



Salariés

**Notice
d'information
complète**

CASINO RESTAURATION
- Casino Cafétéria
- Les Comptoirs Casino

**FRAIS
DE
SANTE**



MIEL
M u t u e l l e

Votre partenaire santé à vos côtés
Tél. : 04 77 49 36 80 - www.mielmut.fr

● <i>Bénéficiaires / prestations</i>	<i>P.3/7</i>
● <i>MIEL Mutuelle Assistance</i>	<i>P.8</i>
● <i>Réglementation et tarifs</i>	<i>P.9</i>
● <i>Démarches d'affiliation</i>	<i>P.10/11</i>
● <i>Règlement de vos prestations</i>	<i>P.12/14</i>
● <i>La portabilité des droits</i>	<i>P.15/16</i>
● <i>Le régime d'accueil des personnes en prolongation de garanties</i>	<i>P.17</i>
● <i>Le régime d'accueil des personnes dans certains cas de suspension du contrat de travail</i>	<i>P.18</i>
● <i>Exemples de remboursements</i>	<i>P.19</i>
● <i>Bulletin d'affiliation / d'ajout de bénéficiaires</i>	<i>P.20/21</i>
● <i>Bulletin de changement de niveau</i>	<i>P.22</i>
● <i>Déclarations de naissance - d'adoption et de décès</i>	<i>P.23</i>

CASINO RESTAURATION a souscrit auprès de MIEL Mutuelle, un contrat collectif garantissant la prise en charge complémentaire à la Sécurité sociale des frais de soins de santé.

Ce contrat concerne à titre obligatoire :

- Les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée indéterminée (CDI) ayant une ancienneté minimum de 6 mois.
- Chaque membre d'un couple (mariés, pacsés, concubins), lorsque tous deux sont salariés de CASINO RESTAURATION.
- Les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois (ne pouvant justifier d'une couverture souscrite par ailleurs), ayant une ancienneté minimum de 6 mois.

Ce contrat concerne à titre facultatif :

- Les salariés sous contrat à durée indéterminée jusqu'à 6 mois d'ancienneté,
- Les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;
- Les salariés embauchés sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois et bénéficiant d'une couverture souscrite par ailleurs, sous réserve de le justifier chaque année à l'employeur ;
- Les ayants droit des salariés de CASINO RESTAURATION,
- Les salariés bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) pour la durée de leur prise en charge par la CMUC, sur présentation chaque année à l'employeur d'une attestation justifiant de la prise en charge du salarié au titre de la CMUC,
- Les salariés bénéficiant avant leur embauche d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi, sous réserve de la présentation chaque année d'une attestation de l'employeur,
- Les apprentis dont la cotisation salariale au présent régime représente au moins 10% de leur rémunération brute.

4 niveaux de garanties

Le niveau 1

- **obligatoire** pour les salariés concernés à titre obligatoire
- **optionnel** pour les salariés concernés à titre facultatif

Ce niveau vous assure pour tous les soins remboursés par le Régime Obligatoire (Sécurité sociale, RAM...) le paiement du ticket modérateur (complément à 100 % de la base de remboursement en cas du respect du parcours de soins), et le versement d'indemnités diverses.

Les niveaux 2, 3, 4

- **optionnel** pour tous les salariés

Pour que chaque famille n'a pas les mêmes besoins dans le domaine de la santé, MIEL Mutuelle propose 3 autres niveaux comprenant les prestations garanties par le niveau 1, complétées par une participation plus importante en dentaire, en optique et sur les dépassements d'honoraires des auxiliaires médicaux, radiologies et transport ainsi qu'une prise en charge plus importante en hospitalisation.

Toute modification des garanties ou des tarifs applicables fera l'objet d'une nouvelle notice d'information.

Les changements de niveau

Les changements de niveau vers un niveau supérieur s'effectuent au 1^{er} jour du mois suivant la demande.

Exemple : Pour une demande le 25 mai, prise en compte du changement de niveau au 1^{er} juin.

Toute demande tendant à bénéficier d'un niveau inférieur sera effective à compter de la fin de la durée d'affiliation minimale correspondant au niveau souscrit, soit :

Niveau 2 : durée d'affiliation minimale de 2 ans

Niveau 3 : durée d'affiliation minimale de 3 ans

Niveau 4 : durée d'affiliation minimale de 4 ans

A titre dérogatoire, le changement de niveau vers un niveau inférieur* peut s'effectuer à tout moment dans les cas suivants :

- Naissance ou adoption d'un enfant à la charge du salarié ;
- Mariage ou divorce du salarié, début ou fin de concubinage du salarié ;
- Conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- Décès du salarié, de son conjoint, de l'un de ses ayants droit ou de la personne qui lui est liée par un PACS ;
- Invalidité de l'affilié, de son conjoint, de ses enfants ou de la personne qui lui est liée par un PACS, l'invalidité s'apprécie au sens des 2^o et 3^o de l'article L.341-4 du code de la Sécurité sociale ou doit être reconnue par décision de la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L.323-11 ou de la commission départementale de l'éducation spéciale à condition que le taux d'incapacité atteigne au moins 80% et que l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle ;
- Obligation faite au conjoint d'adhérer à un régime collectif de groupe frais de santé souscrit par son propre employeur, sur justificatif ;
- Passage pour le salarié d'un emploi temps plein à un emploi temps partiel ;
- Pour les salariés à temps partiel, réduction de l'horaire contractuel de 25% et plus ;
- Recevabilité d'un dossier de surendettement des particuliers déposé auprès de la Banque de France, en application de l'article L.331-2 du code de la consommation ;
- Acquisition, agrandissement, sous réserve de l'existence d'un permis de construire ou d'une déclaration préalable de travaux, ou remise en l'état à la suite d'une catastrophe naturelle reconnue par arrêté ministériel, de la résidence principale du salarié ;
- Rupture du contrat de travail.

* Sous réserve d'en faire la demande accompagnée du justificatif afférent sous les 3 mois de la survenance de l'évènement.

Pour changer de niveau, vous devez compléter le formulaire de demande de changement de niveau téléchargeable sur votre espace sécurisé, et nous le retourner par mail, par courrier, ou par télécopie.

