



La mutuelle Santé Proche de vous



NOTICE D'INFORMATION

Association ACTIOM (Ma Commune Ma Santé)

Contrat responsable à adhésion facultative

SOMMAIRE

< CONDITIONS GENERALES

1. Objet - Garanties	3
2. Effet, durée, renouvellement du contrat, résiliation	3
3. Bénéficiaires	3
4. Prise d'effet, durée d'affiliation, modification du niveau de garanties	3
5. Ouverture, modification et cessation des garanties	4
6. Formalités et règlement des prestations	4
7. Versement des prestations	5
8. Notification des modifications	5
9. Risques exclus et contrats responsables	5
10. Garanties attachées au contrat responsable	6
11. Délai de demandes de remboursement	8
12. Définition des cotisations	9
13. Révision des cotisations	9
14. Défaut de paiement	9
15. Suspension des garanties	9
16. Terme de la garantie	9
17. Fausse déclaration	9
18. Subrogation	9
19. Prescription - règles générales	10
20. Fonds sociaux	10
21. Dispositions applicables	10
22. Protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel	10
23. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : ACPR	11
24. MIE Assistance (si les Conditions Particulières le prévoient)	11
25. Réclamations / Médiation	11

< MODALITES PRATIQUES

▪ Tiers Payant	11
▪ Devis	12
▪ Rapidité des remboursements	12
▪ Pièces à faire parvenir à la MIE pour se faire rembourser	12
▪ Web	13
▪ Contacts	13

1 OBJET - GARANTIES

Les dispositions de la présente notice définissent les garanties « frais de santé » couvertes par la Mutuelle dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative souscrit par l'association pour ses membres. Les membres de l'association affiliés au contrat acquièrent la qualité de Membres Participants de la Mutuelle.

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, DUREE, RENOUELEMENT DU CONTRAT, RESILIATION

2.1 Effet

Le contrat collectif prend effet à la date de signature par l'association.

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.

2.4 Résiliation

Résiliation à l'initiative du souscripteur (l'Association) :

- Le contrat prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux de la personne morale souscriptrice, si elle est notifiée à la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la fin de l'année civile.
- Le contrat pourra prendre également fin en cas de résiliation par les représentants légaux de la personne morale souscriptrice, si elle est notifiée à la Mutuelle par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification. Ces dernières dispositions ne sont applicables qu'à compter du 1^{er} décembre 2020.
- Le contrat est également résilié en cas de refus du souscripteur des modifications apportées suite à la mise en conformité avec les règles fixées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Résiliation à l'initiative de la Mutuelle :

- La Mutuelle peut résilier le contrat en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 14 de la présente notice.

3 BENEFICIAIRES

3.1 Membres de l'association

L'adhésion au contrat collectif revêt un caractère facultatif.

Les membres présents et futurs de l'association souscriptrice adhèrent librement au contrat.

3.2 Ayants droit

Les ayants droit du Membre Participant ci-après définis sont :

- Le conjoint du Membre Participant : est assimilé au conjoint,
 - d'une part, le concubin affilié à un régime obligatoire français et sur présentation d'une déclaration sur l'honneur de domicile commun,
 - et d'autre part, la personne liée au Membre Participant par un PACS (Pacte civil de Solidarité).
- Son (ses) enfant(s) célibataires(s) ou celui (ceux) de son conjoint ou assimilé dans les conditions suivantes :
 - les enfants à charge au sens de la Sécurité sociale dans les conditions définies à l'article L.160-2 du Code de la Sécurité sociale,
 - 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, sur présentation annuelle d'un justificatif jusqu'à leur 28^{ème} anniversaire,
 - les enfants reconnus invalides ou handicapés (production d'une carte nationale d'invalidité en vigueur, délivrée par la préfecture ou tout autre organisme officiel - taux égal ou supérieur à 80% ou production d'un justificatif relatif au bénéfice de l'AAH), à charge au sens fiscal, sans limite d'âge.

Les Membres Participants précisent, via un bulletin d'affiliation, les ayants droit qu'ils entendent affilier au contrat afin de leur faire bénéficier, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes, des garanties et prestations souscrites.

Le membre participant, et le cas échéant, ses ayants droit, optent pour le niveau de garanties souscrites via le bulletin d'affiliation.

4 PRISE D'EFFET, DUREE D'AFFILIATION, MODIFICATION DU NIVEAU DE GARANTIES



4.1 Prise d'effet d'affiliation pour les Membres Participants

L'adhésion prend effet :

- Au 1^{er} jour du mois de la date de réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion,
- Ou, si l'adhérent vient d'une autre mutuelle, à la date d'effet dans la continuité du certificat de radiation du précédent organisme.

