



VOTRE COUVERTURE SANTÉ

à compter du 1^{er} février 2024

Livret d'accueil

Retraités

Affiliés en rupture de contrat de travail ouvrant droit à un revenu de remplacement,

Ayants droit des affiliés décédés

SOMMAIRE

Vos contacts Miel au quotidien pour la gestion de votre contrat santé	3
Tableau des prestations	4
Tarifs	10
Vos services dédiés, quel que soient vos besoins	11
Le remboursement de vos prestations	12
Affiliation au contrat santé	15
Démarches d'affiliation	17
Bulletin d'affiliation / Ajout de bénéficiaire	18
Mandat de prélèvement SEPA	20
Bulletin de changement de régime	21
Déclaration de naissance ou d'adoption	22
Déclaration décès	22
Traitement des réclamations	23

VOS CONTACTS MIEL AU QUOTIDIEN POUR LA GESTION DE VOTRE CONTRAT SANTÉ

Par téléphone :

04 77 49 36 80

du lundi au vendredi de 8H30 à 17H30 sans interruption

Par courrier :

Services Clients Miel

33 rue des Docteurs Charcot,
42031 SAINT-ETIENNE Cedex

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

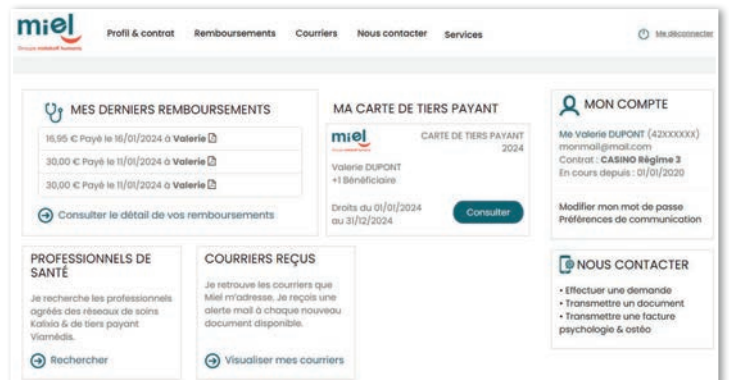
- la gestion de vos prestations,
- la compréhension de vos garanties,
- le suivi de vos remboursements.

Depuis vos services en ligne, pour un accès à votre contrat santé à tout moment :

Votre espace sécurisé accessible sur www.mielmut.fr

Votre espace personnel vous permet d'accéder à vos services en ligne :

- Votre **carte de tiers payant**,
- Vos **remboursements en temps réel**,
- Vos données personnelles et celles vos bénéficiaires,
- La modification **de vos données bancaires**
- Les informations relatives à votre contrat : **garanties, documents contractuels,...**
- L'accès à **vos services dédiés**
- Vos courriers
- **L'envoi de vos demandes**



Pour activer votre espace, nous vous invitons à vous rendre sur www.mielmut.fr > espace Affiliés rubrique «Activer mon compte».

Votre appli mobile mielmut

- L'accès aux réseaux de soins Kalixia optique, dentaire, audio et ostéopathie pour la maîtrise des dépenses santé.
- **L'envoi de photo des devis et factures** pour un traitement et des remboursements encore plus rapides.
- La consultation à tout moment des remboursements.
- **L'accès à la carte de tiers payant** permettant de la présenter aux professionnels de santé comme la carte papier.
- La mise en place d'une alerte pour ne pas oublier de prendre les médicaments

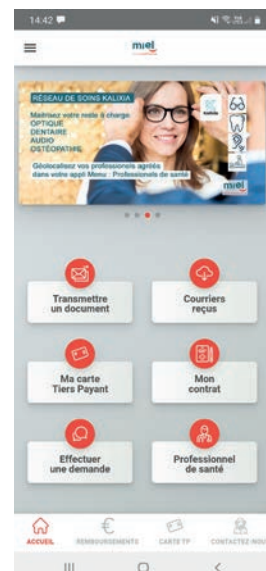


TABLEAU DES PRESTATIONS

Attention :

Les garanties décrites ci-dessous ont pour objet le remboursement, dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires tels que définis au lexique, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident et ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale. Les actes pris en considération sont ceux référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement. Ne sont pas pris en charge par la mutuelle, les actes non pris en charge ou non remboursés par la Sécurité sociale, sauf ceux figurant dans le tableau des garanties ci-dessous. Si leur prise en charge est expressément prévue, les actes doivent être prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et disposant d'un numéro de SIRET.