Attention :

- Les taux indiqués s'appliquent sur les bases de remboursement de votre RO d'Assurance Maladie. Ces taux tout comme les montants indiqués incluent les prestations versées par ce RO.
- Si vous ne pouvez bénéficier du tiers payant, le décompte original de votre RO devra nous être transmis.
- Le versement des prestations est effectué sous réserve des conditions liées au Contrat Responsable (voir page 9). Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins ne sont pas pris en charge en secteurs 1 et 2.
- Le montant total du remboursement de vos prestations par votre RO et MIEL Mutuelle ne peut excéder les frais réels que vous avez engagés.
- A compter du 01/01/2014, le contrat du groupe CASINO prendra en charge les conséquences, au niveau frais médicaux, des accidents du travail et des maladies professionnelles (notamment les dépassements d'honoraires) non pris en charge par le régime de base. Et ceci à titre d'expérimentation.

Soins médicaux - Soins externes

(sauf obstétrique)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Visites - consultations - actes de spécialistes et chirurgiens - majorations déplacements pour visites et consultations justifiées des médecins spécialistes et généralistes conventionnés	100 %	120 %	150 %	350 %
Visites - consultations non conventionnées - remboursement sur le tarif d'autorité	100 %	120 %	150 %	350 %
Pharmacie vignettes blanches	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie vignettes bleues	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie vignettes orange	100 %	100 %	100 %	100 %
Pharmacie non remboursée (par année civile et par bénéficiaire)	-	-	30 €	50 €
Actes et consultations de radiologie et d'échographie	100 %	200 %	300 %	350 %
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers - orthoptie - orthophonie - massages - analyses)	100 %	200 %	300 %	350 %
Analyses, vaccins injectables, ostéodensitométrie osseuse non remboursés par le RO (joindre ordonnance-facture ou vignettes)	-	70 % FR	80 % FR	90 % FR
Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, podologie, psychologie (plafond global annuel par bénéficiaire)	-	-	75 €	100 €
Action de prévention prise en charge à 100 % Dépistage hépatite B	100 %	100 %	100 %	100 %

Contrat Responsable
CONFORME

Optique

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Lunettes (1 paire de lunettes/an sauf changement de dioptrie supérieur ou égal à 0,5)				
- monture	100% + 20 €	100% + 30 €	100% + 70 €	100% + 150 €
- verre unifocal	100% + 25 €	100% + 50 €	100% + 120 €	100% + 200 €
- verre multifocal	100% + 35 €	100% + 75 €	100% + 200 €	100% + 245 €
Chirurgie de l'œil (forfait par œil)	-	65 €	155 €	200 €
Lentilles cornéennes ordonnancées remboursées (forfait/an/bénéficiaire)	100% + 70 €	100% + 130 €	100% + 310 €	100% + 400 €
Lentilles cornéennes ordonnancées non remboursées (y compris jetables) sauf produits entretien, forfait adaptation (joindre facture et ordonnance de moins de 2 ans) (forfait/an/bénéficiaire)	-	130 €	310 €	400 €

Divers

(joindre la facture)

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Appareil auditif (forfait par appareil adulte de +20 ans)	199,71 €	549,20 €	728,94 €	898,70 €
Acoustique divers et appareil auditif enfant - 20 ans	100 %	275 %	365 %	450 %
Prothèse capillaire remboursée	100 %	150 %	200 %	300 %
Orthopédie et appareillage remboursés	100 %	150 %	200 %	300 %
Fauteuil handicapé remboursé	100% + 200 €	100% + 500 €	100% + 1000 €	100% + 1500 €
Transports remboursés par le RO	100 %	200 %	300 %	400 %
Action de prévention prise en charge à 100 % Dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour l'audiométrie tonale et vocale	100 %	100 %	100 %	100 %

Contrat Responsable
CONFORME

Maternité et obstétrique

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Fécondation in vitro non remboursée (limitée à 2 tentatives par année civile)	-	152,45 €	170 €	300 €
Amniocentèse non remboursée	-	45,75 €	70 €	90 €
Actes d'accouchement, d'obstétricien et d'anesthésiste	100 %	100 %	100 %	100 %
Chambre maternité	35 €/jour	45 €/jour	55 €/jour	70 €/jour

Soins dentaires

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Soins, actes dentaires remboursés par le RO (y compris Inlays / Onlays)	100 %	120 %	150 %	350 %

Prothèses dentaires

(devis et facture indispensables)

Les dépassements en matière d'actes non codifiés par l'Assurance Maladie ou qui ne figurent pas dans la Nomenclature générale des Actes Professionnels ne sont pas pris en charge.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Plafond annuel global par année civile et par bénéficiaire	-	1 600 €	1 900 €	Absence de plafond
Prothèses dentaires remboursées (y compris Inlay core - faux moignons)	170 %	270 %	-	-
Incisives	-	-	440 %	500 %
Canines	-	-	390 %	450 %
Prémolaires, molaires	-	-	320 %	400 %
Autres prothèses remboursées	170 %	270 %	390 %	450 %
Piliers de bridge non remboursés	-	180 %	300 %	450 %
Prothèses dentaires non remboursées (pourcentage de la BR reconstituée)	100 %	180 %	300 %	380 %
Implantologie (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	100 €	180 €
Parodontologie (forfait par an et par bénéficiaire)	-	-	100 €	180 €
Orthodontie remboursée (traitement et bilan)	150 %	250 %	400 %	450 %
Orthodontie non remboursée (traitement) (pourcentage de la BR reconstituée)	-	180 %	300 %	350 %

Indemnités Diverses

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Forfait pour une cure thermique remboursée, 1 fois par année civile. (acceptée par le Régime Obligatoire et d'une durée de 3 semaines) Joindre la facture de l'établissement thermal, le décompte de votre RO et le justificatif de transport et/ou d'hébergement.	125 €	150 €	175 €	200 €
Soins liés à la cure (sauf transport et hébergement)	100 %	100 %	100 %	100 %

Hospitalisation médicale et chirurgicale

Le nombre de jours pris en charge est calculé sur une année civile.
Joindre la facture de l'établissement hospitalier ou du professionnel de santé.

