

Notice d'information

Mutualia Santé
CFR

MUTUALIA
ALLIANCE SANTÉ

www.mutualia.fr



Entre nous, c'est humain

ATTESTATION DE REMISE DE NOTICE D'INFORMATION

A remettre à la Confédération Fédérale des Retraités souscriptrice du contrat collectif facultatif Mutualia Santé CFR

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir reçu une Notice d'information sur les garanties frais de santé, objet du contrat collectif souscrit par la Confédération Fédérale des Retraités auprès de Mutualia, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de celle-ci.

Fait à :

Le :

Préambule

La Confédération Française des Retraités souhaite faire bénéficier les personnes adhérentes à la confédération souscriptrice, d'une couverture complémentaire santé de qualité.

Pour réaliser cet objectif, La Confédération Française des Retraités a fait le choix de souscrire un contrat collectif à adhésion facultative auprès de Mutualia Alliance Santé, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 1 rue André Gatoux – CS 10905 – 62033 ARRAS Cedex

La Confédération Française des Retraités est dénommée ci-après « le Souscripteur », Mutualia Alliance Santé « la Mutuelle » et la personne affiliée au contrat « Adhérent » ou « Membre Participant ».

SOMMAIRE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	5
ARTICLE 1 - OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION.....	5
ARTICLE 2 - CONTACTS UTILES	5
CHAPITRE II - ADHÉSION.....	5
ARTICLE 3 - BÉNÉFICIAIRES ADMIS	5
ARTICLE 4 - MODALITÉS D'ADHÉSION	5
ARTICLE 5 - CHOIX ET CHANGEMENT DE GARANTIES	5
ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION	6
ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES	6
ARTICLE 8 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES	6
ARTICLE 9 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE MODIFICATION DE SITUATION PERSONNELLE	6
ARTICLE 10 - OBLIGATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	6
CHAPITRE III - CONDITIONS DE RÉSILIATION, DE RADIATION, DE DÉCHÉANCE ET DE RENONCIATION.....	7
ARTICLE 11 - RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT	7
ARTICLE 12 - RADIATION POUR NON PAIEMENT DES COTISATIONS	7
ARTICLE 13 - DÉCHÉANCE ET EXCLUSION	7
ARTICLE 14 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX ADHÉSIONS RÉALISÉES « HORS ÉTABLISSEMENT » OU « À DISTANCE »	8
CHAPITRE IV - COTISATIONS.....	9
ARTICLE 15 - FIXATION DES COTISATIONS	9
ARTICLE 16 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS	9
ARTICLE 17 - PAIEMENT DES COTISATIONS	9
CHAPITRE V - GARANTIES ET PRESTATIONS.....	9
ARTICLE 18 - OBJET ET PRESTATIONS GARANTIES	9
ARTICLE 19 - CONFORMITÉ DES GARANTIES AUX CONTRATS RESPONSABLES	10
ARTICLE 20 - EXCLUSION DE PRISES EN CHARGE	10
ARTICLE 21 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS	11
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES.....	11
ARTICLE 22 - COMMISSION D'ACTION SOCIALE – FONDS DE SECOURS	11
ARTICLE 23 - PRESCRIPTION	12
ARTICLE 24 - SUBROGATION	12
ARTICLE 25 - TRAITEMENT DES RECLAMATIONS	12
ARTICLE 26 - MÉDIATION DES LITIGES À LA CONSOMMATION	12
ARTICLE 27 - CONTRÔLE MÉDICAL	13
ARTICLE 28 - EXPERTISE MÉDICALE	13
ARTICLE 29 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	13
ARTICLE 30 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX – FINANCEMENT DU TERRORISME	13
ARTICLE 31 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE	13
ARTICLE 32 - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	13
ARTICLE 33 - ATTEINTE AUX INTÉRÊTS DE LA MUTUELLE	14
ARTICLE 34 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	14
ARTICLE 35 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE	14
ANNEXES.....	15
ANNEXE 1 – TABLEAU DE GARANTIES	15
ANNEXE 2 – CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	16
ANNEXE 3 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ	20

NOTICE D'INFORMATION – Mutualia Santé CFR

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION

Le contrat a pour objet de proposer des garanties de protection sociale complémentaire portant sur le risque « santé » au bénéfice des personnes adhérentes à la Confédération souscriptrice, relevant du territoire d'exercice de la Mutuelle.

Le présent document constitue la Notice d'information prévue à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité.

La présente notice définit les garanties prévues par le contrat, leurs modalités d'application, les modalités à accomplir en cas de réalisation et précise les engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant et la Mutuelle. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

La Mutuelle met à la disposition de la Confédération souscriptrice dont vous êtes membre, la présente Notice d'information, qu'elle est tenue de vous remettre accompagnée des statuts, du document d'information sur le produit d'assurance (IPID) et le cas échéant, du règlement intérieur de la Mutuelle.

La présente notice est établie en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au jour de sa réalisation par la Mutuelle. Elle pourra, conformément au Code de la Mutualité, être modifiée dans les conditions prévues au présent document en fonction, notamment, des évolutions législatives et réglementaires.

