



Notice
d'information

**FRAIS
DE
SANTÉ**

Salariés
Gérants, co-gérants
mandataires non salariés



MIEL
M u t u e l l e

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

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

Le Groupe CASINO 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, les gérants et co-gérants mandataires non salariés,
- Chaque membre d'un couple (mariés, pacsés, concubins), lorsque tous deux sont salariés du Groupe CASINO.

Sans préjudice des dispositions légales, les cas de dispense prévus dans l'acte juridique sont les suivants (fournir les justificatifs) :

- les salariés titulaires d'un CDD d'une durée inférieure ou égale à 3 mois s'ils justifient bénéficier d'une couverture frais de santé respectant les obligations du « contrat responsable », résultant soit de la souscription d'une assurance individuelle ou soit d'une couverture obligatoire et collective en tant qu'ayants droit,
- les salariés titulaires d'un CDD de plus de 3 mois s'ils justifient par écrit d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties,
- apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de leur rémunération brute.

Ce contrat concerne à titre facultatif :

- Les ayants droit des salariés, gérants et co-gérants mandataires non salariés

4 niveaux de garanties

Le niveau 1 obligatoire

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 et 4 en option

Parce 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 1er jour du mois suivant la demande.

Exemple : Pour une demande le 25 mai, prise en compte du changement de niveau au 1er 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, du gérant et co-gérant mandataire ;
- Mariage ou divorce du salarié, début ou fin de concubinage du salarié ;
- Conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- Décès du salarié, du gérant et co-gérant mandataire, de son conjoint, de l'un de ses ayants droit ou de la personne qui lui est liée par un PACS ;
- Invalidité du salarié, du gérant et co-gérant mandataire, 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° et 3° 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 ou du mandat de gérance.

* 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 figurant page 23 de la présente notice d'information, et nous le retourner par mail, par courrier.

Attention :

Les taux et les remboursements forfaitaires incluent les remboursements de MIEL Mutuelle et ceux de votre Régime Obligatoire (RO : Sécurité sociale, MSA...) sauf pour les remboursements de lunettes exprimés en forfait. Les plafonds intègrent uniquement les remboursements de MIEL Mutuelle. Les pourcentages de remboursement sont calculés sur la base des remboursements (BR) de votre Régime Obligatoire. Le versement des prestations est effectué sous réserve des conditions légales et réglementaires relatives au Contrat Responsable. Les dépassements d'honoraires hors parcours de soins ne sont pas pris en charge en secteurs 1 et 2. Le montant total du remboursement des prestations par le RO et vos organismes complémentaires ne peut excéder les frais réels (FR) engagés.

Le contrat du groupe CASINO prend également 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.

Offre Carte Blanche

Prysm

0€ de reste à charge
pour votre équipement optique

Sous conditions de garantie,
renseignez-vous auprès de
votre opticien référencé Carte Blanche



	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	PANIER DE SOINS(1)
MEDECINE COURANTE					
Médecins signataires OPTAM-OPTAM CO (2) (Consultations et visites / actes techniques médicaux)	100% BR	120% BR	150% BR	350% BR	100% BR
Médecins non signataires OPTAM-OPTAM CO * (2) (Consultations et visites / actes techniques médicaux)	100% BR	100% BR	130% BR	200% BR	100% BR
Pharmacie	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	-
Médicaments SMR majeur (65%)					100% BR
Médicaments SMR modéré ou faible (30% et 15%)					Non
Pharmacie non prise en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Non	Non	30 €	50 €	Non
Analyses médicales	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	100% BR
Analyses et vaccins non pris en charge par le RO (joindre ordonnance)	Non	70% FR	80% FR	90% FR	Non
Médecins signataires OPTAM-OPTAM CO (2) - Radiologie (actes d'imagerie et d'échographie)	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	100% BR
Médecins non signataires OPTAM-OPTAM CO * (2) - Radiologie (actes d'imagerie et d'échographie)	100% BR	180% BR	200% BR	200% BR	100% BR
Ostéodensitométrie non prise en charge par le RO	Non	70% FR	80% FR	90% FR	Non
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthoptie, orthophonie, pédicurie-podologie)	100% BR	200% BR	300% BR	350% BR	100% BR
OPTIQUE					
Un équipement optique tous les 2 ans (équipement : monture + 2 verres). Cette période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de souscription du bénéficiaire. Par dérogation, cette période est réduite à 1 an pour les enfants de - 18 ans et les changements de vue.					
Verre simple	40 € / verre	55 € / verre	125 € / verre	160 € / verre	100% BR
Verre complexe	90 € / verre	90 € / verre	205 € / verre	300 € / verre	100% BR
Verre très complexe	90 € / verre	100 € / verre	225 € / verre	350 € / verre	100% BR
Monture	20 €	30 €	70 €	150 €	100% BR
Lentilles prises en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	100% BR + 70 €	100% BR + 130 €	100% BR + 310 €	100% BR + 400 €	100% BR
Lentilles non prises en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Non	130 €	310 €	400 €	Non
Chirurgie de l'œil (forfait par œil)	Non	65 €	155 €	200 €	Non