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Honoraires - Actes chirurgicaux - Frais de séjour Établissements conventionnés (joindre la facture, le décompte RO et le bulletin de séjour)	200 %	450 %	500 %	100 % FR
Honoraires - Actes chirurgicaux en ambulatoire (entrée et sortie le même jour) Établissements conventionnés	200 %	300 %	400 %	100 % FR
Honoraires - Actes chirurgicaux - Frais de séjour Établissements non conventionnés (joindre la facture, le décompte RO et le bulletin de séjour)	200 %	450 %	500 %	90 % FR
Forfait journalier en hospitalisation médicale et chirurgicale	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier en maison de repos, centre de convalescence, établissements de cure Hors cure thermale (limité à 30 jours/Année civile/Bénéficiaire)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier en établissements de rééducation fonctionnelle ou motrice (limité à 60 jours/Année civile/Bénéficiaire)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait journalier en établissements psychiatriques (limité à 60 jours/Année civile/Bénéficiaire)	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Chambre en hospitalisation médicale et chirurgicale	35 €/jour	45 €/jour	55 €/jour	85 €/jour
Chambre en maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure Hors cure thermale (limité à 30 jours/Année civile/Bénéficiaire)	10 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	70 €/jour
Chambre en établissements psychiatriques, établissements de rééducation fonctionnelle ou motrice (limité à 60 jours/Année civile/Bénéficiaire)	10 €/jour	15 €/jour	20 €/jour	70 €/jour
Frais d'accompagnant (enfant de moins de 14 ans affilié) Forfait/jour - Nuitée et repas (maximum 15 jours) Joindre facture détaillée et justificatifs par journée d'hospitalisation	15 €/jour	20 €/jour	25 €/jour	55 €/jour
Forfait de 18 € sur les actes médicaux supérieurs ou égal à 120 €	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Pas de remboursement pour les séjours en maisons médicalisées et établissements moyen et long séjour y compris les écoles spécialisées pour enfants pendant la durée de l'année scolaire. S'agissant de séjours pour enfants dans les maisons à caractère sanitaire et social, le forfait journalier est limité à une durée de 3 semaines par enfant et par année civile, pas de complément sur la chambre.

Naissance/Adoption

Aide accordée par la Mutuelle, dans le cadre de son fonds naissance, lors de la naissance ou de l'adoption d'un enfant : 190 € par enfant sur envoi d'un extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption

Garantie obsèques

En cas de décès de l'un des affiliés ou d'un ayant droit affilié sous son contrat.

Produit OREPA Prévoyance dont MIEL Mutuelle est gestionnaire : participation aux frais d'obsèques, sous réserve de fournir à MIEL Mutuelle les justificatifs (cf page 20).

Adulte et enfant au-dessus de 12 ans	2 030,65 €
Enfant de 2 à 12 ans	914,70 €
Enfant de moins de 2 ans	457,35 €

RO : Régime Obligatoire (CPAM, MSA, RAM ...)

BR : Base de remboursement

FR : Frais Réels

* Prix d'un appel local
depuis un poste fixe



Bénéficiez d'une assistance de chaque instant...

En cas d'hospitalisation de plus de 24h :

- Aide ménagère,
- Garde de vos enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes à votre charge,
- Garde de vos animaux familiers,
- Venue d'un proche à votre domicile...

Service de Téléassistance médicalisée possible après une hospitalisation de plus de 8 jours.

En cas de déplacement en France ou à l'étranger :

- Rapatriement médical,
- Visite d'un proche si nécessaire,
- Frais médicaux et d'hospitalisation à l'étranger...

Pour nous joindre

MIEL Mutuelle Assistance 24h/24, 7j/7*

N° Azur : 0810 811 159

Prix d'un appel local depuis un téléphone fixe
(33.1.41.77.45.85 de l'étranger)

Un soutien et une aide pratique :

Vous avez besoin de *renseignements pour toutes vos questions pratiques ou juridiques (aides à domicile, démarches administratives...)*, contactez notre service de renseignements téléphoniques, notre réponse tiendra compte de vos besoins et de votre localisation géographique.

En cas de décès :

- Accompagnement médico social et soutien psychologique,
- Rapatriement du corps (pour tout déplacement au-delà de 50 km de votre domicile),
- Aide ménagère,
- Garde de vos enfants de moins de 16 ans ou des personnes dépendantes à votre charge,
- Garde de vos animaux familiers.

MIEL Mutuelle Assistance vous accompagne également en cas de maladie, de blessure ou d'hospitalisation d'un de vos enfants, pour vos démarches santé dans la vie quotidienne...

Les prestations d'assistance doivent faire l'objet d'un accord préalable de l'assisteur.

Vous pouvez connaître les Conditions Générales de cette garantie sur votre espace personnel sur www.mielmut.fr.



MIEL Mutuelle s'inscrit dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie et respecte pleinement toutes les caractéristiques liées au contrat responsable et à la nouvelle réglementation.

Il s'agit notamment à ce jour de ne pas prendre en charge :

- les majorations de participation de l'assuré en cas de non respect

du parcours de soins coordonné ou en cas de refus de voir le médecin accéder à son dossier médical personnel,

- les dépassements d'honoraires applicables en l'absence de désignation par l'assuré de médecin traitant,

- la participation forfaitaire de 1 €, ...

Nous vous conseillons vivement de suivre le parcours de soins afin d'obtenir le meilleur remboursement.

Tarifs mensuels en euros composition de famille	RÉGIME GÉNÉRAL				RÉGIME ALSACE MOSELLE			
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Adulte	13,60 €	22,85 €	37,44 €	66,82 €	6,23 €	15,52 €	30,01 €	59,24 €
Adulte avec 1 enfant	31,24 €	46,99 €	73,06 €	123,38 €	14,36 €	30,12 €	56,03 €	106,00 €
Adulte avec 2 enfants	48,90 €	71,10 €	108,66 €	179,99 €	22,48 €	44,70 €	81,99 €	152,75 €
Adulte avec 3 enfants et plus	61,49 €	88,36 €	134,10 €	220,40 €	28,28 €	55,14 €	100,58 €	186,16 €
2 adultes	38,82 €	57,31 €	88,32 €	147,63 €	17,86 €	36,34 €	67,15 €	126,00 €
2 adultes avec 1 enfant	56,46 €	81,45 €	123,97 €	204,24 €	25,96 €	50,97 €	93,15 €	172,80 €
2 adultes avec 2 enfants et plus	69,05 €	98,67 €	149,39 €	244,67 €	31,78 €	61,36 €	111,72 €	206,22 €

Les cotisations tiennent compte de la participation employeur.