Les garanties exprimées en % BR comprennent les remboursements du Régime Obligatoire (Sécurité Sociale, MSA...). Les garanties exprimées en euros sont en complément des prestations du régime Obligatoire. La base de remboursement (BR) est le montant défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Le régime ne prend pas en charge les participations forfaitaires et franchises (Art L.160-13 du Code de la Sécurité sociale) et les majorations du ticket modérateur pour les frais effectués hors du parcours de soins. Le régime répond aux critères qualifiant les contrats de « solidaires et responsables » par référence aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

	Régime 1 Responsable Obligatoire	Régime 2 Responsable Facultatif	Régime 3 Responsable Facultatif	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif
	Prestations y/c remboursements SS (sauf garanties en € ou % PMSS), dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés
MÉDECINE COURANTE				
Honoraires médicaux				
Consultation/Visite Généraliste - Praticien adhérent à un DPTAM	130 % BR	145 % BR	200 % BR	+ 150 % BR
Consultation/Visite Généraliste - Praticien non adhérent à un DPTAM	110 % BR	125 % BR	180 % BR	+ 170 % BR
Consultation/Visite Spécialiste - Praticien adhérent à un DPTAM	130 % BR	145 % BR	200 % BR	+ 170 % BR
Consultation/Visite Spécialiste - Praticien non adhérent à un DPTAM	110 % BR	125 % BR	180 % BR	+ 190 % BR
Actes techniques médicaux et de Chirurgie - Praticien adhérent à un DPTAM	140 % BR	145 % BR	200 % BR	+ 100 % BR
Actes techniques médicaux et de Chirurgie - Praticien non adhérent à un DPTAM	120 % BR	125 % BR	180 % BR	+ 120 % BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler - Praticien adhérent à un DPTAM	140 % BR	145 % BR	200 % BR	+ 100 % BR
Actes d'imagerie, échographie et doppler - Praticien non adhérent à un DPTAM	120 % BR	125 % BR	180 % BR	+ 120 % BR
Honoraires paramédicaux				
Auxiliaires médicaux	100 % BR	125 % BR	200 % BR	+ 50 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Actes de biologie médicale (analyses, examens laboratoires...)	100 % BR	125 % BR	200 % BR	+ 50 % BR
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
Médicaments remboursés à 30 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
Médicaments remboursés à 15 %	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
Vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	205 € (/ an / bénéficiaire)	205 € (/ an / bénéficiaire)	-
Automédication et pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale (Sans prescription médicale)	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit	Néant	Néant	50 € (/ an / bénéficiaire)
Pharmacie non remboursée par la Sécurité sociale	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité et précisant le nom du produit	Néant	Néant	

Régime 1 Responsable Obligatoire	Régime 2 Responsable Facultatif	Régime 3 Responsable Facultatif	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif
Prestations y/c remboursements SS (sauf garanties en € ou % PMSS), dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés

OPTIQUE

Limitation à un équipement tous les 2 ans, sauf enfants (moins de 16 ans) ou changement de correction, limite ramenée à un an dans ce cas

Verres et monture (y compris le remboursement de la Sécurité sociale)

Équipement 100 % santé (classe A)	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge	-
-----------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---

Équipements 100 % santé tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe a à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que défini au 2^e alinéa de l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente - PLV) en application de l'article L. 165-3 et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire.

Équipement hors 100 % Santé (Classe B) y compris la prestation d'adaptation

Monture (y compris le remboursement de la Sécurité sociale)	30 €	70 €	100 €	+ 50€
Verres (y compris le remboursement de la Sécurité sociale)	Grille optique	Grille optique	Grille optique	Grille optique

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement composé de 2 verres et d'une monture ne peut intervenir avant une période de 2 ans suivant la date de délivrance de l'équipement précédent à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

Autre postes optique

Lentilles prescrites remboursées par la Sécurité sociale ou lentilles prescrites, y compris jetables, non remboursées par la Sécurité sociale	70 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	100 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	160 € / an / bénéficiaire (minimum TM)	+ 150 € / an / bénéficiaire
Chirurgie optique réfractive	Néant	Néant	70 € / œil	+ 130 € / œil

DENTAIRE

Soins et prothèses, 100 % Santé

Pour les couronnes, bridges et pour les autres prothèses du panier dentaire.	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge	-
--	---------------------	---------------------	---------------------	---

Soins et prothèses 100 % Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale (Honoraire Limite de Facturation : HLF) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire.

Soins autres que 100 % Santé

Soins conservateurs, endodontie, prophylaxie bucco-dentaire pris en charge par la Sécurité sociale	145% BR	145 % BR	145 % BR	-
Parodontologie prise en charge par la Sécurité sociale	145% BR	145 % BR	145 % BR	-
Parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale (surfaçage, curetage, lambeau, greffe gingivale, allongement coronaire)	Néant	Néant	100 € / an / bénéficiaire	+100 € / an / bénéficiaire
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	125 % BR	145 % BR	200 % BR	+ 50 % BR

Prothèses autres que 100 % Santé

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne définitive, inlay-core, bridge, couronne sur implant et prothèse amovible, y compris couronne transitoire ou réparation)	230 % BR limité à 700 € / an / bénéficiaire	370 % BR limité à 700 € / an / bénéficiaire	470 % BR limité à 1 000 € / an / bénéficiaire	+ 100 % BR limité à 1 500 € / an / bénéficiaire
--	---	---	---	---

