Image not found or type unknown

Remboursement mutuelle obligatoire

Par **lauriane9**, le **17/01/2015** à **14:40**

Bonjour,

Je cotise actuellement à une mutuelle d'entreprise depuis plus d'un an. Ayant eu des difficultés avec l'assurance santé, j'ai voulu vérifier que tout était en ordre avec la mutuelle. Lorsque je les ai contactés, ils m'ont annoncé que j'avais était radiée depuis le mois de mai (soit depuis 8 mois) car ils pensaient que je ne faisait plus partie de l'entreprise. Sauf que les prélèvements n'ont jamais étaient stoppés! J'ai donc continuer à payer une mutuelle sans être couverte. Je souhaiterais le remboursement de ces prélèvements et surtout quitter cette mutuelle.
Comment puis-je mis prendre?
Merci d'avance

Par **miyako**, le **25/01/2015** à **10:32**

Bonjour,
Encore un exemple de plus du dysfonctionnement de la mutuelle obligatoire votre exemple n'est pas le seul.
Si il y a un litige sur le fonctionnement de la mutuelle obligatoire d'entreprise ,il faut saisir le tribunal d'instance(en référé) du lieu de de votre cie d'assurance ,contre la compagnie d'assurance .
En effet ,il s'agit d'un litige de consommation et non plus un litige de droit du travail.
Que dit votre employeur,car dans une certaine mesure ,il doit veiller à ce que la mutuelle respecte ses engagements.c'est lui qui vous a contraint d'adhérer à cette mutuelle Exiger le contrat complet .
Lors de l'adhésion avez vous émis des réserves écrites.C'est important ,car même si le système est obligatoire,des réserves écrites avant la souscription,peuvent mettre en cause votre employeur .C'est lui qui a signé le contrat collectif avec l'assureur et à ce titre ,il est responsable de la bonne marche de cette mutuelle.
Je suis en train de monter un dossier complet contre toutes ces pratiques illicites en matière de contrat obligatoire santé et tous les témoignages sérieux sont les biens venus.
Pouvez vous m'indiquer le nom de la compagnie d'assurance ?
tenez moi au courant .Merci.
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **lauriane9**, le **25/01/2015** à **16:14**

Bonjour,
Merci pour votre réponse.
Je travaille actuellement dans un groupe de maison de retraite privée dont la mutuelle est vivinter.
Difficile d'obtenir les documents exacts car mon directeur n'est qu'un cadre à l'intérieur du groupe, et nous avons peu de contact avec la direction supérieure.
J'ai contacté la mutuelle par téléphone, qui m'a dit de me diriger vers les RH de l'ehpad ou je travaille, et que le remboursement ne dépend en fait que de la bonne volonté de mes patrons.
Est il possible que ce soit vrai?
Je n'ai pas fait de réserves écrites, mais nous sommes en train de changer de contrat avec Vivinter et je suis obligée d'y adhérer malgré mes problèmes avec eux. Je pense que je vais suivre votre conseil et faire des réserves écrites quand à ce contrat.

Bon courage pour votre dossier
Cordialement,
lauriane

Par **miyako**, le **30/01/2015** à **11:58**

Bonjour,
VIVINTER a très mauvaise réputation,ils vous impose des professionnelles de santé et çà c'est illégale.
Pour les dents,il faut aller chez leurs dentistes,pour les lunettes c'est pareil.
Si votre patron refuse vos réserves,vous le lui rappeler par lettre recommandé AR.
C'est à croire qu'il y a connivence entre syndicats,patronat et Instituts de Prévoyance.C'est en tout ce que je soupçonne,car c'est impensable de voir comment fonctionne ce genre de mutuelle.
La loi fait obligation de fournir aux salariés concernés ,tous les documents(contrat,modalités de remboursement,conditions générales) et si le patron ne le fait pas ,vous pouvez faire un référé devant le conseil de prud'hommes et demander une ordonnance .C'est gratuit,rapide et sans avocat.Sur ce point précis ,c'est le conseil des prud'hommes qui est compétent,car c'est inscrit dans le code du travail.
Sur tout ce qui est litige de remboursement ce sera le tribunal d'instance.
Si vous avez des représentants du personnel ,ils peuvent intervenir ,pour dénoncer les dysfonctionnements. de cette mutuelle.
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **BBrecht37**, le **30/01/2015** à **14:05**

Bonjour,

Tout d'abord, dans le cadre d'une complémentaire santé obligatoire, si votre employeur ne

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

vous déclare pas à la mutuelle mais précompte les cotisations sur votre salaire, c'est bien lui et non la mutuelle qui est en cause.

