle Mieux-Etre ou par le Conseil d'administration sur délégation de celle-ci, notamment en fonction des résultats techniques du régime, de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, ou des modifications des niveaux de remboursement du régime de Sécurité sociale.

Ces modifications pourront être transmises par courrier électronique à l'adresse électronique renseignée par l'adhérent.

21.2. Le montant des cotisations annuelles peut également évoluer :

- soit en raison du changement d'âge de l'adhérent conformément au tableau des cotisations remis à l'adhésion. Le changement d'âge est appliqué au 1er janvier d'un exercice. L'âge est déterminé par la différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;
- soit par application, au 1er janvier de chaque année, d'un pourcentage d'augmentation à la cotisation payée par l'adhérent, au titre du vieillissement. Les modalités d'augmentation des cotisations sont précisées au sein du règlement particulier.

Article 22 - Révision des cotisations en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Lorsque des dispositions législatives et réglementaires notamment du code de la Sécurité sociale viennent à modifier la portée des engagements de la Mutuelle Mieux-Etre, celle-ci peut être amenée en cours d'année à procéder à une réactualisation des cotisations.

Lorsque des dispositions législatives ou réglementaires viennent mettre à la charge de la Mutuelle Mieux-Etre des taxes, impôts ou charges supplémentaires dont l'assiette dépend du montant des cotisations perçues par la mutuelle, celle-ci se

réserve le droit de majorer, sur décision de l'Assemblée générale ou par délégation, du Conseil d'administration, le montant desdites cotisations à due proportion, au cours des six mois suivants la publication au Journal officiel desdites dispositions. Ces modifications pourront être notifiées par Mutuelle Mieux-Etre par courrier électronique adressé à l'adresse électronique de l'adhérent.

L'adhérent conserve néanmoins la possibilité de demander, dans les trente jours suivant la notification par la Mutuelle Mieux-Etre, la résiliation de sa garantie sans délai de préavis. La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande de l'adhérent ou à compter de la date de modification apportée si elle est postérieure. Dans ce dernier cas, les niveaux de prestations et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

Article 23 - Décès en cours d'année

Le décès de l'adhérent ne donne pas droit au remboursement de la cotisation pour le mois civil en cours.

CHAPITRE 5 - DECLARATIONS ET ENGAGEMENTS DE L'ADHERENT

Article 24 - Obligations de l'adhérent

L'adhérent s'engage :

- à **informer** la Mutuelle Mieux-Etre de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers en application de l'article 23,
- à **informer** la Mutuelle Mieux-Etre lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent régime (article 24),
- à **régler à la Mutuelle Mieux-Etre les cotisations** dues selon la périodicité et les modalités fixées au présent règlement (article 19),
- à **restituer la carte de tiers payant** qui lui a été remise par la mutuelle, en cas de dénonciation de son adhésion
- à **transmettre l'adresse électronique de correspondance**, ainsi que tout changement de cette même adresse de messagerie, permettant ainsi la transmission de tout document remis dans le cadre de la relation contractuelle, notamment les documents d'information, les modifications du montant des cotisations, ainsi que les modifications de prestations.

Article 25 - Subrogation

La Mutuelle Mieux-Etre est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle Mieux-Etre a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément à moins que les prestations versées n'indemnisent ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 26 - Pluralité d'assurance

Les prestations de même nature contractées auprès de plusieurs organismes d'assurance produisent leurs effets dans la limite de chaque prestation quelle que soit sa date d'adhésion. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

CHAPITRE 6 - CONTROLE ET PRESCRIPTION

Article 27 - Contrôle

La Mutuelle Mieux-Etre peut procéder à tout contrôle sur pièces permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par le participant. Les décisions prises à l'issue de ces contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre motivée, en recommandé avec demande d'avis de réception.

La Mutuelle Mieux-Etre peut également avoir recours à une expertise médicale effectuée par un médecin ou un spécialiste de son choix, à tout moment et pour tout participant ou ayant-droit, ayant reçu des prestations.

Les conclusions de l'expertise médicale sont notifiées au participant par lettre recommandée avec avis de réception ; elles peuvent conduire la Mutuelle Mieux-Etre à cesser, à refuser, ou à réduire le versement des prestations.

Ces conclusions s'imposent au participant sans qu'il puisse se prévaloir du règlement desdites prestations par la Sécurité sociale.