Implant dentaire non pris en charge par la Sécurité sociale

Prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale : pilier de bridge sur dent saine	100 € / an	100 € / an	250 € / an	+ 50 € / an
Implant dentaire, pilier, scanner avant implant	Racine et pilier : 100 € / an / bénéficiaire	Racine et pilier : 100 € / an / bénéficiaire	Racine et pilier : 300 € / an / bénéficiaire	Racine et pilier : + 200 € / an / bénéficiaire

	Régime 1 Responsable Obligatoire	Régime 2 Responsable Facultatif	Régime 3 Responsable Facultatif	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif
	Prestations y/c remboursements SS (sauf garanties en € ou % PMSS), dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés
Orthodontie				
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	225 % BR	225 % BR	300 % BR	+ 100 % BR
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	Néant	180 % BR	+ 120 % BR
ORTHOPEDIE ET APPAREILLAGES				
Aide auditive				
Équipements 100 % santé (classe 1)	Sans reste à charge	Sans reste à charge	Sans reste à charge	-
Équipements 100 % Santé : tels que définis règlementairement. Cette garantie comprend la prise en charge les aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du code de la Sécurité sociale et sous déduction du Montant Remboursé par le régime obligatoire.				
Équipements hors 100 % santé (classe 2)				
Aides auditives, par équipement	100 % BR	130 % BR	130 % BR + 480 €	+ 200€
Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.				
Matériel médical				
Appareillage, prothèse, produits, pris en charge par la Sécurité sociale (hors aides auditives et optique)	100 % BR	100 % BR	150 % BR	+ 50 % BR
Fauteuil Handicapé	100 % BR	100 % BR + 500 €	150 % BR + 1000 €	+ 50 % BR
MATERNITÉ SOINS MÉDICAUX ET FRAIS D'HOSPITALISATION LIÉS À LA MATERNITÉ (ACCOUCHEMENT)				
Chambre particulière (accouchement par voie basse) non remboursée par la Sécurité sociale - limitée à 4 jours	34 € par nuitée	68 € par nuitée	100 € par nuitée	+ 20 € par nuitée
Actes d'accouchement (tous médecins spécialistes) - Praticien adhérent à un DPAM	100 % BR	100 % BR	200 % BR	+ 150 % BR
Actes d'accouchement (tous médecins spécialistes) - Praticien non adhérent à un DPAM	100 % BR	100 % BR	180 % BR	+ 170% BR
Dépistage trisomie 21 - par an / bénéficiaire	Néant	Néant	70 €	-
Fécondation in vitro	Néant	Néant	150 €	-
ALLOCATION NAISSANCE				
Forfait (doublé en cas de naissance multiple) - extrait d'acte de naissance ou du certificat d'adoption indispensable	190 €	340 €	400 €	+ 150 €
HOSPITALISATION				
Frais de séjour en Secteur conventionné	200 % BR	100 % DE - SS	100 % DE - SS	-
Frais de séjour en Secteur non conventionné	200 % BR	90 % DE - SS	90 % DE - SS	-
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien adhérent à un DPTAM	200 % BR	100 % DE - SS	100 % DE - SS	-
Honoraires médicaux et chirurgicaux - Praticien non adhérent à un DPTAM	180 % BR	200 % BR	200 % BR	+ 150 % BR
Forfait journalier hospitalier non remboursé par la Sécurité sociale	100 % DE	100 % DE	100 % DE	-
Forfait Patient Urgences non remboursé par la Sécurité sociale **	100 % FR	100 % FR	100 % FR	-
Chambre particulière (hors maternité) non remboursée par la Sécurité sociale	60 € par nuitée	100 € par nuitée	100 € par nuitée	+ 20 € par nuitée

	Régime 1 Responsable Obligatoire	Régime 2 Responsable Facultatif	Régime 3 Responsable Facultatif	Régime 4 Surcomplémentaire Non Responsable Facultatif
	Prestations y/c remboursements SS (sauf garanties en € ou % PMSS), dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Y compris prestations du régime de base, dans la limite des frais engagés	Prestations en complément du régime 3, dans la limite des frais engagés
Chambre particulière (maison de repos, centre de convalescence, établissement de cure Hors cure thermique) non remboursée par la Sécurité sociale - limitée 30 nuits par an	60 € par nuitée	100 € par nuitée	100 € par nuitée	+ 20 € par nuitée
Chambre particulière ambulatoire non remboursée par la Sécurité sociale	24 € par jour	40 € par jour	40 € par jour	-
Chambre particulière (psychiatrie, rééducation fonctionnelle ou motrice) non remboursée par la Sécurité sociale - limitée 60 nuits par an	60 € par nuitée	100 € par nuitée	100 € par nuitée	+ 20 € par nuitée
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 16 ans) par nuitée, non remboursé par la Sécurité sociale.	15 € par nuitée	17 € par nuitée	34 € par nuitée	-
Forfait actes médicaux supérieurs à 120 €	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
FRAIS DE TRANSPORT SANITAIRE				
Ambulance, taxi conventionné - hors SMUR (*)	100 % BR	135 % BR	200 % BR	-
BIEN-ÊTRE / PRÉVENTION				
Cure thermique prise en charge par la Sécurité sociale, par cure				
Honoraires, forfaits de surveillance médicale et thermique	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
Frais de transport et de séjour par an / bénéficiaire	125 €	125 €	150 €	+ 25 €
Médecine douce				
Ostéopathe, chiropracte, acupuncteur	Néant	Néant	75 € / an / bénéficiaire	+ 40 € / an / bénéficiaire
Prévention				
Ensemble des 7 actes de prévention publiés par l'arrêté du 8 juin 2008	100 % BR	100 % BR	100 % BR	-
GARANTIE ASSISTANCE				
Assistance	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus
ALLOCATION OBSÈQUES				
Pour les affiliés de plus de 12 ans			2030,65 €	