Ce n'est pas la mutuelle qui prélève sa cotisation sur votre salaire mais bien votre employeur qui est censé les reverser (généralement trimestriellement à terme échu) à la mutuelle.

Il conviendrait donc que vous vérifiez auprès de votre DRH qu'une erreur de déclaration n'ait pas été faite à la fin du 1er ou du 2e trimestre 2014.
Enfin, compte tenu du fait que votre employeur est le souscripteur, qu'il fait les déclarations d'effectifs et verse les cotisations à l'organisme assureur et qu'il s'agit d'une complémentaire santé obligatoire à laquelle il vous impose d'adhérer, ce genre de problèmes est de son ressort, pas du vôtre. Les demandes de devis et de remboursements sont de votre ressort, les questions liées aux affiliations et à la vie du contrat son du sien. C'est donc à lui de faire en sorte de régler ce problème de radiation, pas à vous.

De plus, s'agissant des remboursements, votre employeur a l'obligation de vous remettre une notice d'information concernant le contrat complémentaire obligatoire en place dans l'entreprise.
Encore une fois, c'est une obligation qui pèse sur l'employeur, pas sur la mutuelle.

Ici également, n'hésitez pas à rappeler ses obligations à votre employeur et à lui demander une copie de la notice d'information (qu'il doit avoir puisque, outre les personnes bénéficiant déjà du régime, il est censé en remettre un exemplaire à tout nouvel arrivant adhérant à la mutuelle obligatoire).

Enfin, Vivinter n'est ni une mutuelle, ni une institution de prévoyance mais un centre de gestion pour compte appartenant à un courtier en assurances.

Un peu d'exactitude ne nuit pas, me semble-t-il.

Cordialement,

Par **miyako**, le **31/01/2015** à **12:06**

Bonjour,
Voici l'exactitude réclamée
VIVINTER courtier du groupe SIACI ST HONORE //Institut de Prévoyance origine contrats santé HUMANIS .Ce sont donc des contrats complémentaire santé passés avec HUMANIS .
Il faut réclamer le contrat complet ,au besoin par ordonnance du référé prud'homal.
C'est trop facile de se cacher derrière un courtier qui lui même fait partie d'un groupe financier important qui fait les contrats directement avec HUMANIS.
C'est scandaleux et ahurissant de laisser faire ce genre d'escroquerie ,car c'est bien un montage d'escrocs destiné à tromper les salariés .
J'ai beaucoup de réclamations sur VIVINTER. c'est pas du n'importe quoi ,mais très sérieux.
Je vais me renseigner un peu plus loin avec des sources fiables.je vous tiens au courant.
Simplement une question importante,pour la retraite complémentaire et la prévoyance êtes vous affilié à HUMANIS ????
Si c'est Humanis ,je vous donnerai l'adresse où vous adresser,vous aurez un interlocuteur

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

sérieux.
Amicalement vôtre
sujio KENZO

Par **BBrecht37**, le **02/02/2015** à **10:06**

Bonjour,

En fait de montage ou d'escroquerie, c'est plutôt d'une pratique courante dans la protection sociale complémentaire et qui n'a d'autres raisons que la compétitivité et le développement commercial.

Quel que soit le statut de l'acteur assurantiel (compagnie d'assurance, institution de prévoyance, mutuelle ou groupe mutualiste), les affaires sont développées à la fois par un réseau interne d'agents commerciaux plus ou moins développé et par des courtiers travaillant aussi bien avec les uns qu'avec les autres.
En fonction de l'importance du courtier et du portefeuille apporté, ce courtier peut imposer certaines choses (tel que la délégation de gestion à un centre de gestion propre ou avec lequel il a passé un accord commercial).

Quand on connaît le volume d'affaires que peut brasser un courtier et quand on sait que, en moyenne, un organisme considère qu'un grand compte est constitué dès lors que le contrat ou le groupe de contrats génèrent 1 millions de CA cumulé (retraite, prévoyance, santé) et/ou couvrent plus de 1000 personnes...

Rappelons-le, l'assurance n'est pas un secteur bénévole et tous les acteurs assurantiels entendent bien que leurs contrats leur rapportent plus qu'ils ne leur coûtent.