Tarifs mensuels de cotisation

Les cotisations sont basées sur le régime dont bénéficie l'affilié principal, régime général ou régime Alsace-Moselle, y compris dans l'hypothèse où les ayants droit seraient régis par un autre régime que celui de l'affilié principal.

Les tarifs mensuels de cotisation varient en fonction :

- du niveau de garanties choisi (niveau 1, 2, 3 ou 4),
- de la composition de votre famille et de votre choix d'affilier vos ayants droit ou non au régime de garanties choisi.

Cette répartition relève d'un accord de groupe signé entre vos représentants syndicaux et l'employeur. Votre cotisation est prélevée mensuellement sur votre bulletin de salaire.

L'affiliation et ses formalités

Votre affiliation :

Vous êtes :

- **salarié en CDI avec 6 mois minimum d'ancienneté,**
- **salarié embauché sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois (ne pouvant justifier d'une couverture souscrite par ailleurs), ayant une ancienneté minimum de 6 mois.**

Votre affiliation est effective au niveau 1. Vous remplissez le bulletin d'affiliation en choisissant votre niveau de garanties et vous le communiquez à MIEL Mutuelle. À défaut votre niveau de garanties est automatiquement enregistré sur le niveau 1 (niveau obligatoire).

Pour opter ensuite pour un niveau de garanties supérieur, vous disposez d'un bulletin de changement de niveau téléchargeable sur votre espace sécurisé.

Vous êtes :

- **Salarié en CDI ayant moins de 6 mois d'ancienneté,**
- **Salarié embauché sous contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à 12 mois ;**
- **Salariés embauché sous contrat à durée déterminée d'une durée au moins égale à 12 mois et bénéficiant d'une couverture souscrite par ailleurs;**
- **Salarié bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC),**
- **Salariés bénéficiant avant d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans le cadre d'un autre emploi,**
- **Apprenti dont la cotisation salariale représente au moins 10% de sa rémunération brute.**

Votre affiliation peut s'effectuer à tout moment. Pour cela, vous devez remplir un bulletin d'affiliation téléchargeable sur votre espace sécurisé et nous l'adresser directement par courrier.

L'affiliation de vos ayants droit :

L'affiliation de vos ayants droit (cf Règlement Mutualiste MIEL Mutuelle) peut s'effectuer au moment de votre affiliation ou postérieurement.

En cas d'affiliation postérieure, vous devez utiliser le bulletin d'ajout de bénéficiaire téléchargeable sur votre espace sécurisé.

Vous devez cocher la case "MODIFICATION", renseigner la partie 1, et ajouter dans la partie 4 le nom des bénéficiaires que vous souhaitez rattacher à votre contrat.

Remarques :

Chacun des bénéficiaires est admis à la garantie frais de soins de santé, sans délai de carence ni formalités médicales.

En cas de déclaration d'un(e) concubin(e) ultérieure à l'affiliation, l'extension de la garantie à son profit prend effet au premier jour du mois suivant la réception par MIEL Mutuelle des justificatifs nécessaires.

Si votre état civil a évolué (mariage, naissance, décès, concubinage...) ou si vous avez changé d'adresse, de banque..., il est impératif de prévenir MIEL Mutuelle en lui adressant les pièces justificatives le plus rapidement possible.

Pièces à fournir pour l’inscription

RO : Régime Obligatoire (CPAM, MSA, RAM ...)

Qualité du bénéficiaire	Pièces justificatives à fournir (photocopies)
Affilié	Relevé d’identité bancaire, postal ou caisse d’épargne + Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale
Conjoint	Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale s’il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de domicile commun (exemple : RIB, quittance EDF...) + Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale s’il est lui-même assuré social
Partenaire lié par un PACS	Justificatif de Pacte Civil de Solidarité + Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale s’il est lui-même assuré social
Enfant à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale	Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale du salarié, ou de son conjoint, ou concubin ou titulaire d’un PACS, justifiant la qualité d’ayant droit à ce titre ou Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale de l’enfant s’il est lui-même assuré social
Enfant jusqu’à leur 25 ^{ème} anniversaire au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d’imposition ou certificat de scolarité + Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale
Ascendants directs, descendants et collatéraux à charge fiscalement au sens de la législation de la Sécurité sociale	Dernier avis d’imposition + Attestation d’immatriculation au RO jointe à l’envoi de la Carte Vitale
Enfants handicapés, sans limite d’âge, dont l’état d’invalidité a été constaté avant leur 25 ^{ème} anniversaire	Document justificatif

Fin de la garantie, radiation

En tant que salarié, votre garantie prend fin dans les cas suivants :

- le dernier jour du mois suivant la fin de votre contrat de travail (le maintien est possible dans les conditions prévues en page 15),
- à la date de suspension du contrat de travail, lorsque cette suspension ne donne droit à aucun versement de salaire, total ou partiel, ou d’indemnités journalières,
- à la date de liquidation de votre pension vieillesse Sécurité sociale,
- à la date de votre 65^{ème} anniversaire.

En ce qui concerne votre conjoint, concubin, partenaire lié par un PACS ou vos enfants à charge, la garantie prend fin dans les cas suivants :

- dès que vous ne bénéficiez plus des garanties du contrat,
- dès que vos ayants droit perdent leur qualité de conjoint, de concubin, de partenaire lié par PACS, d’enfants à charge.

Les ayants droit peuvent se radier quand ils le souhaitent. La prise en compte de leur radiation est effective au premier jour du trimestre civil suivant, sur courrier, sous réserve d’un délai de prévenance d’un mois.

Exemples : Pour une demande le 25 février, prise en compte de votre radiation au 1^{er} avril.

Pour une demande le 15 mars, prise en compte de votre radiation au 1^{er} juillet.