* : Service Médical d'Urgence Régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.

** Facturation forfaitaire des actes médicaux et soins réalisés lors du passage aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

BR = Base de Remboursement

SS = Remboursement de la Sécurité sociale

PMSS = Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (3 864 € en 2024)

TM = Ticket Modérateur

FR = Frais réels

DPTAM = Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée

DE = Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale

Assureur et gestionnaire pour la garantie Assistance : AUXIA ASSISTANCE - Entreprise régie par le Code des assurances - SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 € - RCS de Paris 351 733 761 - Siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris.

Assureur pour la garantie Allocation Obsèques : AUXIA - Société du Groupe Malakoff Humanis - S.A au capital entièrement libéré de 76 768 655 € - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS de Paris 422 088 476 - siège social : 21, rue Laffitte 75009 Paris.

Grille optique

RÉGIME 1 CLASSE B

Sphère / Cylindre	Verre unifocal (par verre)			Verre progressif (par verre)		
	GARANTIES DANS ET HORS RESEAU KALIXIA					
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	35,00 €	37,50 €	85,00 €	85 €	90 €	115 €
2,25 à 4,00	37,50 €	42,50 €	85,00 €	85 €	95 €	120 €
4,25 à 6,00	47,50 €	52,50 €	85,00 €	90 €	105 €	130 €
6,25 à 8,00	85,00 €	85,00 €	85,00 €	90 €	105 €	130 €
> 8,25	97,50 €	102,50 €	117,50 €	130 €	145 €	170 €

RÉGIME 2 CLASSE B

Sphère / Cylindre	Verre unifocal (par verre)			Verre progressif (par verre)		
	GARANTIES DANS ET HORS RESEAU KALIXIA					
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	35,00 €	37,50 €	85,00 €	85 €	90 €	115 €
2,25 à 4,00	37,50 €	42,50 €	85,00 €	85 €	95 €	120 €
4,25 à 6,00	47,50 €	52,50 €	85,00 €	90 €	105 €	130 €
6,25 à 8,00	85,00 €	85,00 €	85,00 €	90 €	105 €	130 €
> 8,25	97,50 €	102,50 €	117,50 €	130 €	145 €	170 €

RÉGIME 3 CLASSE B

Sphère / Cylindre	Verre unifocal (par verre)					
	DANS RÉSEAU KALIXIA			HORS RÉSEAU KALIXIA		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	67,50 €	70,00 €	117,50 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	70,00 €	75,00 €	117,50 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	80,00 €	85,00 €	117,50 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	117,50 €	117,50 €	117,50 €
> 8,25	DE	DE	DE	130,00 €	135,00 €	150,00 €

Sphère / Cylindre	Verre progressif (par verre)					
	DANS RÉSEAU KALIXIA			HORS RÉSEAU KALIXIA		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	160 €	165 €	190 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	160 €	170 €	195 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	165 €	180 €	205 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	165 €	180 €	205 €
> 8,25	DE	DE	DE	205 €	220 €	245 €

Grille optique (suite)

RÉGIME 4 CLASSE B (en complément du régime 3)

Verre unifocal (par verre)						
Sphère / Cylindre	DANS RÉSEAU KALIXIA			HORS RÉSEAU KALIXIA		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €
> 8,25	DE	DE	DE	+ 10 €	+ 10 €	+ 10 €

Verre progressif (par verre)						
Sphère / Cylindre	DANS RÉSEAU KALIXIA			HORS RÉSEAU KALIXIA		
	0	0,25 à 4,00	> 4,25	0	0,25 à 4,00	> 4,25
0 à 2,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
2,25 à 4,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
4,25 à 6,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
6,25 à 8,00	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €
> 8,25	DE	DE	DE	+ 30 €	+ 30 €	+ 30 €

DE= Dépense Effective : montant total des dépenses engagées déduction faite du remboursement de la Sécurité sociale

TARIFS

Cotisations* mensuelles en euros à compter du 1^{er} février 2024

	RÉGIME GÉNÉRAL			
	RÉGIME 1	RÉGIME 2	RÉGIME 3	RÉGIME 4
Adulte	29,85 €	102,05 €	137,92 €	170,60 €
Adulte avec 1 enfant	106,14 €	138,26 €	191,62 €	241,19 €
Adulte avec 2 enfants	131,52 €	174,50 €	245,27 €	311,84 €
Adulte avec 3 enfants et plus	149,66 €	200,31 €	283,69 €	362,30 €
2 adultes	161,56 €	204,18 €	275,87 €	341,16 €
2 adultes avec 1 enfant	186,95 €	240,40 €	329,53 €	411,83 €
2 adultes avec 2 enfants et plus	205,07 €	266,24 €	367,91 €	462,27 €

* Dans le cadre du respect des dispositions légales en vigueur, les tarifs de l'adulte seul régime 1 sont 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. Le tarif indiqué dans le tableau ci-dessus correspond à celui de la première année.