En cas de modification de la présente notice et conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur remettra au Membre Participant une notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle. La Mutuelle tient à disposition des Membres Participants la Notice d'information qu'elle pourra leur communiquer via tout support durable.

ARTICLE 2 - CONTACTS UTILES

- **Siège social de la Mutuelle** : 1, rue André Gatoux, CS 10905, 62033 ARRAS CEDEX
- **Service de gestion** : les demandes de remboursements doivent être adressées à votre centre de gestion dont l'adresse figure sur votre carte mutualiste de tiers payant.
- **Service relation adhérent Mutualia** : pour toute question sur votre garantie, vous pouvez contacter votre Mutuelle au numéro de téléphone figurant sur votre carte mutualiste de Tiers Payant.
- **Service réclamation** : pour toute réclamation, vous pouvez contacter votre Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : Mutualia Alliance Santé – 1, rue André Gatoux – CS 10905 – 62033 ARRAS CEDEX
- **Cellule recours contre tiers** : pour toute déclaration mettant en cause la responsabilité totale ou partielle d'un tiers, vous pouvez contacter votre mutuelle :
- **Mail** : recourscontretiers.mas@mutualia.fr
- **Par courrier** : Mutualia Alliance Santé – Cellule Recours Contre Tiers – 1 boulevard Vladimir – CS 60003 – 17112 SAINTES Cedex
- **Au travers du formulaire de déclaration sur la page dédiée** : www.mutualia.fr/rct.mas/

CHAPITRE II - ADHÉSION

ARTICLE 3 - BENEFICIAIRES ADMIS

Sont admis en qualité d'adhérent, les personnes physiques visées dans la convention de partenariat susmentionnée, ayant signé un bulletin d'adhésion et résidant sur la commune ou travaillant pour celle-ci.

Les personnes physiques pouvant bénéficier des prestations en qualité d'ayant droit, sont définies par les statuts de la Mutuelle.

Il n'existe pas de limite d'âge à l'adhésion à l'assurance complémentaire santé.

ARTICLE 4 - MODALITÉS D'ADHÉSION

• Pour le membre participant

Conformément à l'article L. 221-4 du Code de la Mutualité, le Membre Participant se voit remettre avant la signature du bulletin d'adhésion, le document d'information sur le produit d'assurance (IPID), les statuts de la Mutuelle et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle. Le Membre Participant se voit également remettre la fiche devoir de conseil.

L'adhésion du Membre Participant n'est possible que si celui-ci retourne à la Mutuelle le bulletin d'adhésion dûment complété, signé et accompagné des pièces indiquées sur le bulletin.

La signature du bulletin d'adhésion par le Membre Participant emporte acceptation des dispositions statutaires et des droits et obligations définies par le présent règlement mutualiste et le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle.

La notion de signature recouvre tant la signature manuscrite apposée sur le bulletin d'adhésion, que la signature électronique, dans le cas d'une souscription par voie électronique.

L'enregistrement de l'adhésion est matérialisé par l'envoi d'une carte mutualiste de Tiers Payant.

• Pour les ayants droit

Le rattachement de l'ayant droit est concrétisé par la signature du même bulletin d'adhésion. En cas de demande de rattachement des ayants droit, postérieure à celle du Membre Participant, un nouveau bulletin d'adhésion doit être adressé à la Mutuelle.

Le Membre Participant doit être en mesure de fournir, à tout moment, les documents permettant de justifier de la qualité d'ayants droit.

ARTICLE 5 - CHOIX ET CHANGEMENT DE GARANTIES

• Choix initial des garanties

Les garanties proposées par la Mutuelle sont présentées en annexes 1 et 2 du présent document.

A la souscription, le membre participant procède au choix de sa garantie au moyen du bulletin d'adhésion.

En cas de rattachement des ayants droit, sous réserve d'être admis par la Mutuelle, le choix de la garantie faite par le Membre participant s'étend automatiquement à ses ayants droit.

• Modification des garanties

Le Membre Participant peut procéder à un changement de garantie en adressant une demande écrite à la Mutuelle en remplissant à cette fin, un nouveau bulletin d'adhésion.

Le changement des garanties, à la hausse ou à la baisse, n'est pas autorisé en cours d'année.

La demande doit être adressée à la Mutuelle au moins 2 mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 31 octobre de l'année. Elle prend alors effet, le 1er janvier suivant la demande.

En cas de rattachement des ayants droit, le changement de garantie demandé par le Membre participant s'appliquera automatiquement à ses ayants droit, dans les mêmes conditions.

Par dérogation, le changement des garanties à la baisse, est autorisé en cours d'année s'il est justifié par des circonstances économiques. Il fait alors l'objet d'une étude et décision expresse de la Mutuelle et prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

Il est précisé que toute diminution des garanties s'effectue par palier. Ainsi, le changement de garanties à la baisse, concerne exclusivement un niveau immédiatement inférieur, sauf dérogation accordée par la Mutuelle.

Tout autre changement est autorisé sous réserve de rester au moins une année calendaire dans la nouvelle garantie avant tout autre changement.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

• Pour le Membre Participant

Sous réserve de l'accomplissement des formalités d'adhésion et du paiement de la cotisation correspondante, l'adhésion à la garantie choisie, du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit prend effet le 1er jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée au même bulletin.