L’ayant droit qui se radie ne peut pas se réaffilier.

La carte d'affiliation

Suite à votre inscription, vous recevrez de la part de MIEL Mutuelle une carte d'affiliation vous permettant de bénéficier du tiers payant, sous réserve qu'une convention ait été conclue avec le professionnel de santé.

En fin de contrat, vous devez impérativement remettre à MIEL Mutuelle votre carte d'affiliation.



Le règlement de vos prestations

Délai de prescription : Les demandes de remboursements doivent être adressées à MIEL Mutuelle dans les 24 mois suivant la date des soins.

Les décomptes concernant des soins antérieurs à votre affiliation doivent être adressés à votre précédent organisme assureur.

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 de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990)

Vous pouvez bénéficier...

Du tiers payant :

Il s'agit grâce à des accords passés entre MIEL Mutuelle et les professionnels de santé de vous dispenser de l'avance des frais de soins de santé dans la limite des garanties souscrites.

Pour bénéficier de ce service, vous présentez au professionnel de santé votre carte d'affiliation et votre carte vitale en cours de validité.

Le tiers payant fonctionne selon les accords existants pour l'hospitalisation, la pharmacie, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les ambulanciers, les kinésithérapeutes, auprès de certaines chaînes d'opticiens et de certains opticiens indépendants.

Seul ce qui reste à votre charge est à régler au professionnel de santé.

De la Télétransmission NOÉMIE :

Cette procédure vous dispense d'adresser vos décomptes du Régime Obligatoire (Sécurité sociale ...) à la Mutuelle.

C'est en effet le Régime Obligatoire (Sécurité sociale...) qui nous les adresse directement par télétransmission. Vos remboursements sont alors traités plus rapidement. La télétransmission fonctionne quand il est fait mention sur vos décomptes Sécurité sociale : «copie transmise à votre organisme complémentaire MIEL Mutuelle».

Il est recommandé de vérifier si cette information est mentionnée à chaque réception de vos décomptes de Sécurité sociale.

Quand ce message n'est pas indiqué, il est impératif de nous adresser votre décompte original du Régime Obligatoire (Sécurité sociale...) pour que nous puissions en effectuer le règlement complémentaire, car ces informations ne nous ont pas été télétransmises par votre centre de Régime Obligatoire (Sécurité sociale..).

Si vous recevez une nouvelle attestation vitale (exemple suite à un déménagement), il est indispensable de nous en faire parvenir une photocopie afin de mettre à jour nos fichiers.

Des décomptes papier :

Si vous ne souhaitez pas bénéficier du système NOÉMIE, il suffit d'adresser à MIEL Mutuelle un courrier spécifiant votre décision de renoncer à bénéficier de la télétransmission NOÉMIE de façon automatique, puis adresser les décomptes originaux émis par la Sécurité sociale.

Certaines prestations nécessitent l'envoi de justificatifs pour obtenir le remboursement. Si vous ne pouvez bénéficier du tiers payant, le décompte original de votre RO devra nous être transmis.

Hospitalisation médicale ou chirurgicale

• Pour bénéficier du tiers payant lors de votre hospitalisation (forfait journalier, ticket modérateur et chambre particulière), vous devez prévenir MIEL Mutuelle qui établira une «prise en charge» et l'adressera directement au centre hospitalier.

MIEL Mutuelle n'intervient pas pour les placements à l'année (maisons médicalisées) ni pour les longs séjours (y compris dans les écoles spécialisées pour enfants pendant la durée de l'année scolaire).

• S'il n'y a pas eu délivrance d'une prise en charge, vous devez nous transmettre :

- pour les séjours en Centre Hospitalier : l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement,
- pour les séjours autres établissements : la facture acquittée précisant la date d'hospitalisation.

• MIEL Mutuelle ne fait pas le tiers payant pour les dépassements d'honoraires. En ce qui concerne les frais d'hospitalisation et les frais ambulatoires, il est indispensable que vous nous adressiez un devis du chirurgien et de l'anesthésiste avant votre hospitalisation. Ce devis vous permettra de connaître l'estimation du remboursement de la mutuelle. Le devis doit comporter la durée approximative de votre séjour, la codification de l'acte et la base de remboursement du Régime Obligatoire ainsi que le montant du dépassement.

Pour obtenir le remboursement, vous devrez ensuite nous adresser la facture acquittée, accompagnée :

- du bordereau S3404 acquitté remis par la clinique,
- ou de l'avis des sommes à payer et de l'attestation de paiement si votre séjour a lieu dans un centre hospitalier.

• Pour les frais d'accompagnant, il est indispensable de joindre la facture détaillée et les justificatifs par journée d'hospitalisation (bulletin de situation).

Dentaire

• Vous pouvez bénéficier du tiers payant pour les soins dentaires (dentistes et centres dentaires mutualistes selon les conventions en vigueur) et pour les prothèses dentaires (uniquement dans les centres dentaires mutualistes) sous réserve d'une demande de prise en charge préalable adressée à MIEL Mutuelle par le professionnel de santé.

• Un devis est indispensable pour les prothèses dentaires. Il vous permettra d'évaluer le montant de vos remboursements.

Ce devis est valable 3 mois et sa durée de validité ne peut excéder le 31 décembre de l'année en cours. Si les travaux ne sont pas réalisés à cette date, un nouveau devis devra être produit.

• Pour les actes dentaires refusés par le Régime Obligatoire, vous devrez fournir à MIEL Mutuelle la facture acquittée originale, afin de valoriser le montant du remboursement.

Optique

• Pour bénéficier du tiers payant, il est impératif que votre opticien demande à MIEL Mutuelle une prise en charge préalable. A la fin de son intervention, il nous adressera sa facture accompagnée de la prise en charge.

• Lorsqu'il n'y a pas eu de tiers payant, vous devez adresser la facture acquittée originale ainsi que le décompte du Régime Obligatoire.

• Les lentilles refusées seront remboursées sur production de la facture acquittée originale et d'une copie de l'ordonnance de moins de deux ans dans les conditions stipulées au Règlement Mutualiste.

Le paiement des prestations

Les prestations sont directement versées à l'affilié par virement bancaire ou postal, dans un délai maximal de 10 jours à réception du dossier complet.