Les cotisations mensuelles varient en fonction :

- du régime de garanties choisi (régime 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.

Règlement des cotisations

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

- par prélèvement trimestriel en 4 fois sans frais, chaque échéance trimestrielle étant fixée par Miel 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 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).

VOS SERVICES DÉDIÉS QUEL QUE SOIENT VOS BESOINS

KALIXIAHOSPIT

Un comparateur d'hôpitaux et de cliniques en fonction des spécialités.

SOINS À DOMICILE LIBHEROS

Un service de prise de rendez-vous en ligne pour les soins à domicile : infirmiers libéraux, kiné, sages-femmes.

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL

Chômage, divorce, handicap, dépendance, maladie... Nous vous aidons à trouver des services adaptés pour vous et vos proches.

Par téléphone : 3996
(service gratuit + prix d'un appel local)

POINT VISION

Trouvez un ophtalmo disponible sous 48h et un bilan ophtalmologique à tarif modéré.

MÉDECINE DOUCE MÉDOUCINE

L'accès à des praticiens en médecine douce sélectionnés et recommandés.

DEUXIEME AVIS MEDICAL

- Un second avis médical en moins de 7 jours en cas de problème de santé grave.
- Des médecins spécialistes pour éclairer les décisions de santé.

Pour accéder à ces services en ligne, rendez-vous dans votre espace Affilié sur mielmut.fr

LE REMBOURSEMENT DE VOS PRESTATIONS

Pour faciliter vos remboursements, choisissez la télétransmission NOÉMIE ...

Ce service 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 gestionnaire Miel ». 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 votre contrat.

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 1^{ère} 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 mielmut.fr.**

Si vous ne pouvez pas bénéficier du tiers payant, le décompte original de votre Régime Obligatoire devra nous être transmis.

... et utiliser votre carte de tiers payant

Suite à votre affiliation, Miel vous adresse votre carte de tiers payant pour vous éviter l'avance de frais santé, grâce au réseau de tiers payant Viamédis* **En cas de radiation, vous devez impérativement retourner à Miel vos cartes de tiers payant en cours de validité et informer vos professionnels de santé que votre carte n'est plus valide.**



*Viamédis, notre partenaire certifié Iso 9001 pour le réseau de tiers payant

Il s'agit, grâce à des accords passés entre Viamédis 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, Viamédis se tient à sa disposition au :

0 825 076 076 (service 0.15€/min + prix de l'appel).

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.

Les réseaux de soin KALIXIA pour limiter votre reste à charge

En optique, audioprothèse, dentaire et ostéopathie, votre mutuelle vous invite à privilégier les professionnels de santé partenaires des réseaux de soins Kalixia.

Bénéficiez ainsi de prestations de qualité et maîtrisez vos dépenses santé grâce à une baisse du montant de votre reste à charge.

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, 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).
- Le forfait journalier hospitalier est pris en charge pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du code de la sécurité sociale, **à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...)**

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 Viamédis 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. Si les travaux ne sont pas réalisés à l'issue des 3 mois, 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.

Orthodontiste

- Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

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 Général

Orthoptiste

Suite à la loi de financement de la Sécurité sociale 2022, les orthoptistes sont désormais autorisés dans certains cas à modifier des prescriptions médicales réalisées par un médecin ophtalmologiste :

La clause concernant les pièces justificatives relatives au paiement des prestations optiques est modifiée comme suit :

Traitement par télétransmission automatique (Noémie) :

- Devis détaillé et accepté par l'assuré
- Facture détaillée et acquittée
- Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien
- Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste.
- Le cas échéant bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste

Traitement hors télétransmission automatique (Noémie):

- Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale
- Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-contre ou du ticket modérateur.

Pharmacie non remboursée

La garantie Pharmacie non remboursée concerne :

- les produits pharmaceutiques réglementés,
- les APSI (Allergènes préparés spécialement pour un individu) règlementés,
- les compléments alimentaires dont la TVA est à 5,5%.

Par conséquent, ne sont pas couverts les produits dont la TVA est de 20% (produits dits «de confort»).

Les dispositions du contrat relatives aux pièces justificatives nécessaires au paiement des prestations sont précisées dans le tableau de garanties.