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	PANIER DE SOINS(1)
DENTAIRE					
Soins dentaires	100% BR	120% BR	150% BR	350% BR	100% BR
Inlays / Onlays	100% BR	120% BR	150% BR	350% BR	100% BR
Plafond global (sauf soins dentaires et Inlays/Onlays) (par année civile et par bénéficiaire) au-delà de 125% BR	Non	1 440 €	1 710 €	Non	Non
Prothèse fixe métallique prise en charge par le RO	170% BR	270% BR	320% BR	400% BR	125% BR
Prothèse fixe céramique prise en charge par le RO	170% BR	270% BR	415% BR	475% BR	125% BR
Prothèse amovible prise en charge par le RO (et réparation prothèse prise en charge par le RO)	170% BR	270% BR	390% BR	450% BR	125% BR
Orthodontie prise en charge par le RO	150% BR	250% BR	400% BR	450% BR	125% BR
Prothèses dentaires non prises en charge (sauf prothèse provisoire et élément intermédiaire) (forfait par prothèse)	100 €	180 €	300 €	380 €	Non
Implants (racine et pilier) (forfait par année civile est par bénéficiaire)	100 €	200 €	300 €	400 €	Non
Parodontologie non prise en charge par le RO (forfait par année civile et par bénéficiaire)	Non	Non	100 €	180 €	Non
Orthodontie non prise en charge par le RO (traitement échou) (pourcentage de la BR reconstituée)	Non	180% BRR	300% BRR	350% BRR	Non
ORTHOPEDIE ET APPAREILLAGES					
Prothèse auditive Adultes + de 20 ans (forfait par appareil)	100% BR + 100 €	100% BR + 480 €	100% BR + 680 €	100% BR + 880 €	100% BR
Prothèse auditive Enfants - de 20 ans	100% BR	275% BR	365% BR	450% BR	100% BR
Acoustique divers	100% BR	275% BR	365% BR	450% BR	100% BR
Orthopédie et appareillage	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR	100% BR
Fauteuil handicapé	100% BR + 200 €	100% BR + 500 €	100% BR + 1000 €	100% BR + 1500 €	100% BR
MATERNITE					
Chambre maternité	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	70 € / jour	Non
Amniocentèse non prise en charge par le RO	Non	45,75 €	70 €	90 €	Non
Fécondation in vitro non prise en charge par le RO	Non	152,45 € limités à 2 tentatives par an	170 € limités à 2 tentatives par an	300 € limités à 2 tentatives par an	Non
Actes d'accouchement, obstétricien et anesthésiste (Médecins signataires OPTAM-OPTAM CO ou non) * (2)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
ALLOCATION NAISSANCE					
Allocation accordée par la Mutuelle lors de la demande de cette allocation) (extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable)	190 €	190 €	190 €	190 €	190 €