Un décompte récapitulatif détaillé des prestations complémentaires versées vous est alors adressé, **au plus tard 30 jours après le premier règlement effectué dans le mois.**

Pour toute réclamation, nous vous demandons d'attendre la réception de ce décompte avant de nous contacter.

Les décomptes en ligne : www.mielmut.fr

Vous pouvez consulter le détail de vos remboursements sur un site internet sécurisé. Il vous sera délivré un code d'accès, après remplissage d'un formulaire en ligne accessible sur www.mielmut.fr.

MIEL Mutuelle vous permet également de recevoir un avertissement personnel par e-mail à chaque nouveau remboursement.

Ils sont consultables pendant une période de 2 ans et sont entièrement confidentiels. Ce site internet vous permet également de vous informer sur l'actualité de notre prévention, comprendre vos remboursements...

Nouveau depuis le 1^{er} mai 2013

Si vous avez optez pour la consultation en ligne de vos remboursements via votre espace sécurisé, accédez, à compter du 1^{er} mai prochain, à votre décompte dès lors que votre prestation complémentaire aura été versée. Ce nouveau service vous permet d'accéder à ce document sans attendre l'envoi papier programmé chaque trimestre.

Le service de renseignements téléphoniques MIEL : 04 77 49 36 80

Vous pouvez contacter notre service de renseignements téléphoniques MIEL, afin de disposer de réponses personnalisées et adaptées sur :

- la gestion de vos prestations,
- la compréhension de vos garanties,
- l'état de vos remboursements.

Renseignements utiles

Les demandes de prise en charge peuvent se faire :

- par téléphone auprès de notre service accueil à ce numéro : 04.77.49.36.80
- par fax à ce numéro 04.77.49.29.12 (Optique)
- par fax à ce numéro 04.77.49.29.13 (Dentaire)
- par fax à ce numéro 04.77.49.29.14 (Hospitalisation)

MIEL Mutuelle
11 rue du Gris de Lin
42 021 Saint-Etienne Cedex 1

Site Internet : www.mielmut.fr
E-mail : mielmut@mielmut.fr

Téléphone : 04.77.49.36.80
du lundi au vendredi
de 8h00 à 18h00
Fax : 04.77.49.35.48

Ces dispositions sont applicables à compter du 1er Juin 2014. Avant cette date, les parties appliqueront les dispositions prévues par l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 Janvier 2008.

En application de l'article L 911-8 du code de la Sécurité Sociale, le salarié bénéficie du maintien, à titre gratuit, de la couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage selon les conditions suivantes :

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois,
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur,
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise,
- L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article,
- L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.
- Ces dispositions sont applicables dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de la cessation du contrat de travail.

Afin de maintenir la mutuelle aux personnes dans certains cas de rupture du contrat de travail, un régime d'accueil est proposé à titre facultatif.

Personnes concernées :

Les personnes concernées sont les suivantes :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une pension de retraite,
- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'incapacité,
- les anciens salariés bénéficiaires d'une indemnité chômage,
- les ayants droit et les conjoints des salariés mandataires décédés.

La demande de maintien de la couverture doit être faite par écrit auprès de MIEL Mutuelle, au plus tard, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou suivant la date du décès. Elle est étendue à titre facultatif à votre conjoint et à vos ayants droit. La garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Vos prestations :

Les prestations garanties sont identiques à celles des salariés en activité pour les niveaux 1, 2 et 3.

Un niveau 4 spécifique vous est proposé.

Les conditions de changement de garanties restent strictement identiques à celles des salariés en activité.

La date d'entrée en vigueur du régime est consécutive à celle de fin du régime des actifs.

Les tarifs :

Dans le cadre du respect des dispositions légales en vigueur, les tarifs présentent une majoration par rapport aux salariés, gérants et co-gérants mandataires.

Règlement des cotisations :

Les bénéficiaires de ce régime d'accueil règlent leurs cotisations à MIEL Mutuelle selon 3 possibilités :

- par prélèvement trimestriel en 4 fois sans frais, chaque échéance trimestrielle étant fixée par MIEL Mutuelle au 15 du 1er mois du trimestre (exemple : prélèvement au 15 janvier pour le 1^{er} trimestre de l'année civile).
- par prélèvement mensuel en 12 fois sans frais, chaque échéance mensuelle étant fixée par MIEL Mutuelle au 15 du mois en cours (exemple : prélèvement au 15 janvier pour le mois en cours).
- par chèque bancaire à l'année (date limite de paiement au 15 janvier de l'année considérée).

Afin de maintenir la mutuelle aux personnes dans certains cas de suspension du contrat de travail, un régime d'accueil est proposé à titre facultatif.

Personnes concernées :

Les personnes concernées sont les suivantes :

- les salariés de CASINO RESTAURATION (cf page3) dans les cas de suspension provisoire du contrat de travail, lorsque cette suspension ne donne droit à aucun versement de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières,
- les salariés absents pour congé parental d'éducation,
- les salariés absents pour congé sabbatique,
- les salariés absents pour congé création d'entreprise.

La demande de maintien de la couverture doit être faite par écrit auprès de MIEL Mutuelle. Elle est étendue à titre facultatif à votre conjoint et à vos ayants droit.

Vos prestations :

Les prestations garanties sont identiques à celles des salariés en activité.

Les conditions de changement de garanties restent strictement identiques à celles des salariés en activité.

La date d'entrée en vigueur du régime est consécutive à celle de fin du régime des actifs.

Les tarifs :

Les tarifs présentent une majoration par rapport à ceux des salariés en activité.

Les tarifs appliqués sont ceux proposés au moment de la demande de maintien de la couverture.

Règlement des cotisations :

Les bénéficiaires de ce régime d'accueil règlent leurs cotisations à MIEL Mutuelle selon 3 possibilités :

- par prélèvement trimestriel en 4 fois sans frais, chaque échéance trimestrielle étant fixée par MIEL Mutuelle au 15 du 1^{er} mois du trimestre (exemple : prélèvement au 15 janvier pour le 1^{er} trimestre de l'année civile).
- par prélèvement mensuel en 12 fois sans frais, chaque échéance mensuelle étant fixée par MIEL Mutuelle au 15 du mois en cours (exemple : prélèvement au 15 janvier pour le mois en cours).
- par chèque bancaire à l'année (date limite de paiement au 15 janvier de l'année considérée).