Cordialement,

Par **miyako**, le **14/02/2015** à **22:42**

Bonsoir,
C'est bien pourquoi,je m'insurge contre ces mutuelles obligatoires,qui sortent complètement du cadre mutualiste basé sur la solidarité.Ce sont bien des assurances complémentaires santé à but lucratif et qui doivent s'inscrire dans un cadre concurrentiel comme c'est le cas pour n'importe quelle assurance.Or,ce n'est pas le cas ,puisque l'on contraint le salarié à adhérer à une assurance qui n'est pas de son libre choix ,mais l'unique arbitraire de l'employeur qui lui a le droit de choisir sa compagnie d'assurance librement et bénéficie de nombreux avantages fiscaux,alors que le salarié est imposable sur la cotisation versée par son employeur.
C'est ce que l'on appelle de la discrimination sociale au sens de l'UE et du Bureau International du Travail.
J'ai récemment porter l'affaire devant la commission européenne qui doit examiner ma requête prochainement et qui a donné une suite favorable à ma demande à savoir le respect de la liberté de choisir par la libre concurrence ,pour tout le monde (salariés et employeur).

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **BBrecht37**, le **16/02/2015** à **09:38**

Bonjour,

Je ne vois pas en quoi ces complémentaires santé obligatoires sortent du cadre mutualiste. Evidemment que les organismes assurantiels, quels qu'ils soient (assureur, institution de prévoyance ou mutuelle) entendent bien signer des contrats lucratifs.
C'est le principe même de la mutualisation : le risque est réparti sur l'ensemble des assurés. Un contrat excédentaire compense un contrat déficitaire.
Notons également pour les gros contrats qu'ils prévoient souvent des clauses de participation au bénéfice : si le contrat est bénéficiaire en fin d'année, la plus grande part de ce bénéfice est reversé sur un compte spécial servant soit à alimenter des oeuvres sociales, soit à rééquilibrer le contrat pour les exercices suivants.
Notons également les impératifs des organismes assureurs en termes de marge de solvabilité et de solidité financière qui ne leur permettent pas de travailler à perte...
Même l'esprit mutualiste a besoin d'argent pour continuer d'exister. On ne mutualise pas un bénéfice qu'on n'a pas.

Il est également faut de dire que seul l'employeur a le choix de l'organisme assureur :
- jusqu'à la décision du Conseil Constitutionnel du 16 juin 2013, les Conventions Collectives (négociées par les partenaires sociaux) prévoyaient des clauses de désignation,
- en matière de mise en place du régime de protection sociale complémentaire par voie d'accord d'entreprise, le choix de l'organisme assureur est négocié entre l'employeur et les institutions représentatives du personnel.

Alors effectivement, pour les plus petites structures qui mettent en place leur régime de protection sociale complémentaire par voie de décision unilatérale, le choix de l'assureur est du libre arbitre de l'employeur.

Mais compte tenu du coût (malgré les avantages sociaux) et des contraintes que représentent ces régimes, il serait faux d'affirmer que le choix de l'organisme assureur n'est pas réfléchi dans l'intérêt de l'entreprise et dans celui des salariés (ce qui explique que les contrats ne restent que très très rarement chez le même organisme tout au long de leur vie).

Enfin, rassurez-vous, les taux de cotisations devraient baisser pour de nombreux contrats au 1er janvier 2016.
Entre la réforme du cahier des charges des contrats responsables qui plafonne certaines garanties (Décret 2014-1374 du 18 novembre 2014), notamment en optique, et la généralisation de la complémentaire santé pour tous et son panier de soins minimum (Décret 2014-1025 du 8 septembre 2014), il y a fort à parier que de nombreux contrats seront renégociés à la baisse pour ne prévoir en obligatoire que le panier de soins minimum et laisser le choix aux salariés de souscrire ou non à des contrats surcomplémentaires facultatifs qui ne bénéficieront malheureusement que dans une moindre mesure des avantages d'un contrat collectif obligatoire (notamment en terme de cotisation).