L'adhésion à la garantie souscrite par l'adhérent est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.

• Pour les ayants droit

Le rattachement des ayants droit à la garantie souscrite par le Membre participant, prend effet :

- à la même date que celle du Membre Participant, si la demande se fait simultanément ;
- au 1er jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion, si la demande se fait ultérieurement
- à la date de modification de la situation familiale du Membre Participant, dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai de 1 mois.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

• Pour le Membre Participant

Les garanties souscrites auprès de la Mutuelle s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion, tel que présenté à l'article 6 du présent document.

ARTICLE 8 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

La garantie cesse à la résiliation de l'adhésion. La cessation de l'adhésion, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la perte immédiate des prestations pour le Membre Participant et le cas échéant, ses ayants droits.

• Pour le Membre Participant

L'adhésion du Membre Participant prend fin :

- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion ;
- à la date de décès du bénéficiaire, selon les dispositions prévues à l'article 9, du présent document ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à la procédure prévue à l'article 12 du présent document.

• Pour les ayants droit

L'adhésion des ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de l'adhésion du Membre Participant ;
- à la date de décès du bénéficiaire, selon les dispositions prévues à l'article 9, du présent document ;
- au 1er janvier suivant la date de demande de radiation, en cas de demande de radiation intervenant avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit au sens des statuts de la Mutuelle.

ARTICLE 9 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE MODIFICATION DE SITUATION PERSONNELLE

• Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

Tout changement administratif d'ordre familial et social (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, concubinage, PACS (pacte civil de solidarité), changement de régime de base de sécurité sociale ou de régime local d'assurance maladie complémentaire (Alsace-Moselle), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte postal ou bancaire, changement de statut professionnel, cessation d'activité etc.) doit être signalé dans les meilleurs délais aux services administratifs de la Mutuelle, qu'il s'agisse du Membre Participant lui-même ou ses ayants droit rattachés de son chef.

• Décès d'un bénéficiaire

En cas de décès d'un bénéficiaire (Membre Participant ou ayant droit), le certificat de décès doit être produit dans un délai d'un mois suivant le décès. Sa radiation intervient à la date du décès.

Les bénéficiaires rattachés au Membre Participant décédé restent garantis de plein droit jusqu'à l'échéance de paiement de la dernière cotisation encaissée. Ils ont ensuite la faculté de devenir Membres Participants.

ARTICLE 10 - OBLIGATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

L'adhésion d'un Membre Participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un bulletin d'adhésion remis par la Mutuelle.

Ainsi, il est tenu :

- de remplir et de signer un bulletin d'adhésion et de joindre l'ensemble des éléments qui y sont visés. Ledit Bulletin mentionne notamment la garantie à laquelle il a choisi de souscrire ainsi que ses ayants droits rattachés auxquels s'étend cette garantie.
- de déclarer toute modification intervenant dans sa situation dans le mois suivant la modification. (changement de la situation de famille, changement de régime obligatoire, d'adresse, de coordonnées bancaires, etc.). Cette déclaration doit intervenir dans le mois suivant la modification.

Le Membre participant reçoit une Carte mutualiste de Tiers Payant ; à réception, les bénéficiaires doivent impérativement mettre à jour leur carte vitale afin de bénéficier des prestations prévues dans la garantie souscrite.
Tout Membre Participant, quittant la Mutuelle pour quelque cause que ce soit, doit retourner à la Mutuelle sa Carte mutualiste de Tiers Payant et celles de ses ayants droit, le cas échéant.

CHAPITRE III - CONDITIONS DE RÉSILIATION, DE RADIATION, DE DÉCHÉANCE ET DE RENONCIATION

ARTICLE 11 - RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

La résiliation à l'initiative du Membre Participant est appelée démission. Elle peut intervenir à l'échéance annuelle ou à titre exceptionnel. La démission, impliquant la radiation du Membre Participant, entraîne nécessairement la radiation de l'adhésion de ses ayants droit.

• Résiliation annuelle par le Membre Participant

Le Membre Participant a dans tous les cas jusqu'au 31 octobre pour résilier son contrat par lettre recommandée. **La Loi Châtel n°2005-67 du 28 janvier 2005 s'applique aux contrats individuels. La Mutuelle s'oblige à informer ses Membres Participants** quant aux délais de résiliation des contrats à tacite reconduction. Considérant que l'échéance annuelle est fixée au 31 décembre de chaque année, dans le cas où la Mutuelle délivre une information sur le droit à résiliation à l'échéance annuelle :

- au plus tard le 15 octobre de chaque année : l'assuré a jusqu'au 31 octobre pour résilier son contrat.
- après le 15 octobre de chaque année : l'assuré a 20 jours après la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle (le cachet de la poste faisant foi) pour résilier son contrat.

Le Membre Participant peut également demander, annuellement, la résiliation de l'adhésion des ayants droit. La demande est adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, soit le 31 octobre de l'année en cours. A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14/07/2019 et au plus tard au 01/12/2020, la dénonciation par l'adhérent peut être également exercée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion. La dénonciation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification, par lettre simple ou tout autre support durable, et dans les conditions du texte réglementaire d'application à venir.