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	PANIER DE SOINS(1)
HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (Y compris Hospitalisation à domicile)					
Médecins signataires OPTAM-OPTAM CO (2) : Honoraires (chirurgicaux / médicaux) (Etablissement conventionné)	200% BR	450% BR	500% BR	100% FR	100% BR
Médecins non signataires OPTAM-OPTAM CO (2) : Honoraires (chirurgicaux / médicaux) (Etablissement conventionné)	180% BR	200% BR	200% BR	200% BR	100% BR
Etablissement non conventionné : Honoraires (chirurgicaux / médicaux)* (avec un minimum équivalent au ticket modérateur)	200% BR	200% BR	200% BR	200% BR	100% BR
Frais de séjour (établissements conventionnés)	200% BR	450% BR	500% BR	100% FR	100% BR
Frais de séjour (établissements non conventionnés) (avec un minimum équivalent au ticket modérateur)	200% BR	450% BR	500% BR	90% FR	100% BR
Forfait Journalier Hospitalier	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR	100% FR
Chambre particulière : médecine et chirurgie	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour	85 € / jour	Non
Chambre particulière : (maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure Hors cure thermique)	10 € / jour limités à 30 jours par an	15 € / jour limités à 30 jours par an	20 € / jour limités à 30 jours par an	70 € / jour limités à 30 jours par an	Non
Chambre particulière : psychiatrie, rééducation (fonctionnelle ou motrice)	10 € / jour limités à 60 jours par an	15 € / jour limités à 60 jours par an	20 € / jour limités à 60 jours par an	70 € / jour limités à 60 jours par an	Non
Frais d'accompagnant - Nuitée et repas (Enfants de moins de 14 ans affilié) (joindre justificatif)	15 € / jour limités à 15 jours par an	20 € / jour limités à 15 jours par an	25 € / jour limités à 15 jours par an	55 € / jour limités à 15 jours par an	Non
Frais de transport	100% BR	200% BR	300% BR	400% BR	100% BR
Forfait de 18€ sur les actes médicaux supérieurs à 120€	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
BIEN ETRE / PREVENTION					
Cure thermique prise en charge par le RO : soins (joindre facture des thermes et décompte RO)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR	Non
Cure thermique prise en charge par le RO : forfait (transport et hébergement) cure d'une durée de 3 semaines, (joindre les justificatifs)	125€ limités à une cure par an	150€ limités à une cure par an	175€ limités à une cure par an	200€ limités à une cure par an	Non
Médecine douce (Ostéopathie, acupuncture, chiropractie, psychologie, podologie) (forfait par année civile et par bénéficiaire) (joindre facture originale nominative)	Non	Non	75 €	100 €	Non
GARANTIE ASSISTANCE					
Assistance santé	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse	Incluse
GARANTIE OBSEQUES**					
Allocation obsèques affiliés de plus de 12 ans	2 030,65 €	2 030,65 €	2 030,65 €	2 030,65 €	2 030,65 €

* Pour les médecins non conventionnés, la BR correspond au Tarif d'autorité

** Assureur pour la garantie Obsèques : MICILS, mutuelle régie par le code de la mutualité et immatriculée sous le numéro 302.927.553, dont le siège social est situé 38 rue François Peissel à Caluire et Cuire (69300)

(1) : le niveau "Panier de soins" est indiqué ici à titre d'information. Il vous informe des garanties santé minimales instaurées par l'accord sur la généralisation de la complémentaire santé pour tous les salariés du privé (ANI).

(2) : OPTAM / OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée / option pratique tarifaire maîtrisée - chirurgiens et obstétriciens...) : voir page 14.

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.

Cotisations mensuelles en euros à compter du 1^{er} juin 2017

Validées par la Commission Paritaire du 2 décembre 2016.