DPTAM / DPTAM-CO (Dispositif pratique tarifaire maîtrisée)

Il s'agit d'un nouveau dispositif remplaçant le contrat d'accès aux soins (CAS), mis en place depuis le 1^{er} 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 du DPTAM et du DPTAM-CO s'engagent à :

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

Le DPTAM concerne l'ensemble des médecins, le DPTAM-CO concerne les chirurgiens, obstétriciens, ophtalmologues,...

Les consultations réalisées auprès des médecins signataires du DPTAM et du DPTAM-CO sont mieux remboursées puisque la base de remboursement prise 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.

Délai de prescription : les demandes de remboursements doivent être adressées à Miel 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).

AFFILIATION AU CONTRAT SANTE

Ce régime concerne de façon facultative les affiliés du contrat collectif du Groupe CASINO suivants :

- les retraités des sociétés du Groupe CASINO, ayant bénéficié d'un régime collectif obligatoire lors de leur activité professionnelle au sein du Groupe, et leurs ayants droit ;
- les salariés, gérants ou co-gérants mandataires, privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement, dans les conditions définies ci-dessous, et leurs ayants droit ;
- les salariés, gérants ou co-gérants mandataires, bénéficiaires d'une rente d'incapacité d'incapacité ou d'invalidité, sans condition de durée dans les conditions définies ci-dessous, et leurs ayants droit ;
- pour les retraités, la demande de maintien de la couverture doit être faite par écrit auprès de Miel, au plus tard, dans les six mois suivants l'évènement ;
- les ayants droit des salariés, des gérants mandataires ou des co-gérants mandataires, décédés, pendant une durée de 12 mois à compter du décès dans les conditions définies ci-dessous.

La demande de maintien de la couverture doit être faite par écrit auprès de Miel, au plus tard, dans les six mois suivants la date de l'évènement (retraite, décès ou rupture du contrat de travail). Quelle que soit la date de cette demande, l'affiliation prend effet rétroactivement au lendemain du jour de l'évènement.

Réglementation

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.

Depuis le 1^{er} janvier 2020, la réforme du « 100 % Santé » vous permet de bénéficier, sous certaines conditions d'une prise en charge intégrale de certaines dépenses d'optique (verres et montures), dentaires (prothèses) et d'aides auditives.

Votre affiliation

La demande de maintien de la couverture doit être faite par écrit auprès de Miel, au plus tard, dans les six mois suivants la date de l'évènement (décès ou rupture du contrat de travail).

Elle est étendue à titre facultatif.

Quelle que soit la date de cette demande, l'affiliation prend effet rétroactivement au lendemain du jour de l'évènement.

Pour cela, vous devez remplir le « bulletin d'affiliation ». Nous vous remercions de nous le retourner par courrier, dûment complété et accompagné des pièces justificatives.

L'affiliation de vos ayants droit

L'affiliation de vos ayants droit peut s'effectuer au moment de votre affiliation ou postérieurement.

En cas d'affiliation postérieure, vous devez utiliser le bulletin d'ajout de bénéficiaire (le même que lors de l'affiliation).

Remarques :

L'affiliation porte uniquement sur un mois complet (y compris pour les nouveau-nés).

Vos ayants droit sont couverts par le même régime de garanties que vous même.

L'affiliation du ou des nouveau-nés doit s'effectuer dans les 3 mois après sa naissance pour bénéficier de la gratuité d'affiliation du mois de naissance et du mois suivant.

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

En cas de déclaration d'un(e) concubin(e) ultérieurement à l'affiliation, l'extension de la garantie à son profit prend effet au premier jour du mois suivant la réception par Miel 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 en lui adressant les pièces justificatives le plus rapidement possible.

BÉNÉFICIAIRES / PRESTATIONS

Les changements de régime

Les changements de régime vers un régime 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 régime au 1^{er} juin.
Toute demande pour bénéficier d'un régime inférieur sera effective à compter de la fin de la durée d'affiliation minimale correspondant au régime souscrit, soit une durée d'affiliation minimale de 2 ans dans les options.

À titre dérogatoire, le changement vers un régime 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^o et 3^o de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale ou doit être reconnue par décision de la Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) 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 ou au partenaire de PACS 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 régime, vous devez compléter le formulaire de demande de changement de régime figurant page 22 du présent livret d'accueil, et nous le retourner par courrier ou par votre espace sécurisé.

En tout état de cause, les assurés peuvent dénoncer l'affiliation de l'ensemble des bénéficiaires (assuré et ayants droit), à chaque échéance annuelle du 31 décembre pour un effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, par lettre recommandée avec avis de réception et en respectant un préavis de deux mois.

La dénonciation vaut pour l'ensemble des personnes garanties par l'un des contrats surcomplémentaires responsable ou non responsables et est définitive. Toute nouvelle adhésion n'est possible qu'à l'issue d'un délai de deux années civiles entre la dénonciation et la nouvelle adhésion.

DÉMARCHES D’AFFILIATION

Fin de contrat

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 vos ayants droit perdent leur qualité de conjoint, de concubin, de partenaire lié à un 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.

Pour les ayants droit des affiliés décédés, la garantie prend fin 12 mois à compter de la date du décès.