4.2 Durée et dénonciation de l'affiliation

L'affiliation intervient dans le cadre de l'année civile. Elle vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation dans les conditions prévues au présent paragraphe.

Dénonciation à l'initiative du Membre Participant :

L'adhésion du Membre Participant prend fin en cas de perte par ce dernier de la qualité de membre de l'association.

En cas de modification des droits et obligations des Membres Participants, ces derniers peuvent mettre fin à leur affiliation dans un délai d'un mois à compter de la remise, par l'Association, de la notice comportant les modifications. Dans ce cas, la dénonciation de l'affiliation du Membre Participant ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Le Membre Participant peut également dénoncer son affiliation par l'envoi d'une notification à la Mutuelle, en respectant un préavis de deux mois précédant la date de renouvellement.

La notification s'effectue :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle ou l'union propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

La notification de la dénonciation peut également être envoyée à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'affiliation, sans frais ni pénalités. Dans ce cas, la dénonciation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et le membre participant n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La mutuelle rembourse le solde au membre participant dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation.

A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues au membre participant produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Pour un membre ayant moins d'un an de présence : la fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

Pour un membre participant ayant plus d'un an de présence : la résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Dénonciation à l'initiative de la Mutuelle :

La Mutuelle peut également mettre fin à l'adhésion du Membre Participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 16 de la présente notice.

4.3 Prise d'effet d'affiliation pour les ayants droit

La date de prise d'effet des garanties pour les ayants droit est, selon le cas :

- la date d'effet de l'affiliation du Membre Participant, lorsque l'affiliation du Membre Participant et de ses ayants droit intervient simultanément,
- la date de changement de situation de famille (mariage et assimilé, naissance, etc...),
- et au plus tôt le 1er jour du mois suivant la demande d'affiliation.

En tout état de cause, l'affiliation ne pourra produire ses effets de manière rétroactive.

4.4 Modification du niveau de garanties

Un minimum d'un an d'adhésion au même niveau de garanties est obligatoire.

Après expiration du délai d'un an, tout changement (à la hausse ou à la baisse) ne peut se faire qu'au 1er janvier suivant la demande, sauf modification de la situation familiale et/ou surendettement.

En cas de modification de la situation familiale ou surendettement, la modification est effective le 1er jour du mois suivant la demande.

Les modifications de la situation familiale sont :

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

Le surendettement est défini par l'article 711-1 du Code de la consommation. Il se caractérise par l'impossibilité manifeste pour une personne physique de faire face à l'ensemble de ses dettes non professionnelles exigibles et à échoir. Le membre participant transmet à la Mutuelle la décision de la commission de surendettement.

4.5 Etats à fournir

Le membre de l'Association souhaitant s'affilier au contrat remplit un bulletin d'affiliation, accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal et de la photocopie de l'attestation délivrée avec la carte vitale, ainsi que, le cas échéant, celle des bénéficiaires affiliés personnellement à la Sécurité sociale.

La Mutuelle pourra solliciter des pièces complémentaires en cas de besoin.

GARANTIES

Les garanties frais de santé sont déterminées par le tableau de garanties et dans le respect des dispositions ci-après.

5 OUVERTURE, MODIFICATION ET CESSATION DES GARANTIES

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Seuls les frais médicaux, chirurgicaux et maternité dont la date des soins est postérieure à la date de prise d'effet du contrat et à la date de prise d'effet de l'affiliation peuvent donner lieu à prise en charge au titre du 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 le remboursement opéré par l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant, les remboursements de toutes autres garanties complémentaires souscrites qui interviendraient avant la prise d'effet de la garantie.

6 FORMALITES ET REGLEMENT 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.

Les prestations sont versées :

- dans un délai de 48 h 00 en cas de télétransmission ;
- dans un délai de 8 jours dans les autres cas. Ce délai court à compter de la réception du justificatif requis.

SOINS A L'ETRANGER :

Les remboursements de la Mutuelle obéiront aux règles définies par le régime obligatoire français. Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement de la mutuelle intervient uniquement sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire français. Les prestations de la mutuelle MIE sont évaluées à partir de la base de remboursement du régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.

7 VERSEMENT DES PRESTATIONS

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.

TIERS PAYANT :

Il est remis à chaque Membre Participant une Carte « Adhérent Mutualiste » permettant le tiers payant.