Composition de famille	RÉGIME GÉNÉRAL			
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Adulte	12,84 €	22,47 €	37,65 €	71,45 €
Adulte avec 1 enfant	31,18 €	47,58 €	74,70 €	132,61 €
Adulte avec 2 enfants	49,56 €	72,65 €	111,70 €	193,85 €
Adulte avec 3 enfants et plus	62,66 €	90,59 €	138,17 €	237,56 €
2 adultes	39,05 €	58,31 €	90,57 €	158,86 €
2 adultes avec 1 enfant	57,42 €	83,41 €	127,63 €	220,08 €
2 adultes avec 2 enfants et plus	70,53 €	101,32 €	154,07 €	263,80 €

Composition de famille	RÉGIME ALSACE MOSELLE			
	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Adulte	5,20 €	14,85 €	29,93 €	63,27 €
Adulte avec 1 enfant	13,66 €	30,05 €	56,98 €	113,83 €
Adulte avec 2 enfants	22,10 €	45,21 €	83,99 €	164,41 €
Adulte avec 3 enfants et plus	28,14 €	56,06 €	103,31 €	200,52 €
2 adultes	17,30 €	36,51 €	68,54 €	135,47 €
2 adultes avec 1 enfant	25,70 €	51,72 €	95,59 €	186,08 €
2 adultes avec 2 enfants et plus	31,76 €	62,53 €	114,91 €	222,23 €

Les cotisations affichées concernent uniquement la part salariale, la participation employeur étant déjà déduite des montants mentionnés ci-dessus.

Cotisations mensuelles

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 cotisations mensuelles 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.



Créé depuis 2006, le contrat responsable a été mis en place pour inciter les patients à respecter le parcours de soins coordonnés et limiter les dépenses de santé.

- Permettre une meilleure prise en charge des dépassements d'honoraires auprès des praticiens signataires OPTAM - OPTAM CO (option pratique tarifaire maîtrisée / chirurgiens et obstétriciens)
- Assurer une prise en charge correcte et minimum pour les postes dentaire et optique.

La nouvelle réforme des contrats responsables renforce désormais ce dispositif avec 3 objectifs principaux :

- Réduire le reste à charge des assurés en maîtrisant l'évolution des tarifs pratiqués par les professionnels de santé

Depuis le 1er janvier 2016, en complément de la réforme des contrats responsables, l'Accord National Interprofessionnel (ANI) instaure et encadre la généralisation de la couverture santé pour tous les salariés du privé, et intègre notamment la notion de panier de soins.

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

L'affiliation et ses formalités

Votre affiliation :

Vous êtes :

- **salarié,**
- **gérant ou co-gérant mandataire**

Votre affiliation est effective au niveau 1 le premier jour du mois au cours duquel votre contrat de travail ou votre mandat de gérance prend effet.

Votre demande d'affiliation est communiquée à MIEL Mutuelle par votre groupe, et votre niveau de garanties est automatiquement enregistré sur le niveau 1 (niveau obligatoire).

Pour opter pour un niveau de garanties supérieur, vous disposez d'un bulletin de changement de niveau en page 23 de la présente notice d'information.

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 page 21 (le même que lors de l'affiliation).

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, gérant ou co-gérant mandataire, votre garantie prend fin dans les cas suivants :

- le dernier jour du mois de la fin de votre contrat de travail ou de votre mandat de gérance (le maintien est possible dans les conditions prévues en page 15),
- à la date de suspension du contrat de travail ou du mandat de gérance, 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 1er avril.

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

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

La carte de tiers payant

Suite à votre inscription, vous recevrez de la part de MIEL Mutuelle une carte d'affiliation vous permettant de profiter des réseaux de soins Carte Blanche en optique, dentaire et audioprothèse et également du tiers payant ACTIL. **En cas de radiation, vous devez impérativement retourner à MIEL Mutuelle, vos cartes de Tiers Payant en cours de validité et informer vos professionnels de santé que votre carte n'est plus valide.**



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...

Des réseaux de soins optique, dentaire et audioprothèse :

Profitez des réseaux de soins Carte Blanche pour l'achat de vos lunettes, lentilles, prothèses auditives, soins et prothèses dentaires. En choisissant un professionnel de santé référencé Carte Blanche, vous bénéficierez ainsi de tarifs avantageux permettant de réduire votre reste à charge.

Pour trouver le professionnel de santé référencé le plus proche de chez vous, accédez à l'espace en ligne Carte Blanche via votre espace sécurisé MIEL Mutuelle. Vous y trouverez l'annuaire géolocalisé mais également de nombreuses informations, guides et services sur votre santé au quotidien.