• Résiliation en cas de modification du règlement

En cas de modification de ses droits et obligations, le Membre Participant a la possibilité de résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise du nouveau règlement mutualiste informant de ces modifications, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

L'adhésion prend alors fin le 1er jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle de la lettre de résiliation.

• Résiliation exceptionnelle en cours d'année

A titre exceptionnel, un Membre Participant peut demander la résiliation de sa garantie, ou de celle d'un ayant droit, en cours d'année s'il répond, ou son ayant droit, à l'un des cas suivants :

- être bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire, sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle ;
- en cas de survenance d'un changement de domicile, de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, ou en cas de changement de profession, sous réserve cependant que la modification de situation ait entraîné une modification de l'objet de la garantie pour la Mutuelle.

La demande de résiliation exceptionnelle doit être formulée par écrit et justifiée, puis adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet le premier jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs associés.

Seule la résiliation exceptionnelle ouvre droit au remboursement par la Mutuelle des cotisations éventuellement versées au-delà de la période pour laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation).

La démission ne dispense pas le Membre Participant du paiement de l'intégralité de la cotisation du mois en cours.

ARTICLE 12 - RADIATION POUR NON PAIEMENT DES COTISATIONS

Le non-paiement des cotisations peut entraîner la résiliation de l'adhésion. La résiliation à l'initiative de la Mutuelle est appelée radiation.

A défaut de paiement par le Membre Participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues 30 jours après la date d'envoi de la mise en demeure au Membre Participant.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 13 - DÉCHÉANCE ET EXCLUSION

Les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle peuvent être exclus dans les conditions précisées aux statuts.

Dans le cas de fraude ou de tentative de fraude caractérisée en vue de bénéficier indûment des avantages de la Mutuelle, le Conseil d'Administration peut, après avoir recueilli les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations et se réserve en outre, la possibilité de procéder à son exclusion.

- **Fausse déclaration intentionnelle**

La mutuelle fonde ses engagements au vu des déclarations du membre participant portées sur le bulletin d'affiliation.

- **Réticence ou fausse déclaration intentionnelle**

Conformément à l'article L221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par La Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration changent l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour La Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaté par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Une telle réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne de plein droit la nullité de l'affiliation.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à La Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, La Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la mutuelle en poursuit le recouvrement.

- **Omission ou fausse déclaration non-intentionnelle**

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin individuel d'affiliation.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'affiliation moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue au Membre participant, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où les garanties ne courent plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant, par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 14 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX ADHÉSIONS RÉALISÉES « HORS ÉTABLISSEMENT » OU « À DISTANCE »

La Mutuelle reconnaît au Membre Participant un droit de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage conformément aux articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la Mutualité et dans les conditions définies ci-dessous.

- **Vente à distance**

Le Membre Participant qui a adhéré exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance (par exemple vente web/internet, vente par correspondance, téléphone) dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations prévues à l'article L. 222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point précédent.

Pour les adhésions renouvelables par tacite reconduction, ce droit de renonciation ne s'applique qu'à l'adhésion initiale.

La prise d'effet de l'adhésion est retardée jusqu'à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus, sauf si le Membre Participant demande à la Mutuelle à bénéficier d'une prise d'effet antérieure à leur expiration. La date d'effet indiquée lors de l'adhésion est prise en compte à cette fin.

Le Membre Participant qui a demandé une prise d'effet de son adhésion antérieure à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus reste redevable d'une somme égale au montant de la cotisation annuelle divisée par le nombre de jours séparant la prise d'effet de l'adhésion, de l'exercice de la renonciation.

En cas de renonciation dans les délais ci-dessus, la Mutuelle restituera au Membre Participant les cotisations versées, dans les trente jours de la réception de sa renonciation, diminuées de la quote-part correspondante à la durée de la garantie dont il a bénéficié si le Membre Participant avait demandé une prise d'effet anticipée de son adhésion. La Mutuelle lui versera en outre, en cas de retard, des intérêts au taux légal à compter du trente-et-unième jour suivant cette renonciation.

- **Démarchage**

Tout Membre Participant qui a fait l'objet d'un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, même à sa demande, a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai légal met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée

En cas de renonciation, le Membre Participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser au Membre Participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit un intérêt au taux légal.

- **Perte du droit à renonciation**

Que ce soit dans le cadre d'un démarchage ou d'une vente à distance, dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le Membre Participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le Membre Participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

- **Modèle de lettre de renonciation**

Objet : lettre de renonciation – lettre recommandée avec AR

Madame, Monsieur,

Je soussigné (nom - prénoms)....., déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste souscrit auprès de Mutualia, conclu à distance ou dans le cadre d'un démarchage.

Mon adhésion prendra fin à la date de réception, par votre organisme, de la présente lettre de renonciation, conformément au dispositif de renonciation applicable et décrit au sein du règlement mutualiste.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

En vous en remerciant par avance je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à, le

Signature

CHAPITRE IV – COTISATIONS

Les garanties sont acquises moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, trimestrielle ou annuelle, pour chaque bénéficiaire assuré.