Pour une [consultation](#) à 30 € chez votre [généraliste](#) (avec respect du parcours de soins) :

Le régime obligatoire (RO) vous rembourse 70 % de la base de remboursement de 23 € soit 15,10 € (déduction du forfait de 1 €)

	Frais réels	RO (1)	MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge
NIVEAU 1	30,00 €	15,10 €	6,90 €	22,00 €	8,00 €
NIVEAU 2	30,00 €	15,10 €	11,50 €	26,60 €	3,40 €
NIVEAU 3	30,00 €	15,10 €	13,90 €	29,00 €	1,00 €
NIVEAU 4	30,00 €	15,10 €	13,90 €	29,00 €	1,00 €

Pour une [consultation](#) à 60 € chez votre [spécialiste](#) (avec respect du parcours de soins) :

Le régime obligatoire (RO) vous rembourse 70 % de la base de remboursement de 28 € soit 18,60 € (déduction du forfait de 1 €)

	Frais réels	RO (1)	MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge
NIVEAU 1	60,00 €	18,60 €	8,40 €	27,00 €	33,00 €
NIVEAU 2	60,00 €	18,60 €	14,00 €	32,60 €	27,40 €
NIVEAU 3	60,00 €	18,60 €	22,40 €	41,00 €	19,00 €
NIVEAU 4	60,00 €	18,60 €	40,40 €	59,00 €	1,00 €

Pour une [incisive](#) (SPR 50) à 500 € :

Le régime obligatoire (RO) vous rembourse 70 % de la base de remboursement de 107,50 € soit 75,25 €

	Frais réels	RO (1)	MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge
NIVEAU 1	500,00 €	75,25 €	107,50 €	182,75 €	317,25 €
NIVEAU 2	500,00 €	75,25 €	215,00 €	290,25 €	209,75 €
NIVEAU 3	500,00 €	75,25 €	397,75 €	473,00 €	27,00 €
NIVEAU 4	500,00 €	75,25 €	424,75 €	500,00 €	0 €

Pour une [paire de lunettes](#) (monture + verres unifocaux) à 645 € :

Le régime obligatoire (RO) vous rembourse 60 % de la base de remboursement de 11,83 € pour la monture et les verres soit 7,10 €. Il s'agit d'un exemple : le remboursement varie en fonction de la codification des verres.

	Frais réels	RO (1)	MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge
NIVEAU 1	645,00 €	7,10 €	74,73 €	81,83 €	563,17 €
NIVEAU 2	645,00 €	7,10 €	134,73 €	141,83 €	503,17 €
NIVEAU 3	645,00 €	7,10 €	314,73 €	321,83 €	323,17 €
NIVEAU 4	645,00 €	7,10 €	554,73 €	561,83 €	83,17 €

Pour une [paire de lunettes](#) (monture + verres multifocaux) à 1 045 € :

Le régime obligatoire (RO) vous rembourse 60 % de la base de remboursement de 23,56 € pour la monture et les verres soit 14,14 €. Il s'agit d'un exemple : le remboursement varie en fonction de la codification des verres.

	Frais réels	RO (1)	MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge
NIVEAU 1	1 045,00 €	14,14 €	99,41 €	113,55 €	931,45 €
NIVEAU 2	1 045,00 €	14,14 €	189,41 €	203,55 €	841,45 €
NIVEAU 3	1 045,00 €	14,14 €	479,41 €	493,55 €	551,45 €
NIVEAU 4	1 045,00 €	14,14 €	649,41 €	663,55 €	381,45 €

Aide à la naissance ou à l'adoption

190 € par enfant

Pour que le fonds social de la mutuelle puisse participer à cet heureux événement et pour que la cotisation soit gratuite le mois de naissance, ainsi que le mois suivant. Cette déclaration doit nous parvenir dans les trois mois suivant la naissance ou l'adoption.

NOM - PRÉNOM

NUMÉRO D'AFFILIÉ

--

déclare la naissance ou l'adoption de mon enfant (prénom) :

en date du □□/□□/□□□□

Je remplis le bulletin d'ajout de bénéficiaire (page 21) pour l'affiliation de mon enfant.

Je joins :

- Une copie du justificatif d'adoption
- Une copie de l'extrait d'acte de naissance

Fait à

Le □□/□□/□□□□

Signature

DÉCLARATION DE DÉCÈS (en cas de décès de l'affilié ou d'un ayant-droit de l'affilié sous contrat)

Indemnité obsèques

2030,65 €*

Cette déclaration doit nous parvenir dans les trois mois qui suivent le décès.

* à partir de 12 ans

Enfant de 2 à 12 ans : 914,70 €

Enfant de - de 2 ans : 457,35 €

Contrat annuel de frais d'obsèques : produit OREPA Prévoyance dont MIEL Mutuelle est gestionnaire

NOM - PRÉNOM

ADRESSE DU DÉCLARANT

Déclare le décès de :

☐ M. ☐ Mme

Survenu le (date) :

□□/□□/□□□□

ADRESSE DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE

NUMÉRO D'AFFILIÉ

--

Je joins :

- Une copie de l'acte de décès
- La facture des pompes funèbres
- Les coordonnées de la personne ayant réglé les obsèques, et éventuellement les coordonnées du notaire chargé de la succession

Fait à

Le □□/□□/□□□□

Signature

à retourner à **MIEL Mutuelle** • 11 rue du Gris de Lin • 42021 Saint-Étienne Cedex 1

Merci de vous référer à la page 11 pour connaître les pièces justificatives à nous fournir

AFFILIATION ☐ **MODIFICATION** ☐ **RADIATION** ☐

NOM - PRÉNOM	ADRESSE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
 	FIXE PORT. E.MAIL

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU SALARIÉ	
MATRICULE	LIEU DE TRAVAIL
NATURE DU CONTRAT : ☐ DÉTERMINÉ ☐ INDÉTERMINÉ	

Demande à adhérer à MIEL Mutuelle à compter du

0

1

/

/

2

0

 ainsi qu'au contrat Garantie frais d'obsèques assuré par OREPA Prévoyance et à la Garantie Assistance gérée par Mutuaide Assistance.