Du tiers payant :

Il s'agit grâce à des accords passés entre ACTIL et les professionnels de santé de vous dispenser de l'avance des frais de soins de santé.

Pour bénéficier de ce service, vous présentez votre carte de tiers payant au professionnel de santé. Vous bénéficiez du tiers payant pour les garanties portées sur votre carte. Si votre professionnel de santé ne pratique pas encore le Tiers Payant, ACTIL se tient à sa disposition au 04.72.27.79.80 (coût non surtaxé).

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, par exemple en cas de double mutuelle, il vous suffit de nous adresser votre demande. Pour chaque remboursement, adressez-nous, depuis votre espace sécurisé, les décomptes originaux émis par la Sécurité sociale ou par votre 1ère mutuelle.

Certaines prestations nécessitent l'envoi de justificatifs pour obtenir le remboursement. **Pour plus de rapidité nous vous invitons à transmettre ces justificatifs depuis votre espace sécurisé mielmututuelle.fr.**

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 effectuer une demande de prise en charge au préalable. Pour plus de rapidité, nous vous conseillons de faire votre demande de prise en charge directement en ligne depuis votre espace affilié ; ou sinon, vous pouvez adresser votre demande auprès de MIEL Mutuelle, par courrier.
- Pour obtenir le remboursement, 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 : le bordereau S3404 acquitté remis par la clinique.
- 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 les frais d'accompagnant, il est indispensable de joindre la facture détaillée et les justificatifs par journée d'hospitalisation (bulletin de situation).

Dentiste

- Vous pouvez bénéficier du tiers payant pour les soins dentaires et pour les prothèses dentaires selon les conventions en vigueur, sous réserve de l'acceptation d'une demande de prise en charge préalable adressée à ACTIL 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 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. Utilisez l'espace sécurisé en ligne pour faire votre demande de devis.
- Pour les actes dentaires non pris en charge par le Régime Obligatoire, vous devrez fournir à la Mutuelle la facture acquittée, afin de valoriser le montant du remboursement.

Optique

- 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 non prises en charge seront remboursées sur production de la facture acquittée et d'une copie de l'ordonnance de moins de deux ans dans les conditions stipulées au Règlement Mutualiste.

OPTAM / OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée)

Il s'agit d'un nouveau dispositif remplaçant le contrat d'accès aux soins (CAS), mis en place depuis le 1er janvier 2017. Tout comme le CAS, son objectif est de favoriser l'accès aux soins des assurés, en incitant les médecins, chirurgiens et obstétriciens exerçant en secteur 2 à stabiliser leurs tarifs.

Les médecins signataires de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO s'engagent à :

- **limiter le taux de dépassement d'honoraires,**
- **réduire le reste à charge des assurés.**

L'OPTAM concerne l'ensemble des médecins, l'OPTAM-CO concerne les chirurgiens, obstétriciens, ophtalmologues,...

Les consultations réalisées auprès des médecins signataires de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO sont mieux remboursées puisque la base de remboursement pris en compte par votre régime obligatoire sera celle du secteur 1 (médecins appliquant des tarifs sans dépassement d'honoraires). De plus, les tarifs des médecins du secteur 2 signataires n'augmenteront pas au cours des trois années que dure le contrat.

Le contrat d'accès aux soins a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal officiel du 6 décembre 2012.

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 est disponible sur votre espace sécurisé.

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

Votre espace personnel en ligne sur www.mielmut.fr

Pour accéder rapidement à toutes les informations relatives à votre contrat, nous vous invitons à créer en quelques clics votre espace personnel et sécurisé depuis le site de MIEL Mutuelle : www.mielmut.fr.

Vous pourrez ainsi consulter le tableau de vos garanties, accéder à vos données personnelles, les modifier en ligne et visualiser le détail de vos remboursements.