ARTICLE 15 - FIXATION DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation peut varier en fonction de l'âge et du lieu de résidence du membre participant. Lorsque le Membre Participant fait adhérer un ou plusieurs membres de sa famille, tels que définis dans les statuts de la Mutuelle, le tarif applicable à chacun des membres est celui correspondant à l'âge atteint au 1er janvier de l'année.

L'âge pris en compte pour la tarification, fondée notamment sur des tranches d'âge, est l'âge au 1er janvier de l'année d'adhésion. Passée la première année, l'âge de référence pour le calcul des cotisations applicables à chaque bénéficiaire est celui correspondant à l'âge atteint au 1er janvier de l'année civile reconduite.

La cotisation est gratuite pour le 3ème enfant et les suivants sur l'ensemble de la formule. Il est précisé que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé (aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin), de la nature de l'emploi et du sexe de l'adhérent. En revanche, elles peuvent, dans ce cadre, être modulées dans les conditions de l'article L. 110-2 du Code de la Mutualité.

Tout changement de situation sur le fondement des critères précédemment définis peut entraîner une modification de la cotisation correspondante. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux Membres Participants.

En outre, conformément à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, la Mutuelle communique avant la souscription et annuellement aux Membres Participants les éléments à prendre en compte pour le calcul des ratios Prestations sur cotisations et des frais de gestion ainsi que les ratios, exprimés en pourcentage :

- entre le montant des prestations versées et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes aux garanties au titre de l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance
- entre le montant total des frais de gestion au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes.

ARTICLE 16 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations des Membres Participants sont fixées pour l'année civile. Elles peuvent être modifiées, en cours d'année, dans les conditions prévues aux statuts de la Mutuelle.

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels la garantie souscrite pourrait être assujettie et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du membre participant et sont payables en même temps que les cotisations.

ARTICLE 17 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues par le Membre Participant qui les règle directement auprès de la Mutuelle.

Elles sont appelées via un bordereau de cotisation annuel. Le paiement des cotisations se fait à échoir (en début de période), selon les modalités définies sur le bulletin d'adhésion.

CHAPITRE V - GARANTIES ET PRESTATIONS

ARTICLE 18 - OBJET ET PRESTATIONS GARANTIES

• Nature des prestations remboursées

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer aux bénéficiaires, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément ou en supplément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire.

Les prestations prévues par chaque formule sont détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe. L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires, ne donnent pas lieu à un remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifique mentionné en annexe.

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, en vigueur au jour de l'adoption du présent règlement.

Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué, sauf pour les équipements optiques et prothèses auditives où les remboursements incluent la part de l'Assurance Maladie Obligatoire. Sauf précisions contraires, les prestations forfaitaires sont accordées par année civile.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

Toute modification des bases de remboursement et/ou taux de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire ne pourra avoir pour conséquence d'augmenter les engagements de la Mutuelle. Ces prestations resteront en niveau, comme en montant, telle que définies avant ces modifications. Cette clause ne peut en aucun cas porter préjudice au caractère responsable des garanties.

• Garanties assistance

La garantie assistance « Mutualia Assistance » est en inclusion dans toutes les formules du présent règlement mutualiste. Les services et leurs conditions d'application sont décrits dans une notice spécifique, remise au Membre Participant par la Mutuelle.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par la Mutuelle. Toutes les modifications apportées à la garantie seront notifiées au Membre Participant.

• Etendue territoriale

Le champ géographique de la Mutuelle est déterminé par ses statuts. En France et à l'étranger, Mutualia intervient au profit des Membres Participants et de leurs ayants droit en complément de la Sécurité sociale française si les bénéficiaires sont affiliés ou rattachés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, dans les limites des garanties souscrites et conditions définies par le présent règlement mutualiste.

Le Membre Participant peut se faire soigner en France, comme dans tout autre pays du monde.

En cas de séjour à l'étranger, les taux et bases de remboursement appliqués par la Mutuelle sont identiques à ceux pratiqués en France, par l'Assurance Maladie Obligatoire française. La Mutuelle intervient sur présentation de justificatifs et uniquement dans les cas où cette dernière intervient et ce, dans le respect des « contrats responsables ». Le règlement des prestations est effectué en France Métropolitaine et en euros.

- **Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion**

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

- **Limite de remboursement – Principe indemnitaire**

Conformément à l'article L 224-8 du Code de la Mutualité, 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 du Membre Participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

- **Pluralité d'organismes assureurs**

En cas de pluralité d'organismes assureurs, les garanties de même nature contractées auprès de ces organismes, garantissant le membre participant et ses ayants droit le cas échéant, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire de la garantie peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Ainsi, si le Membre Participant souscrit auprès de plusieurs organismes assureurs des contrats ou règlements mutualistes pour un même intérêt contre un même risque, il doit informer immédiatement la Mutuelle, de l'existence de cette pluralité, en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des organismes assureurs le garantissant contre le même risque que celui couvert par la Mutuelle.

Il devra ensuite lui fournir les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'impression des décomptes du Régime Obligatoire ainsi que les décomptes originaux du ou des organisme(s) d'assurance complémentaire santé, pour obtenir le remboursement des prestations.