Prolongation de garanties

BULLETIN D'AFFILIATION / AJOUT DE BÉNÉFICIAIRE

À retourner à : Services Clients Miel . 33 rue des Docteurs Charcot . 42031 Saint-Etienne Cedex

Informations personnelles

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____ E-mail : _____

Demande à adhérer au régime frais de santé à compter du _____

et à la garantie Assistance gérée par Malakoff Humanis Assistance

Je choisis le régime*: Régime 1 Régime 2 Régime 3 Régime 4

Je dépends du : Régime général Régime Alsace Moselle

Je souhaite bénéficier de la télétransmission (transmission automatique des décomptes par la Sécurité sociale)

Personnes à charge pour lesquelles je demande la garantie de la mutuelle en plus de moi-même

NOM Prénom	Date de naissance Lieu de naissance	Lien parenté	N° de Sécurité sociale	Télétransmission ¹	Date d'adhésion

* Un seul et même régime par contrat.

Attention : le choix des régimes s'opère sur une durée minimale de 2 ans à l'exception du transfert du régime 1, du régime 2 ou du régime 3 vers des régimes 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.

¹Pour pouvoir bénéficier de la télétransmission, il est impératif de nous transmettre l'attestation d'immatriculation au Régime Obligatoire jointe à l'envoi de la carte Vitale mentionnant les personnes concernées.

• Je soussigné(e) _____ certifie complets et exacts les renseignements portés sur ce bulletin. Je déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales et des Conditions spécifiques et m'engage à me conformer aux statuts de la Mutuelle Malakoff Humanis. Je demande à être affilié(e) à la Mutuelle Malakoff Humanis, à la garantie Assistance⁽¹⁾ et au contrat Garantie Allocation Obsèques⁽²⁾.

• Je joins obligatoirement les pièces justificatives précisées.

Signature*

Fait à _____ le _____

(1) Assureur et gestionnaire pour la garantie Assistance : AUXIA ASSISTANCE - Entreprise régie par le Code des assurances - SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 € - RCS de Paris 351 733 761 - Siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris.

(2) Assureur pour la garantie Allocation Obsèques : AUXIA - Société du Groupe Malakoff Humanis - S.A au capital entièrement libéré de 76 768 655 € - Entreprise régie par le Code des assurances - RCS de Paris 422 088 476 - siège social : 21, rue Laffitte 75009 Paris.

Pièces à fournir pour l'inscription

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 28 ^{ème} anniversaire	Dernier avis d'imposition ou certificat de scolarité ou la copie du contrat travail pour les apprentis ou la copie de l'attestation d'inscription à pôle emploi + 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 28 ^{ème} anniversaire	Document justificatif : copie carte d'invalidité ou CMI (Carte Mobilité Inclusion) mentionnant l'invalidité

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

INFORMATIONS LEGALES

Les données communiquées par les assurés dans le cadre de votre contrat sont destinées à Malakoff Humanis, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat et les actes de gestion afférents, dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel. Les informations qui sont demandées aux assurés, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'adhésion au contrat, sont nécessaires pour prendre en compte leur situation et leur permettre de bénéficier des garanties. Elles pourront également faire l'objet d'un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Sauf opposition écrite de la part des assurés, ces informations peuvent être communiquées à nos organismes de retraite ou d'assurance ainsi qu'à nos filiales et partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande, aux fins de les informer de nos offres de produits et services. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, les assurés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations les concernant, et peuvent, pour des motifs légitimes, s'opposer à leur traitement. Les assurés peuvent exercer ces droits directement sur le site www.malakoffhumanis.com via les formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier postal à Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré 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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 du Décret n°90-769 du 30 août 1990).

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

RUM

Réservé à notre organisme

TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom - Prénom

Raison Sociale

Adresse

Code postal Ville

Pays

Réservé à notre organisme

Code Identifiant du débiteur

COMMENT REMPLIR CE MANDAT

- 1- Complétez le présent document en précisant :
 - vos nom et adresse
 - les références du compte à débiter
- 2- Si vous payez pour une tierce personne, remplissez le cadre "TIERS DÉBITEUR",
- 3- Dater et signez,
- 4- Retournez cet imprimé accompagné obligatoirement de votre Relevé d'Identité Bancaire*.

Services Clients Miel
33 rue des Docteurs Charcot
42031 SAINT-ETIENNE Cedex

* Le prélèvement sur livret est rejeté.

COMPTE À DÉBITER

Numéro d'identification international du compte bancaire - **IBAN**

Code international d'identification de votre banque - **BIC**

Type de paiement : Récurrent

TIERS DÉBITEUR (si différent du titulaire du compte à débiter)

Renseignez les coordonnées de la personne (ou de l'entreprise) pour laquelle vous payez.