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

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

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

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

Traitement des réclamations

1°) Vous souhaitez nous faire part d'une réclamation :

Vous pouvez contacter votre interlocuteur habituel :

- Par mail sur son adresse électronique,
- Sur sa ligne téléphonique directe,

2°) Vous n'êtes pas satisfait de la réponse apportée :

Vous pouvez adresser votre demande :

- Depuis votre espace sécurisé, avec le formulaire "Déclarer une insatisfaction"
- Par mail : service.qualite@mielmut.com
- Par courrier, à l'adresse suivante :

MIEL MUTUELLE

Service qualité Clients

11, rue du Gris de Lin

42021 SAINT ETIENNE cedex 1

MIEL Mutuelle s'engage à répondre à toutes les réclamations qui lui sont adressées.

MIEL Mutuelle s'engage également à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours

ouverts et de vous apporter une réponse circonstanciée dans un délai maximum de 2 mois. Si la complexité du dossier nécessite un délai supplémentaire, nous vous tiendrons informés.

MEDIATEUR

Si le désaccord persiste, vous avez la possibilité de recourir au Médiateur.

Cette procédure ne doit intervenir qu'en dernier ressort, après que les voies de recours au sein de MIEL Mutuelle aient été épuisées (dialogue avec votre interlocuteur habituel, dépôt d'une réclamation).

MEDICYS

Centre de médiation

et règlement amiable des huissiers de justice

73, Boulevard de Clichy

75009 PARIS

ou directement sur le site internet du médiateur :

www.medicys.fr

LA PORTABILITE DES DROITS

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 (justificatif à déposer sur votre espace sécurisé),

- 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. > Accédez à la notice d'information.

Personnes concernées :

Les personnes concernées sont les suivantes :

- les anciens salariés, gérants et co-gérants bénéficiaires d'une pension de retraite,
- les anciens salariés, gérants et co-gérants bénéficiaires d'une rente d'invalidité ou d'incapacité,
- les anciens salariés, gérants et co-gérants bénéficiaires d'une indemnité chômage,
- les ayants droit et les conjoints des salariés, gérants et co-gérants 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, du mandat de gérance, ou dans les 6 mois 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, gérants ou co-gérants, 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 progressivement majorés par rapport à ceux des salariés, gérants et co-gérants mandataires, dans les conditions suivantes :

Première année : aucune majoration, deuxième année : majoration de 25%, troisième année : majoration de 50%, années suivantes : pas de limite.

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 du Groupe CASINO, gérants ou co-gérants mandataires 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, gérants ou co-gérants mandataires absents pour congé parental d'éducation,
- les salariés, gérants ou co-gérants mandataires absents pour congé sabbatique,
- les salariés, gérants ou co-gérants mandataires 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, gérants ou co-gérants mandataires en activité.

Les conditions de changement de garanties restent strictement identiques à celles des salariés, gérants ou co-gérants mandataires en activité.

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

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 35 € chez votre **généraliste** (avec respect du parcours de soins) :

Le régime obligatoire (RO) vous rembourse 70 % de la base de remboursement de 25 € soit 16,50 € (déduction du forfait de 1 €)

	Frais réels	RO (1)	médecin signataire OPTAM-OPTAM CO*			médecin non signataire OPTAM-OPTAM CO*		
			MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge	MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge
NIVEAU 1	35,00 €	16,50 €	7,50 €	24,00 €	11,00 €	7,50 €	24,00 €	11,00 €
NIVEAU 2	35,00 €	16,50 €	12,50 €	29,00 €	6,00 €	7,50 €	24,00 €	11,00 €
NIVEAU 3	35,00 €	16,50 €	17,50 €	34,00 €	1,00 €	15,00 €	31,50 €	3,50 €
NIVEAU 4	35,00 €	16,50 €	17,50 €	34,00 €	1,00 €	17,50 €	34,00 €	1,00 €

*OPTAM / OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée / option pratique tarifaire maîtrisée - chirurgiens et obstétriciens) : voir page 14.