Celles-ci seront versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par le ou les organisme(s) assureur(s) dans les limites précédemment exposées et des frais réellement engagés par le membre participant ou le cas échéant son ayant droit.

- **Fixation et évolution des garanties**

Le présent règlement mutualiste est établi en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au jour de sa réalisation par la Mutuelle. Il pourra, conformément au Code de la Mutualité, être modifié dans les conditions prévues au présent document, en fonction, notamment, des évolutions législatives et réglementaires. En cas de modification du présent règlement mutualiste, la Mutuelle le notifiera au Membre Participant.

ARTICLE 19 - CONFORMITÉ DES GARANTIES AUX CONTRATS RESPONSABLES

Les garanties santé accordées par la Mutuelle s'inscrivent dans le dispositif des contrats responsables, au sens des articles L. 871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale. Elles s'inscrivent également dans le cadre de la réforme « 100% santé » issue de l'article 51 de la loi n°2018 -1203 du 22 décembre 2018 pour le financement de la Sécurité sociale et du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019.

A ce titre, les garanties suivantes sont nécessairement prises en charge, au titre du caractère responsable des garanties :

- le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, dans le respect du parcours de soins coordonnés (hormis quelques exceptions, tel que présenté dans le tableau de garanties);
- la prise en charge du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, étant précisé qu'il s'agit uniquement du forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ainsi que le prévoit la circulaire n° DSS/SD2A/SD3A-SD6D-2015-0 du 30 janvier 2015 ;
- les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/ OPTAM-CO) prévu à la convention médicale nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité ;

De plus, conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, sont pris en charge au titre des contrats responsables :

- la totalité des dépenses d'acquisition de dispositifs médicaux d'optique, d'aides auditives ou de soins prothétiques dentaires appartenant au panier dit « 100% santé » à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites vente (PLV) ou des honoraires de facturations plafonnés.
- les dépenses d'acquisition de dispositifs médicaux d'optiques, d'aides auditives, de soins prothétiques dentaires n'appartenant pas au panier « 100% santé » dans le respect des minima et maxima fixés par la réglementation.

Selon le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositions introduites dans le cadre de la réforme « 100% santé », sont applicables à compter du :

- 1er janvier 2020 en matière de dispositifs médicaux d'optique médicale et de frais de soins dentaires prothétiques précisés par arrêté ;
- 1er janvier 2021 en matière de dispositifs médicaux d'aides auditives et pour l'ensemble des soins dentaires prothétiques pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans l'arrêté précité.

ARTICLE 20 - EXCLUSION DE PRISES EN CHARGE

Ne sont pas pris en charge, au titre du caractère responsable des garanties :

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, acquittée par l'adhérent ou ses ayants droit, pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie ;
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, mises à la charge de l'adhérent ou ses ayants droit, concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires ;

- La prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux adhérents ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins), tel que visé à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques, tel que prévu au 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

De même, ne pourra être pris en charge toute garantie dont la couverture serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ou ses textes d'application.

ARTICLE 21 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

• Pièces justificatives à fournir

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations, au vu des décomptes originaux de la Sécurité sociale ou au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Pour les prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire, dans le cas où elles sont prévues à la garantie, la Mutuelle intervient uniquement sur prescription et sur présentation de toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé :

- notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas et ;
- notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie, justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

• Tiers payant

Les prestations garanties sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant). Dans le cas où les Membres Participants et le cas échéant, leurs ayants droit assurés s'adressent à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La carte Mutualiste de Tiers Payant remise au Membre Participant permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours qui suivent la cessation de l'adhésion. Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

• Envoi des demandes de remboursement

Les demandes de remboursement doivent être adressées à votre organisme gestionnaire dont l'adresse figure sur la Carte mutualiste de Tiers Payant.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 - COMMISSION D'ACTION SOCIALE – FONDS DE SECOURS

La Mutuelle dispose d'un fonds de secours géré par la commission d'action sociale, ayant pour objet, après épuisement de tout autre recours, et dans la limite d'un cadre budgétaire déterminé annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle :

- de venir en aide aux membres participants - ou à leurs ayants droit - dont les besoins ne sont pas ou peu couverts par les garanties du présent contrat ;
- d'intervenir pour aider certains membres participants à accéder aux soins de manière ponctuelle et exceptionnelle.

La commission d'action sociale étudie les demandes émises par tout membre participant en situation difficile et/ou de précarité. Elle se base sur les revenus et les charges du membre participant ainsi que sur le reste à charge des soins faisant l'objet de la demande. Les aides attribuées concernent uniquement les dépenses liées aux frais de santé.

Tout membre souhaitant faire une demande de secours auprès de la Commission d'Action Sociale peut présenter sa demande au Président de la Commission d'Action Sociale à l'adresse suivante :

Mutualia Alliance Santé

A l'attention du Président de la Commission d'Action Sociale

1 boulevard Vladimir - CS 60 003

17112 SAINTES Cedex

Un dossier de demande de secours est considéré comme recevable dès lors que le membre participant :

- est bénéficiaire de la garantie depuis au moins un (1) an,
- a préalablement saisi le fonds d'action sociale de son régime obligatoire de sécurité sociale et en a obtenu réponse
- rédige un courrier d'accompagnement expliquant l'objet de sa demande (le courrier peut être rédigé par l'organisme représentant légalement le membre participant.
- retourne les éléments adressés par la Mutuelle dûment complétés, datés, signés et accompagnés des pièces justificatives demandées.