Nom - Prénom

Adresse

Code postal Ville

Pays

CRÉANCIER

Mutuelle Malakoff Humanis

21 rue Laffitte - 75009 Paris

Identifiant Créancier SEPA-ICS : FR16ZZZ343005

ENGAGEMENT

En signant ce mandat, vous autorisez notre organisme à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de notre organisme.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant ce mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

À le **Signature (et cachet de l'entreprise le cas échéant)**

BULLETIN DE CHANGEMENT DE RÉGIME

À retourner à : Services Clients Miel . 33 rue des Docteurs Charcot . 42031 Saint-Etienne Cedex

Informations personnelles

NOM : _____ Prénom : _____

N° de Sécurité sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays : _____

Tél. fixe : _____ Tél. mobile : _____ E-mail : _____

Demande à changer de régime à compter du 01/_____/20____

Je choisis le régime : Régime 1 Régime 2 Régime 3 Régime 4

Je dépends du : Régime général Régime Alsace Moselle

Je m'engage à me conformer aux statuts et aux conditions générales de Malakoff Humanis dont j'ai pris connaissance.

Fait à _____ le _____ Signature : 

RAPPEL :

Merci de vous référer à la page 17 pour connaître l'ensemble des modalités et des particularités en vigueur.

De manière générale, vous avez le choix entre plusieurs régimes de garanties. Toute demande tendant à bénéficier d'un régime inférieur sera effective à compter de la fin de la durée d'affiliation minimale correspondant à 2 ans ; à l'exception du transfert du régime 1, 2 ou 3 vers des régimes plus élevés. Les changements de régime vers un régime supérieur s'effectuent au 1^{er} jour du mois suivant.

Les données communiquées par les assurés dans le cadre de votre contrat sont destinées à Malakoff Humanis, responsable de traitement, ainsi qu'aux destinataires habilités intervenant dans le cadre de la conclusion, la gestion et l'exécution du contrat. Elles feront l'objet d'un traitement informatisé ayant pour finalité d'enregistrer et traiter la demande d'adhésion au contrat et les actes de gestion afférents, dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel.

Les informations qui sont demandées aux assurés, ainsi que celles qui sont produites à l'occasion de la gestion et de la conclusion de l'adhésion au contrat, sont nécessaires pour prendre en compte leur situation et leur permettre de bénéficier des garanties.

Elles pourront également faire l'objet d'un traitement ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude. Sauf opposition écrite de la part des assurés, ces informations peuvent être communiquées à nos organismes de retraite ou d'assurance ainsi qu'à nos filiales et partenaires, dont la liste leur sera transmise sur simple demande, aux fins de les informer de nos offres de produits et services. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, les assurés bénéficient d'un droit d'accès et de rectification et le cas échéant de suppression aux informations les concernant, et peuvent, pour des motifs légitimes, s'opposer à leur traitement. Les assurés peuvent exercer ces droits directement sur le site www.malakoffhumanis.com via les formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier postal à Malakoff Humanis – Pôle Informatique et Libertés – 21 rue Laffitte – 75317 Paris cedex 9.

DÉCLARATION DE NAISSANCE OU D'ADOPTION

À retourner à : Services Clients Miel . 33 rue des Docteurs Charcot . 42031 Saint-Etienne Cedex

Aide à la naissance ou à l'adoption

RÉGIME 1	190 € par enfant
RÉGIME 2	340 € par enfant
RÉGIME 3	400 € par enfant
RÉGIME 4	550 € par enfant

Pour que la cotisation soit gratuite le mois de naissance ou de l'adoption ainsi que le mois suivant, la déclaration doit nous parvenir dans les trois mois qui suivent la naissance ou la date de l'adoption.

Informations personnelles

NOM : _____

Prénom : _____

Numero d'adhérent Miel : _____

déclare la naissance ou l'adoption de mon enfant

(prénom) : _____

en date du _____

Je remplis le bulletin d'ajout de bénéficiaire (page 19) 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 DÉCÈS

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

À retourner à : Services Clients Miel . 33 rue des Docteurs Charcot . 42031 Saint-Etienne Cedex

Indemnité obsèques

2030,65€

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

* à partir de 12 ans

Informations personnelles du déclarant

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Déclare le décès de : _____ Numero d'adhérent Miel : _____

Mme M. NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Survenu en date du _____

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

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

En cas de réclamations, les assurés peuvent s'adresser au Service de Relations Clients au numéro de téléphone indiqué en dernière page.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée comme suit :

reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com

ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers - 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif à vos garanties n'a pu être trouvée, le souscripteur, l'assuré et / ou les bénéficiaires peuvent, s'adresser au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), à l'adresse suivante :

255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15.

ou par voie électronique :

<https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/>

dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.



Renseignements utiles

Services Clients Miel
33 rue des Docteurs Charcot,
42031 SAINT-ETIENNE Cedex

www.mielmut.fr

04.77.49.36.80 du lundi au vendredi

Ref : MIELLACAPG0224.

Document non contractuel

Mutuelle Malakoff Humanis, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 718 256, Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris

Services Clients Miel, 33 rue des Docteurs Charcot, 42031 Saint-Etienne Cedex - www.mielmut.fr
Miel est une marque commerciale du Groupe Malakoff Humanis.