Je choisis le niveau* : ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2 ☐ Niveau 3 ☐ Niveau 4

Je dépends du : ☐ Régime général ☐ Régime Alsace Moselle

PERSONNES À CHARGES POUR LESQUELLES JE DEMANDE LA GARANTIE DE LA MUTUELLE PLUS DE MOI-MÊME			
NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

* Un seul et même niveau par contrat.

Attention : le choix des niveaux s'opère sur une durée minimale : niveau 2 : 2 ans ; niveau 3 : 3 ans ; niveau 4 : 4 ans, à l'exception du transfert du niveau 1, du niveau 2 ou du niveau 3 vers des niveaux plus élevés.

Toutes les zones de ce bulletin doivent être obligatoirement et correctement remplies, toute anomalie pouvant entraîner des erreurs soit dans la mise à jour de votre dossier soit dans le paiement de vos prestations.

☒ **Je souhaite bénéficier de la télétransmission**
(transmission automatique des décomptes par le Régime Obligatoire)

☐ **Je souhaite bénéficier du tiers payant**
(pour éviter l’avance des frais)

Je joins **obligatoirement** :

- Copie de mon attestation Vitale ou de mon régime d’obligation ainsi que celle de mes ayants droit,
- Un Relevé d’Identité Bancaire.

☒ Je souhaite bénéficier **GRATUITEMENT** des services Internet que me propose MIEL Mutuelle et je choisis :

☐ La formule 1 : abonnement aux décomptes en ligne uniquement

Je dispose d’un accès personnel et sécurisé pour consulter mes remboursements à partir de n’importe quel poste informatique équipé d’une connexion internet. Je n’ai plus besoin de stocker ni d’archiver mes décomptes papier.

OU

☐ La formule 2 : abonnement aux décomptes en ligne et avertissement par e-mail

En plus de l’accès aux décomptes en ligne, je reçois un e-mail pour me signaler le versement d’un nouveau remboursement : cette formule est très pratique lorsque je suis en déplacement.

Merci de nous communiquer votre e-mail (indispensable) : _____@_____

Votre abonnement **gratuit** aux services internet MIEL Mutuelle vous permet notamment d’accéder à vos décomptes en ligne. Aussi, à compter de votre inscription, vous ne recevrez plus vos décomptes papier à votre domicile.
Si vous souhaitez malgré tout les recevoir, rendez-vous sur votre espace sécurisé dans la rubrique «décomptes» afin de modifier cette option.

Je m’engage à me conformer aux statuts et au règlement mutualiste de MIEL Mutuelle.

☒ Fait à _____ le ____/____/_____
Signature _____

INFORMATIONS LEGALES

Vous acceptez de recevoir les informations relatives à vos garanties ainsi que nos informations commerciales sur l’adresse de messagerie indiquée.

Vous pouvez à tout moment et gratuitement vous opposer à cette utilisation en écrivant au siège de la mutuelle. Vous êtes informés que pour des besoins de gestion, des données relatives à votre dossier peuvent être communiquées à nos prestataires.

Nous vous rappelons que conformément aux dispositions de la loi Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d’un droit d’accès, de modification, de rectification et de suppression des données nominatives vous concernant en vous adressant à :

MIEL Mutuelle 11 Rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1 Tél : 04.77.49.35.35 Fax : 04.77.49.35.48

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 de l’assuré ou de l’adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l’article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale (article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, dite loi Evin).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l’indemnisation en s’adressant à l’organisme de son choix (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).

à retourner à **MIEL Mutuelle** • 11 rue du Gris de Lin • 42021 Saint-Étienne Cedex 1

NOM - PRÉNOM	ADRESSE
NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
	FIXE
NUMÉRO D'AFFILIÉ	PORT.
	E.MAIL
RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU SALARIÉ	
MATRICULE	LIEU DE TRAVAIL

Demande à changer de garantie à compter du / /

Je choisis le niveau :

- ☐ Niveau 1 ☐ Niveau 2
☐ Niveau 3 ☐ Niveau 4

Je dépends du :

- ☐ Régime général ☐ Régime Alsace Moselle

Je m'engage à me conformer aux statuts et au règlement mutualiste de MIEL Mutuelle dont j'ai pris connaissance.

Fait à

le / /

Signature

RAPPEL :

Merci de vous référer à la page 4 pour connaître l'ensemble des modalités et des particularités en vigueur.

De manière générale, vous avez le choix entre plusieurs niveaux de garanties. Toute demande tendant à bénéficier d'un niveau inférieur sera effective à compter de la fin de la durée d'affiliation minimale correspondant au niveau souscrit soit : Niveau 2 : 2 ans ; Niveau 3 : 3 ans ; Niveau 4 : 4 ans ; à l'exception du transfert du niveau 1, 2 ou 3 vers des niveaux plus élevés.

Les changements de niveau vers un niveau supérieur s'effectuent au 1^{er} jour du mois suivant, après expiration du délai de préavis de 1 mois.

Vous acceptez de recevoir les informations relatives à vos garanties ainsi que nos informations commerciales sur l'adresse de messagerie Internet que vous nous avez communiquée. Vous pouvez à tout moment et gratuitement vous opposer à cette utilisation en écrivant au siège de la mutuelle. Vous êtes informés que pour des besoins de gestion, des données relatives à votre dossier peuvent être communiquées à nos prestataires. Nous vous rappelons que conformément aux dispositions de la loi Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données nominatives vous concernant en vous adressant à : MIEL Mutuelle 11 rue du Gris de Lin 42021 Saint-Etienne Cedex 1 - Tél. 04.77.49.36.80 Fax 04.77.49.35.48

Renseignements utiles :

MIEL Mutuelle
11 rue du Gris de Lin
42 021 Saint-Etienne Cedex 1

Téléphone : 04.77.49.36.80
du lundi au vendredi
de 8h00 à 18h00
Fax : 04.77.49.35.48

Site Internet : www.mielmut.fr
E-mail : mielmut@mielmut.fr

MIEL
Mutuelle