Le dispositif du tiers payant s'applique à l'ensemble des garanties minimales définies par le cahier des charges du contrat responsable, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Cette carte « Adhérent Mutualiste » reste la propriété de la Mutuelle.

Le Membre Participant s'engage à la restituer dans les plus brefs délais suivant la perte de qualité de Membre Participant ou suivant la résiliation du contrat. Dans la mesure où l'obligation précitée ne serait pas respectée, la Mutuelle pourra tenter une action directe en restitution des sommes indument versées au Membre Participant.

Par ailleurs, la Mutuelle peut exercer tous les moyens juridiques nécessaires en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers payant.

8 NOTIFICATION DES MODIFICATIONS

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants par avenant au contrat collectif, le souscripteur est également tenu d'informer chaque Membre Participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle. Dans le cadre du contrat collectif à adhésion facultative, tout Membre Participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

9 RISQUES EXCLUS ET CONTRATS RESPONSABLES

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 - 100 % Santé ») et seront mises en conformité lors des évolutions législatives et réglementaires à venir.



9.1 RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la couverture « frais de soins de santé » :

- 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 et chirurgies esthétiques, transformations sexuelles non remboursés par le régime d'affiliation obligatoire de l'Assurance Maladie,
- Les dépenses de soins relatives aux séjours effectuées dans les unités ou centres de long séjour, dans les établissements ou les services qui accueillent des personnes âgées ou dépendantes.

9.2 EXCLUSIONS ATTACHES AU CONTRAT RESPONSABLE

EN APPLICATION DU CAHIER DES CHARGES DU CONTRAT RESPONSABLE, 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) ainsi que la majoration de participation pour les actes et prestations pour lesquels l'assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical partagé visé l'article L.1111-15 du Code de la Santé Publique,
- La franchise appliquée aux dépassements d'honoraires autorisés sur les actes et consultations réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale.

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 aux articles L.871-1, R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les principales garanties attachées au contrat responsable sont rappelées ci-après. Il s'agit de :

- l'intégralité du ticket modérateur pour les soins de ville et les frais d'hospitalisation (article R. 871-2 1°),
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier (article R. 871-2 6°),
- Si le tableau de garanties le prévoit, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, ces dépassements d'honoraires seront pris en charge dans des conditions encadrées. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires chirurgicaux et médicaux diffère selon que le médecin consulté est adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou non (article R. 871-2 2°) ;
- l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit panier « 100% santé », déduction faite de la part de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (Article R. 871-2 3° premier tiret en optique ; article R. 871-2 4° a) en audiologie ; article R. 871-2 5° en soins prothétiques dentaires) ;
- en optique et audiologie, si le tableau de garanties prévoit la prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100% santé », les planchers et plafonds de garanties doivent être respectés pour la classe B en optique et pour la classe II en audiologie (Article R. 871-2 3° deuxième tiret en optique ; article R. 871-2 4° b) en audiologie).

Les prestations sont servies dans les conditions définies par l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

10.1 Optique

Un équipement est composé de deux verres et d'une monture.

Optique – 100 % santé (classe A)

Les équipements 100 % Santé correspondent aux montures et aux verres de classe A. La liste des produits et des prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale définit les types de montures et verres entrant dans la classe A.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe A), la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le Membre Participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire. Il en est de même pour la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre.

Optique - Classe B – planchers et plafonds de garanties

La prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100% santé » s'effectue dans le respect des planchers et plafonds de garanties prévus par l'article R.871-2 et D.911-1 du Code de la Sécurité sociale .

Les montants de prise en charge par la mutuelle, mentionnés dans le tableau de garanties, incluent les prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et le ticket modérateur.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 €.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque le Membre Participant opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 € au sein du remboursement de l'équipement global.

Périodicité

Par principe, la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus.

Exceptions liées à l'âge

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Exceptions liées à la dégradation de la vue

Le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans les conditions déterminées par les modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale définies au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L.165-1 (Liste des Produits et Prestations) du Code de la Sécurité sociale.

La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Exceptions liées à des situations médicales particulières :

Enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;

- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
- diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
- corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Nous vous résumons les conditions de périodicité de prise en charge dans le tableau ci-après.