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

Cordialement,

Par **miyako**, le **18/02/2015** à **11:53**

Bonjour,
A titre d'information,le conseil constitutionnel a censuré les clauses de désignation que les syndicats et les IP voulaient imposer.Dans sa motivation le conseil réaffirme que la liberté de contracter et le libre choix sont des fondamentaux constitutionnels.Il n'a jamais dit ,ni écrit que c'était uniquement réservé aux patronat et aux partenaires sociaux.
Les salaires moyens des dirigeants d'IP se situent entre 30000 et 50000€ par mois .Vous multipliez cela par le nombre de présidents ,directeurs,sous directeur et autres cadres sup. qui ne servent à rien et vous aurez l'idée des sommes colossales dilapidées par des institutions sensées ne pas faire de bénéfices(ste de personne sans but lucratif ???) . AG2R se permet de sponsoriser une équipe professionnelle de cyclisme!! C'est donc bien une tromperie organisée et orchestrée par les partenaires sociaux.
N'oublions pas également que les groupes privées à but commercial et lucratif ,ce sont engouffrés dans le système et ceux là ne reversent pas leurs bénéfices à des oeuvres mutualistes ,mais à leurs actionnaires.
Je suis pour la mutuelle obligatoire,mais pas dans les conditions actuelles,chacun devant conserver le libre choix,sans passer par les syndicats qui ne représentent qu'une très petites parties des salariés(12%).
Tous les dossiers qui me remontent de TPE/PME (salariés et patrons) font état de double ,voir même triple cotisation et de difficultés majeures à avoir les termes exactes des contrats.Il faut toujours envoyer du courrier recommandé avec mise en demeure et menace de saisir le tribunal compétent pour obtenir satisfaction et régularisation des cas ,ce qui est absolument anormal.Car ceux qui ne peuvent ou n'osent pas se défendre sont fortement pénalisés.
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **BBrecht37**, le **18/02/2015** à **12:33**

Bonjour,

Concernant les clauses de désignations, je n'ai pas dit autre chose : jusqu'à la décision du Conseil Constitutionnel du 16 juin 2013, les Conventions Collectives (négociées par les partenaires sociaux) prévoyaient des clauses de désignation.
Les clauses en cours continuent de s'appliquer mais cette décision interdit la signature de nouvelles clauses de la même nature.

Concernant les salaires des dirigeants d'IP, ils sont à l'image des salaires des dirigeants d'entreprise ou du traitement du Président de la République : trop élevés pour certains, justifiés pour d'autres et pas assez élevés pour d'autres encore.

En tout état de cause, pour reprendre l'exemple que vous citez, AG2R représente :
- 243 milliards d'euros de résultat
- 83 milliards d'euros d'actif

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

- 11000 employés
- 18 millions d'assurés

A combien évaluer le juste salaire du dirigeant d'un tel groupe ?
Et pour info, AG2R sponsorise effectivement une équipe de cyclisme professionnelle à hauteur de 10 millions d'euros pour l'année 2014. Les sommes rapportées en termes de communication et de publicité par cette action marketing sont estimées pour la même année à 110 millions d'euros.
Quelle honte, oser gagner 100 millions d'euros dans de telles actions... Au bûcher !!!

Enfin, s'agissant des problèmes que peuvent connaître certains assurés, ils existent effectivement, quelle que soit la nature de l'organisme assureur.
Mais ils restent heureusement marginaux compte tenu du nombre d'assurés en France.

Concernant enfin la liberté de choix des salariés de leur organisme assureur, on appelle cela une couverture individuelle.
Elle a cela de positif que le salarié choisit son organisme assureur et ses garanties (et en conséquence la cotisation dans une certaine mesure).
Elle a en revanche ceci de négatif qu'elle ne permet plus au salarié de bénéficier de la mutualisation du risque et des avantages en terme de cotisation des contrats collectifs. On ne peut avoir le beurre, l'argent du beurre et le sourire de la crémière...

Le système de protection sociale complémentaire français n'est pas parfait certes, mais il est loin d'être imparfait. Et il a au moins le mérite d'exister...
C'est en outre un système en pleine mutation, dans toutes ses activités (retraite, prévoyance, santé...).
Rome ne s'est pas faite en un jour, la réforme de la protection sociale complémentaire en France non plus.