Tout dossier incomplet est considéré comme irrecevable et ne pourra pas être présenté à la Commission d'Action Sociale.

ARTICLE 23 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré ce jour-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci. La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique, adressé par la Mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

ARTICLE 24 - SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres Participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Si la victime a été directement et entièrement indemnisée par le tiers en cause, le reversement des prestations versées par La Mutuelle est exigé.

La victime, qui par négligence ou abandon volontaire rend la récupération impossible, est tenue de rembourser les prestations perçues de La Mutuelle.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le Membre Participant et ses ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes, lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité, totale ou partielle, d'un tiers.

Le Membre Participant envoie, dans ce cadre, sa déclaration à l'adresse indiquée à l'article 2 « contacts utiles » du présent document.

ARTICLE 25 - TRAITEMENT DES RECLAMATIONS DES MEMBRES

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ou un désaccord envers la Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées à votre conseil habituel.

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant directement à la Mutuelle en adressant un courrier au service réclamation, à l'adresse figurant à l'article 2 du présent document.

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mutualia le tiendrait informé.

ARTICLE 26 - MEDIATION DES LITIGES À LA CONSOMMATION

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relative à la « médiation des litiges de la consommation », la Mutuelle propose pour ses Membres Participants un dispositif gratuit de médiation de la consommation.

Ce dispositif est ouvert au Membre Participant pour tous litiges portant sur l'exécution du présent contrat, dès lors :

- que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 25 du présent document et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;
 - que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
 - que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.
- A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.

Le médiateur proposé dans ce cadre est **CNPM - Médiation - Consommation**. Il peut être joint par :

- voie électronique : www.cnpm-mediation-consommation.eu
- ou par voie postale : **CNPM Médiation Consommation - 27, avenue de la libération - 42400 SAINT CHAMOND.**

Les parties à la médiation restent cependant libres de se retirer à tout moment de la médiation.

La solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties à la médiation, qui sont libres de l'accepter.

Il est proposé au Conseil d'administration d'approuver la modification des règlements Mutualistes (produits nationaux et locaux) découlant de la conclusion d'une nouvelle convention de Médiation des litiges de Consommation.

ARTICLE 27 - CONTRÔLE MEDICAL

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées en la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ ou à des bonnes pratiques de soins. Le contrôle s'effectue sur les pièces justificatives fournies par l'adhérent et peut, le cas échéant, donner lieu à une expertise médicale. En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ ou se soumettre à l'expertise médicale, la Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de soins.

ARTICLE 28 - EXPERTISE MEDICALE

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, le membre participant pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais. En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de la Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour la Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination.

ARTICLE 29 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement souscrit auprès de la Mutuelle ainsi que pour l'organisation de sa vie institutionnelle réglementée par les dispositions statutaires, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016.

La Mutuelle, en tant que responsable du traitement, recueille différentes informations qui font l'objet de différents traitements de données à caractère personnel et dont les finalités consistent à effectuer des opérations nécessaires à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du règlement.

En outre, les informations recueillies seront susceptibles d'être également utilisées dans le cadre des opérations :

- de recouvrement et de contentieux ;
- dans le cadre de la prospection commerciale ;
- de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales,
- de toute autre finalité qui pourrait être définie sur nos supports.

Vous êtes également susceptibles de recevoir des offres commerciales de Mutualia ou de ses partenaires, sauf opposition de votre part, pour des produits et services analogues.

Les destinataires des données sont Mutualia, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé.

Ces informations sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservations et de prescriptions légaux. Elles peuvent également être conservées pendant une période de trois ans maximum à compter de l'extinction du contrat à des fins de prospection commerciale (sous réserve d'opposition).

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), vous bénéficiez, ainsi que vos ayants droit, d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé :

- par courriel : droits-donnees-personnelles@mutualia.fr
- par voie postale : Mutualia 19 rue de Paris – CS 50070 - 93013 Bobigny CEDEX.

Pour toutes questions relatives au traitement de vos données à caractère personnel, vous pouvez également prendre contact avec le Délégué à la Protection des données (DPO) de Mutualia par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr ou à l'adresse postale visée ci-dessus.

Vous disposez également d'un droit à réclamation, en matière de protections de données personnelles, auprès de la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> après ou en l'absence de réponse de la Mutuelle, si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

ARTICLE 30 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX – FINANCEMENT DU TERRORISME

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance n° 2016-1635 du 1er décembre 2016 codifiées aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

ARTICLE 31 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les membres participants ou leurs ayants droit qui se rendent coupables de fraude ou de tentative de fraude caractérisée, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations, en vue de bénéficier indûment des avantages de la Mutuelle peuvent être exclus de la mutuelle.

Celle-ci se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi.

ARTICLE 32 - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Le présent règlement a été adopté selon les conditions définies par le code de la Mutualité et les statuts de la Mutuelle.