Exceptions liées à des situations médicales particulières

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement de droit dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique : <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; Troubles de réfraction associés à une pathologie générale :	

Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <p>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière

Modalités d'appréciation des délais

L'appréciation de l'ensemble des délais susmentionnés se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. La mutuelle vérifie, en outre, avant d'effectuer le renouvellement d'un remboursement, qu'aucune prise en charge d'un équipement n'est intervenue pendant le délai imposé pour le Membre Participant concerné. Lorsque le Membre Participant acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Double équipement

La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les Membres Participants ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces Membres Participants, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces Membres Participants, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Rappel

La mutuelle applique l'ensemble des conditions de prise en charge des aides auditives prévues par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L.165-1 (LPP) du Code de la Sécurité sociale.

10.2 Audiologie

Les équipements auditifs sont répartis en 2 catégories :

- Audiologie - 100 % santé (classe I)
- Audiologie - classe II

Audiologie – 100 % santé (classe I)

Les équipements 100 % Santé correspondent aux aides auditives de classe I. La liste des produits et des prestations mentionnée à l'article L. 165-1 définit les types d'aides auditives entrant dans la classe I.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe I), la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le Membre Participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Audiologie - Classe II – plafonds de garanties

La prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100 % santé » s'effectue dans le respect du plafond de 1700 € par aide auditive fixé par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les montants de prise en charge par la mutuelle, mentionnés dans le tableau de garanties, incluent les prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et le ticket modérateur.

Périodicité

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans par bénéficiaire suivant l'acquisition de l'appareil.

Modalités d'appréciation des délais

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. La mutuelle vérifie, en outre, avant d'effectuer le renouvellement d'un remboursement, qu'aucune prise en charge d'un équipement n'est intervenue pendant le délai imposé pour le Membre Participant concerné.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Rappel

La mutuelle applique l'ensemble des conditions de prise en charge des aides auditives prévues par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 (LPP) du Code de la Sécurité sociale.

10.3 Dentaire

Dentaire - 100% santé

Les soins prothétiques dentaires 100 % Santé correspondent aux actes définis par l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'Assurance Maladie Complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales :

- les actes définis à l'annexe 1 de l'arrêté s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020 ;
- les actes définis à l'annexe 2 de l'arrêté s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2021.

Lorsque les soins et actes prothétiques entrent dans la catégorie 100 % Santé, la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le Membre Participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Dentaire - Panier tarifs maîtrisés et panier tarifs libres

En l'absence de dispositions spécifiques au sein du cahier des charges du contrat responsable, la prise en charge des frais pour les soins et actes autres que ceux inclus dans le panier « 100% santé » s'effectue selon les conditions définies par le tableau de garanties.

11 DELAI DE DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les demandes de remboursement des prestations doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de 24 mois, courant à partir de la date du décompte de la Sécurité sociale. Pour les dépenses non prises en charge par le régime obligatoire et remboursées par la Mutuelle sur présentation de la facture acquittée, ce délai s'applique, à compter de la date de paiement.

Les réclamations portant sur les prestations doivent être obligatoirement formulées par lettre. Le point de départ du délai de recevabilité des réclamations est fixé, soit à la date d'encaissement effectif de la ou des prestations en cause, soit à la date de réception de la lettre de refus de paiement.

COTISATIONS

12 DEFINITION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées annuellement et font l'objet d'un appel en fonction des périodes de paiement choisies au moment de la signature du contrat.

Les cotisations dues au titre du contrat collectif facultatif, pour les garanties du Membre Participant, et le cas échéant de ses ayants droit, sont à la charge exclusive du Membre Participant.

Les cotisations sont payées directement par le Membre Participant. Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement bancaire. Les moyens de paiement doivent être libellés au bénéfice de la Mutuelle. Les cotisations sont payables en euros et en France.

13 REVISION DES COTISATIONS

La cotisation est révisable à chaque échéance annuelle, selon les modalités définies entre le souscripteur et la mutuelle.

14 DEFAUT DE PAIEMENT

Le Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

15 SUSPENSION DES GARANTIES

NON PAIEMENT DE LA COTISATION :

Le non-paiement de la cotisation visé à l'article 16 ci-dessous emporte suspension de la garantie.

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 contrat ni au bénéfice du tiers-payant.

16 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 à laquelle le Membre Participant cesse d'appartenir à l'association souscriptrice,
- à la date de résiliation du contrat,
- à la date de dénonciation de l'affiliation par le Membre Participant,
- pour les ayants droit, le jour où ils ne remplissent plus les conditions requises.

La cessation des garanties, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la perte immédiate de droits aux prestations pour les Membres Participants et leurs ayants droit, au titre des garanties du contrat.