Cordialement,

Par **RECOUVREMENTMUTUELLE**, le **15/04/2016** à **15:26**

Vous devez contacter votre mutuelle.
votre employeur n'a pas fais le nécessaire vers tous les services

Par **amalia23**, le **06/07/2016** à **06:32**

Bonjour,
je suis en CDD de 12 mois dans une entreprise qui m a proposée vivinter comme mutuelle, j y ai souscrit pensant être mieux couverte qu avec ma mutuelle individuelle résultat aujourd’hui j ai de grave soucis de santé non pris a 100% par la sécu je me rend compte que vivinter rembourse à 80% la visite classique de médecin traitant et je ne suis pas couverte c est a dire aucun remboursement en cas de dépassement d honoraires, cette mutuelle me met dans une situation financière plus que délicate en 3 semaines j ai dépensée plus de 40% de mon salaire en frais médicaux et je ne vais être remboursée que d'une infime partie. ce n est pas acceptable je vis seule comment puis résilier cette mutuelle d entreprise. j ai vraiment besoin

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

d'aide.
merci

Par **miyako**, le **06/07/2016** à **23:06**

Bonsoir,
VIVINTER est une des plus mauvaise mutuelle qui soit,il y'a beaucoup de problème avec.Comme d'ailleurs beaucoup de mutuelles obligatoires qui sont de véritables arnaques.
Mais lorsque les employeurs proposent la mutuelle d'entreprise ,ils doivent obligatoirement donnés toutes les informations ,à savoir le tableau complet des prestations qui sont remboursées et cela doit correspondre à un minimum obligatoire imposé par le code de sécurité sociale .
Pouvez vous nous joindre le tableau complet des prestations que vous rembourse VIVINTER .
Au minimum ,c'est le ticket modérateur sécurité sociale ,c'est à dire total 100% de la Base Remboursement Sécurité Sociale (BRSS) - franchise obligatoire généralement 1€
Exemple :Consultation généraliste 23€ BRSS 23€ rbt SS 70% soit 16.10€ - 1€ franchise soit 15,10€ mutuelle 30% BRSS soit 6.90€
Il faut aller chez des médecins qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires.
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **Marissa 72**, le **01/09/2016** à **18:52**

Bonjour, je souhaiterai une information. Je suis en litige avec vivinter qui ne me rembourse pas mes soins dentaires malgré un devis validé, tous les documents envoyés, ainsi que des mails de réclamation et de nombreux appels. De plus ils refusent de me rembourser la totalité du forfait optique qu'ils me doivent alors que le reste à charge est supérieur au montant de leur forfait. A qui s'adresser en dehors de l'employeur pour se faire entendre et recevoir ce qui est dû ?

Par **miyako**, le **17/09/2016** à **17:19**

Bonsoir,
Que dit votre contrat ?au sujet du dentaire et de l'optique ?
et qu'avez vous exactement payé?
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **Marissa 72**, le **18/09/2016** à **21:54**

Au niveau du dentaire, après près de 3 mois de bataille j'ai enfin été remboursée par contre pour l'optique un responsable devait voir le problème et pour l'instant pas de réponse.

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

Normalement il devrait me rembourser à hauteur du forfait prévu dans les garanties sachant que le forfait est inférieur au reste à charge.pour l'instant ils n'ont versé qu'une partie du forfait.

Par **DUPUIS Serge**, le **19/10/2016** à **11:21**

Bonjour
J ai un gros problème avec la société VIVINTER,en effet je travaille chez ADREXO qui m oblige a adhérer a cette mutuelle.J ai choisi l option 2 ,la plus élevée pour moi et ma femme. Suite a une cure thermale pour le couple et avec un remboursement de la secu d une partie des frais de trajet et d hébergement (petits salaires)Vivinter me demande les justificatifs des frais ,je leur envoie et au bout de plusieurs semaines il me dise que vu que nous sommes a 100% a la secu il ne nous donne pas le forfait prévu a cet effet soit 200 euros x2 Le contrat indique bien sur une ligne remboursement des honoraires et sur une autre ligne forfait 200 euros par assuré,un enfant de 3 ans le comprendrait ,il ne veule rien savoir alors que l année dernière dans les mêmes conditions il s m ont payé
Aidez moi merci

Par **Marissa 72**, le **20/10/2016** à **13:13**

Je ne suis pas étonnée.ils m'ont fait à peu près la même chose sur un forfait lunette. La dessus je n'ai pas encore eu de retour mais concernant mon problème de remboursement dentaire j'ai fini par être remboursé au bout de presque 3 mois de bataille avec eux. Nous les avons harceler par mail et par téléphone, tout ça pour réclamer notre dû. Il ne faut pas les lâcher et demander à avoir un responsable. Bon courage à vous

Par **MAJ92**, le **26/10/2016** à **12:18**

Bonjour,

C'est mon premier message sur un forum. C'est vous dire à quel point mon message est plus que fort.