Si le participant conteste la décision du médecin ou spécialiste expert désigné par la Mutuelle Mieux-Etre, il a la possibilité de faire appel au médecin ou spécialiste de son choix. En cas de divergence entre notre médecin ou spécialiste et celui choisi par le participant, ces deux médecins ou spécialistes en désigneront un troisième.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ou spécialiste. Les honoraires du troisième médecin ou spécialiste sont partagés par parts égales. Si un désaccord subsiste, le tribunal compétent saisi par la partie la plus diligente, pourra désigner un nouvel expert.

Article 28 - Fausse déclaration intentionnelle ou déclaration inexacte de l'adhérent

28.1. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour la Mutuelle Mieux-Etre, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion. L'adhérent est déchu de tout droit aux prestations. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la 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, la Mutuelle Mieux-Etre en poursuit le recouvrement.

28.2. Omission ou déclaration inexacte de l'adhérent

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle Mieux-Etre a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle Mieux-Etre restitue à l'adhérent, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'adhérent par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 29 - Prescription

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

Toutes actions dérivant du présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du participant, que du jour où la 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.

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 d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le défaut de paiement de la cotisation ou de règlement de la prestation.

CHAPITRE 7 - DIVERS

Article 30 - Droit de renonciation en cas d'adhésion à distance

En cas d'adhésion au présent règlement à distance, l'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où son adhésion a pris effet.

Pour cela il lui suffit d'adresser à la Mutuelle Mieux-Etre - 171 avenue Ledru-Rollin - 75011 PARIS une lettre recommandée avec avis de réception : "Je soussigné(e) M./Mme (nom, prénom, adresse, n° d'adhérent) déclare renoncer à mon adhésion au régime de complémentaire santé et demande le remboursement des cotisations versées. Le (date et signature)".

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

En cas d'exercice par l'adhérent de sa faculté de renonciation, la garantie cesse à la date d'envoi de la lettre recommandée.

Article 31 - Autorité chargée du contrôle

La Mutuelle Mieux-Etre est soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), sise 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

Article 32 - Informatique et libertés

Les informations qui sont collectées sont nécessaires à la gestion de la garantie frais médicaux et chirurgicaux. Elles sont destinées à la Mutuelle Mieux-Etre en tant que responsable du traitement, et éventuellement au délégataire de gestion et/ou au réassureur, le cas échéant. Elles pourront être utilisées pour des propositions commerciales et l'assuré pourra ainsi recevoir les offres de la mutuelle. Elles peuvent être transmises aux autorités compétentes en matière de blanchiment d'argent et lutte contre le terrorisme.

Le membre participant a la possibilité de s'abonner à la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel ».

Conformément à la loi Informatique et libertés, le membre participant peut s'y opposer en cochant ou en décochant la case prévue à cet effet au sein du bulletin d'adhésion, ou ultérieurement en téléphonant à l'agence Mutuelle Mieux-Etre la plus proche de son lieu de résidence dont la liste est disponible sur internet www.mieux-etre.fr, en envoyant un email à l'adresse reclamations@mieux-etre.fr ou en écrivant à l'adresse suivante : Mutuelle Mieux-Etre, 171 avenue Ledru-Rollin 75544 Paris cedex 11. Il dispose aussi d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des informations le concernant, détenues par la Mutuelle Mieux-Etre ou ses partenaires, en adressant un courriel à l'adresse susvisée, ou en écrivant à l'adresse suivante : Mutuelle Mieux-Etre, 171 avenue Ledru-Rollin 75544 Paris cedex 11, qui se chargera de transmettre le cas échéant.

Article 33 - Réclamations

Les membres participants ou les souscripteurs de contrats collectifs ont la possibilité de formuler une réclamation en écrivant à : Mutuelle Mieux-Etre - service réclamation - 171 avenue Ledru-Rollin 75544 paris cedex 11, ou par courriel à reclamations@mieux-etre.fr, ou en téléphonant à l'agence Mutuelle Mieux-Etre la plus proche de son lieu de résidence dont la liste est disponible sur le site internet www.mieux-etre.fr.

Si à l'issue de cette procédure une difficulté ou un désaccord persiste, le membre participant a la possibilité de saisir Madame ou Monsieur le médiateur fédéral, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15, qui exerce sa mission en toute indépendance.