DISPOSITIONS DIVERSES

17 FAUSSE DECLARATION

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.

18 SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit aux Membres Participants ou à l'un de leurs ayants droit dans leur action contre les tiers responsables, dans la limite des dépenses supportées, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce pour toutes les prestations versées au titre d'une réparation indemnitaire totale ou partielle versées par la Mutuelle au Membre Participant ou à ses bénéficiaires.

19 PRESCRIPTION – REGLES GENERALES

Conformément à l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations mentionnées au contrat sont prescrites dans le délai de 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

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 la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu la connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le Membre Participant (garantie obsèques) et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du Membre Participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit du Membre Participant à bénéficier de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2444 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

20 FONDS SOCIAUX

Indépendamment des prestations, objet du présent contrat, une adhésion supérieure d'un an au présent contrat offre la possibilité aux membres participants de demander à bénéficier du fonds social dans le cas où ils se trouvent dans des conditions sociales difficiles. Les membres participants peuvent ainsi demander l'intervention du fonds social de la Mutuelle, en application des dispositions statutaires (article 66). La décision d'acceptation ou du refus d'intervention est étudiée par la Commission Sociale de la Mutuelle et est sans appel.

21 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 Périce - 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

22 PROTECTION DES PERSONNES PHYSIQUES A L'EGARD DU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Le Délégué à la protection des données peut être contacté aux coordonnées suivantes :

- **protectiondesdonnees@mutuelle-mie.fr**
- ou **Mutuelle MIE - Service Protection des données - Immeuble Le Périce - 16 Avenue Louison Bobet - CS 60005 - 94132 FONTENAY-SOUS-BOIS Cedex**

Il veille à la sécurité et à la confidentialité des données dans les conditions déterminées ci-après.

22.1 Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données sont nécessaires à l'exécution de la relation contractuelle conclue entre le Membre Participant et la mutuelle. Le recueil des données revêt dès lors un caractère obligatoire à titre contractuel.

Les données personnelles collectées permettent :

- l'identification du Membre Participant et des bénéficiaires,
- l'examen, la tarification, le contrôle, la surveillance des risques,
- la réalisation de toute opération nécessaire à l'exécution et la gestion des garanties,
- l'encaissement des cotisations,
- la gestion des impayés et leur recouvrement,
- la gestion des recours, des réclamations et des contentieux,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des Membres Participants sur leurs données personnelles.

A des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle MIE, et dans le respect des principes mutualistes, les données du Membre Participant permettent également :

- la réalisation d'études actuarielles et statistiques,
- la mise en place d'actions de prévention.

Dans le cadre de la gestion commerciale, les données du Membre Participant et des bénéficiaires peuvent également être utilisées pour :

- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- pour réaliser des sondages, jeux concours,
- élaborer des statistiques commerciales,
- pour proposer des offres commerciales pour des produits de la mutuelle MIE, ainsi que des offres des partenaires.

Le Membre Participant peut s'opposer à cet usage à tout moment et modifier ses choix.

Les données du Membre Participant sont également traitées pour répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur telles que la lutte contre le blanchiment.

Les données collectées peuvent enfin être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées (analyse et détection des actes, gestion des alertes, constitution de liste de personnes, gestion des procédures).

22.2 Destinataires des données à caractère personnel

Les données personnelles du Membre Participant sont destinées, dans la limite de leurs attributions, aux services de la mutuelle en charge de la gestion et de l'exécution du contrat et de chacune des garanties, aux délégataires de gestion, intermédiaires en assurance, partenaires, mandataires, sous-traitants.

Les données peuvent également être transmises, s'il y a lieu, aux organismes offrant des prestations complémentaires, co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations.

Des informations concernant le Membre Participant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (ayants droit et représentants), ainsi qu'à toutes personnes habilitées notamment les juridictions, arbitres, médiateurs, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne.

Les données de santé sont destinées aux Médecins conseils, et à leur personnel.

Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

22.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du Membre Participant sont conservées le temps de l'adhésion et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

22.4 Les droits du Membre Participant

Le Membre Participant a la faculté de solliciter auprès du délégué à la protection des données :

- l'accès aux données à caractère personnel (droit d'obtenir la confirmation que des données le concernant sont ou ne sont pas traitées et, dans l'affirmative, l'accès à ces données),
- la rectification des informations inexactes le concernant (droit de rectifier et compléter),
- l'effacement (notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées ou traitées d'une autre manière ou en cas d'opposition au traitement),
- la limitation du traitement (dans les conditions prévues par la loi),
- la portabilité de ses données (droit de recevoir les données le concernant dans un format structuré, couramment utilisé et lisible par un support informatique et droit de le transmettre à un autre responsable de traitement).