Cette mutuelle est dotée d'un manque de compétences, de professionnalisme et de mauvaise foi inégalé.
Heureusement qu'une ou deux chargés de clientèle sont biens.
Si vous envoyez un document, appelez-les dans la foulée. ils ne les traitent pas.

Je fais donc un appel à tous les DRH, ne prenez pas cette mutuelle. vos collaborateurs passeront beaucoup de temps (2 à 3h par dossier par téléphone) sur le lieu de travail au téléphone avec eux !

Aux adhérents, ne les lâchez pas !

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

Par **miyako**, le **27/10/2016** à **21:14**

Bonjour,
Il y a longtemps que j'avais dénoncé cette mutuelle et je suis ravi de ces témoignages .Malheureusement ,il y en a d'autres.
En tout cas,il ne faut pas céder et menacer d'aller en justice si nécessaire.
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **laduque**, le **14/01/2017** à **11:45**

Depuis la nouvelle loi Touraine de janvier 2016, non seulement je suis remboursée au tarif minimum alors que j'ai souscrit une assurance au tarif frais réels mais les mutuelles n'ont pas baissé leurs tarifs et bien au contraire les ont encore augmentés en 2017. Comment peut-on supporter cela sans réagir massivement ? Un scandale.
De plus un service non et erroné de Vinvinter

Par **miyako**, le **20/01/2017** à **17:20**

bonjour,
Il faut écrire aux futurs candidats à l'élection présidentiel,c'est le moment.
L'opposition actuelle ,lors du vote de la loi,avait déposé un amendement concernant la mutuelle obligatoire.Cet amendement prévoyait que tous les salariés pourraient choisir leur mutuelle ,soit celle de l'entreprise aux conditions actuelles,soit une autre individuelle ou collective.Le gouvernement et Mme TOURAINE en tête avaient refusé,sans explication.
Depuis le 01 janvier 2017,toutes les mutuelles obligatoires ont beaucoup augmenté en remboursant moins bien.
C'est effectivement un véritable scandale .
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **Magali Christo**, le **20/01/2017** à **18:28**

La mutuelle de mon entreprise aussi rembourse au minimum alors que les médecins que je consulte prennent tous des dépassements d'honoraires. Le prie est que les cotisations ont augmenté de 6€.

J'ai été obligée de prendre une 2ème mutuelle pour être mieux remboursée. Je l'ai trouvé en faisant des devis sur **mutuelle-pas-cher.fr** et son tarif est moins élevé que celui de l'entreprise.

En conclusion, imposer des mutuelles aux salariés n'a servie qu'à les ponctionner encore plus

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés

sur leurs salaires.

Par **dada11**, le **20/01/2017** à **21:25**

mutuelle de merde pour prendre les cotisations ça va remboursement nul

Par **miyako**, le **02/06/2017** à **06:47**

bonjour,
Il faut demander un exemplaire de votre contrat prévoyance à votre RH.
En principe chez HUMANIS,il y a 90 jours de franchise ;il semblerait que les ayez fait,puisque indemnisé depuis 4 mois .Je ne vois pas pourquoi il y aurait un refus.
Surtout demandez à lire votre contrat et avec ce genre d' Institut de Prévoyance ,il faut être très vigilant En principe ,ils n'insistent pas de trop et ne vont jamais jusqu'à la procédure.Ils ont un conciliateur auquel votre RH peut s'adresser.
Il n'y a pas qu'eux ,ils sont tous pareil.On paye c'est obligatoire et on ne peut pas choisir,mais quand il faut se faire payer là ce la se complique.
Amicalement vôtre
suji KENZO

Par **Hekayat**, le **14/01/2019** à **11:48**

Bonjour, Je suis dans le même cas, je travaille dans le secteur privé, et ma mutuelle obligatoire est Vivinter. Après leur avoir adressé mon devis pour mon futur accouchement, la Mutuelle refuse la prise en charge au motif que "si l'accouchement se fait par voie naturel, rien ne sera prise en charge (pas même l'anesthésiste) mais si c'est par césarienne, certains le seront (ils n'indiquent même pas lesquels)". Le tableau de garantie, lui, ne fait pas de différences... Que puis-je faire ? Je suis à 5 mois de grossesse, et depuis 1 mois et demi, ils ne veulent rien savoir, et je contracte beaucoup. Merci beaucoup de votre aide.

Copyright © 2024 Légavox.fr - Tous droits réservés