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)	médecin signataire OPTAM-OPTAM CO*			médecin non signataire OPTAM-OPTAM CO*		
			MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge	MIEL (2)	Total (1+2)	Reste à charge
NIVEAU 1	60,00 €	18,60 €	8,40 €	27,00 €	33,00 €	8,40 €	27,00 €	33,00 €
NIVEAU 2	60,00 €	18,60 €	14,00 €	32,60 €	27,40 €	8,40 €	27,00 €	33,00 €
NIVEAU 3	60,00 €	18,60 €	22,40 €	41,00 €	19,00 €	16,80 €	35,40 €	24,60 €
NIVEAU 4	60,00 €	18,60 €	40,40 €	59,00 €	1,00 €	36,40 €	55,00 €	5,00 €

*OPTAM / OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée / option pratique tarifaire maîtrisée - chirurgiens et obstétriciens) : voir page 14.

Pour une **Prothèse fixe céramique** à 450 € (Ces exemples ne tiennent pas compte d'éventuel plafond) :

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	450,00 €	75,25 €	107,50 €	182,75 €	267,25 €
NIVEAU 2	450,00 €	75,25 €	215,00 €	290,25 €	159,75 €
NIVEAU 3	450,00 €	75,25 €	370,88 €	446,13 €	3,88 €
NIVEAU 4	450,00 €	75,25 €	374,75 €	450,00 €	0,00 €

Pour une **paire de lunettes** (exemple pour une monture à 160€ et deux verres simples à 150€ chacun) :

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	460,00 €	7,10 €	100,00 €	107,10 €	352,90 €
NIVEAU 2	460,00 €	7,10 €	140,00 €	147,10 €	312,90 €
NIVEAU 3	460,00 €	7,10 €	320,00 €	327,10 €	132,90 €
NIVEAU 4	460,00 €	7,10 €	450,00 €	457,10 €	2,90 €

Pour une **paire de lunettes** (exemple pour une monture à 160€ et deux verres complexes à 360€ chacun) :

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	880,00 €	14,14 €	200,00 €	214,14 €	665,86 €
NIVEAU 2	880,00 €	14,14 €	210,00 €	224,14 €	655,86 €
NIVEAU 3	880,00 €	14,14 €	480,00 €	494,14 €	385,86 €
NIVEAU 4	880,00 €	14,14 €	750,00 €	764,14 €	115,86 €

NOM - PRÉNOM

NUMÉRO D'AFFILIÉ

■ 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.

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

(encas dedécèsdel'affiliéoud'unayantdroitdel'affiliésouscontrat)



NOM - PRÉNOM

ADRESSE DU DÉCLARANT

Indemnitéobsèques

2030,65 €*

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

* à partir de 12 ans

Déclare le décès de :

☐ M. ☐ Mme

Survenu le (date) :

 / /

ADRESSEDELAPERSONNEDÉCÉDÉE

NUMÉRO D'AFFILIE

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

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

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

1 NOM - PRÉNOM	ADRESSE

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
□ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	FIXE □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
DATE DE NAISSANCE	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 01/01/2022 ainsi qu'au contrat Garantie frais d'obsèques assuré par MICILS et à la Garantie Assistance gérée par Mutuaide Assistance.

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

3 Je dépends du : ☐ Régime général ☐ Régime Alsace Moselle

Je suis : ☐ Salarié ☐ Gérant ou co-gérant mandataire

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

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 joins obligatoirement (voir page 11) :

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

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

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 Evrin).

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 suis :

- ☐ Salarié ☐ Gérant ou co-gérant mandataire

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.

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

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

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



MIEL
Mutuelle

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité • Mutuelle fondée le 15 février 1905 • Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles 776 398 786 • N° SIRET 776 398 786 00025 • CCPC LYON 1067 - 62 U «Copyright © 2017, MIEL Mutuelle Micro Application et ses concédants. Tous droits réservés.» «Conception & réalisation : Service communication MIEL Mutuelle» • Photos libre de droits • MIELNICASAL0118

La constitution des garanties d'assurance en complémentaire santé (branches d'assurances 1 et 2) et l'exécution des engagements à l'égard des adhérents sont réalisées par la Mutuelle MICILS (38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE), soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°302 927 553. En cas de retrait de l'agrément de la Mutuelle MICILS, le bulletin d'adhésion sera résilié le 40ème jour à midi à compter de la date de publication du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie est restituée à l'adhérent.