Le Membre Participant peut également retirer son consentement si le traitement de ses données repose uniquement sur celui-ci.

Le Membre Participant bénéficie du droit de s'opposer :

- pour des raisons tenant à sa situation particulière, à ce que des données à caractère personnel le concernant fassent l'objet d'un traitement mis en œuvre à des fins d'intérêts légitimes de la mutuelle MIE. Dans cette hypothèse, le caractère particulier de sa situation devra être clairement argumenté.
- à ce que ses données soient utilisées, y compris en interne au sein de la mutuelle MIE, à des fins de prospection commerciale ou à ce que ses données soient transmises à des tiers à des fins de prospection commerciale. Dans ce cas, cette opposition n'a pas à être motivée.

Le Membre Participant peut exercer l'ensemble de ses droits, en justifiant de son identité, par l'envoi d'une lettre simple à l'adresse suivante : **Mutuelle MIE - Service Protection des données - 16 Avenue Louison Bobet - Immeuble Le Périce - CS 60005 - 94132 FONTENAY-SOUS-BOIS Cedex**

Le Membre Participant a 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

23 AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION : ACPR

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située : **4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09**

24 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

25 RECLAMATIONS / MEDIATION

Pour toute réclamation du souscripteur ou du Membre Participant à l'égard de la Mutuelle, ce dernier devra adresser sa réclamation, motivée et accompagnée des pièces justificatives, par écrit à la **MIE - Service Réclamations, Immeuble le Périce, 16 avenue Louison Bobet, CS 60005, 94132 FONTENAY-SOUS-BOIS Cedex.**

Un accusé de réception écrit de la réclamation sera adressé au Membre Participant dans les 10 jours de la réception de sa déclaration.

Le délai de traitement des réclamations est de deux mois à compter de la réception de la réclamation.

Dans le cas où la Mutuelle ne serait pas en mesure de traiter la réclamation dans ce délai, elle informera le Membre Participant du délai estimé pour ce traitement et des raisons qui justifient une prolongation de ce délai.

Si aucune solution n'a pu être trouvée, le réclamant peut user de toutes les voies de recours légales à sa disposition.

Pour la médiation, c'est le Service Médiation de la FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15 qui représente la MIE (site Internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr>).

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.

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

Optique

Le réseau partenaire Kalixia Optique : Avantages jusqu'à 40% sur les verres, 20% de réduction sur les prix des montures et 30% sur les prix des lentilles.

Audition

Le réseau partenaire Kalixia Audio : Jusqu'à - 500 € pour un appareillage complet, inclus dans les prix les piles, le kit d'entretien de 6 mois, une garantie panne de 4 ans, une remise de 20 % sur les accessoires de connectivité, une offre exclusive « Prim'Audio » pour un appareillage de qualité à 700 € maximum.

Pharmacie, radiologie, laboratoires d'analyses, auxiliaires médicaux, ambulances, soins externes ...

Tiers-payant généralisé avec le concentrateur VIAMEDIS

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 transmis ces informations à MIE** » 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 thermale

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 :

- transmettre une demande de remboursement ou de prise en charge hospitalière,
- déposer des factures, justificatifs, devis dentaire ...
- consulter leurs garanties et remboursements santé
- modifier leurs informations personnelles
- télécharger leur(s) carte(s) d'adhérent
- géolocaliser des professionnels de santé partenaires du réseau Kalixia (optique/audition)
- accéder aux services d'assistance IMA

Ils ont également la possibilité de choisir de recevoir leurs décomptes par mail plutôt que par courrier ou de les consulter en ligne.

CONTACTS

ADHERENTS MIE

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

Service Relation Clients : **01 43 96 74 10**, ouvert du lundi au jeudi de 8h30 à 17h30, le vendredi de 8h30 à 17h00, sans interruption

Fax : **01 49 74 08 36** - Site internet : www.mutuelle-mie.fr

Toutes demandes de renseignements et remboursements : macommunemasante@mutuelle-mie.fr

SOLUTIONS SANTE MUTUALISEES MA COMMUNE MA SANTE

Service conseils & souscription : **05 64 10 00 48**, ouvert du lundi au vendredi de 9h00 à 18h00

Garanties et tarifs en ligne sur le site internet : macommunemasante.org