Il a été rédigé en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au jour de sa réalisation par la Mutuelle. Il pourra, conformément au Code de la Mutualité, être modifié dans les conditions prévues au présent règlement et aux statuts de la Mutuelle, en fonction, notamment, des évolutions législatives et réglementaires. Toute modification du présent règlement est portée à la connaissance du Membre Participant et lui est opposable dès sa notification.

D'une manière générale, toute modification des prestations, des cotisations et le cas échéant, les modifications des statuts et règlements de la Mutuelle sont notifiées aux Membres Participants dans la lettre d'information de la Mutuelle et / ou par courrier individuel ou via les espaces sécurisés personnels en ligne, le site web mutualia.fr ou par tous autres moyens de communication.

ARTICLE 33 - ATTEINTE AUX INTERETS DE LA MUTUELLE

Les membres participants ou leurs ayants droit qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de La Mutuelle peuvent en être exclus dans les conditions précisées aux statuts.

ARTICLE 34 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est administrée conformément à ses statuts et règlement intérieur qui peuvent être transmis à tout membre participant sur simple demande.

ARTICLE 35 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est à ce jour, l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92 459, 75 436 Paris CEDEX 09.

ANNEXE 1 – Tableau de Garanties

SOINS COURANTS	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques				
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100 %	150 %	150 %	200 %
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100 %	130 %	130 %	180 %
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100 %	150 %	150 %	200 %
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100 %	130 %	130 %	180 %
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100 %	100 %	100 %	100 %
Analyses et examens de laboratoire	100 %	100 %	100 %	100 %
Médicaments				
- Médicaments pris en charge par le RO hors Service Médical Rendu Faible	100 %	100 %	100 %	100 %
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	100 %	100 %	100 %	100 %
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100 %	150 %	150 %	200 %
Transports pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	200 %
HOSPITALISATION				
Honoraires médicaux et chirurgicaux				
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100 %	150 %	150 %	250 %
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100 %	130 %	130 %	200 %
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100 %	100 %	100 %	200 %
Chambre particulière avec nuitée	-	20 € / nuit	30 € / nuit	70 € / nuit
OPTIQUE				
Equipements 100% santé (2)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (2)				
- Verres simples + monture	50 €	120 € (dont 100 € monture)	200 € (dont 100 € monture)	300 € (dont 100 € monture)
- Verres complexes ou très complexes + monture	200 € (dont 100 € monture)	200 € (dont 100 € monture)	300 € (dont 100 € monture)	400 € (dont 100 € monture)
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe + monture	125 € (dont 100 € monture)	160 € (dont 100 € monture)	250 € (dont 100 € monture)	350 € (dont 100 € monture)
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)	100 %	100 % + 120 € / an (3)	100 % + 200 € / an (3)	100 % + 300 € / an (3)
Autres prestations optiques 100% santé (4)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (4)	100 %	100 %	100 %	100 %
DENTAIRE				
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (4)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (4)	100 %	100 %	100 %	200 %
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (4)				
- Prothèses prises en charge par le RO	100 %	150%	200 %	300 %
Implantologie	-	150 € / implant	250 € / implant	300 € / implant
AIDES AUDITIVES				
Equipements 100% santé (5)	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	100 % (5)	100 % + 300 € / appareil (6)	100 % + 450 € / appareil (6)	100 % + 450 € / appareil (6)
CURES THERMALES				
Soins et forfait thermal pris en charge par le RO	65% à 70%	65% à 70%	65% à 70%	90 %
Transport et hébergement pris en charge par le RO ou non	0% à 65%	0% à 65%	0% à 65%	300 € / an
PRÉVENTION				
Actes de prévention pris en charge par le RO	100 %	100 %	100 %	100 %
Dépistage préventif				
- Ostéodensitométrie	100 %	100 % + 50 € / an	100 % + 50 € / an	100 % + 50 € / an
BIEN-ÊTRE				
Pédicure/podologue	30 € / an	50 € / an	50 € / an	70 € / an
ASSISTANCE ET SERVICES				
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	Oui	Oui	Oui	Oui
Réseau de soins optique	Oui	Oui	Oui	Oui
Etude et conseil sur devis en dentaire, optique et audioprothèses	Oui	Oui	Oui	Oui
Aide au retour à domicile après hospitalisation	Oui, selon conditions assistance	Oui, selon conditions assistance	Oui, selon conditions assistance	Oui, selon conditions assistance

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; HAM : Hors Alsace-Moselle ; AM : Alsace-Moselle ; PMS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés). Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(3) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille. Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

ANNEXE 2 – CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

• Soins courants

• Substituts nicotiniques

Quelle que soit la formule choisie, la Mutuelle rembourse les substituts nicotiniques pris en charge par le RO.

Les substituts nicotiniques permettant un remboursement de la part de la Mutuelle sont les patches, gommes et pastilles. Les cigarettes électroniques ne sont pas remboursées par la Mutuelle.

• Hospitalisation

• Frais de séjour

La Mutuelle prend en charge la totalité du ticket modérateur relatif aux frais de séjours dans un établissement de santé public et privé conventionné par le RO.

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur relatif aux frais de séjour dans un établissement de santé privé non conventionné sur la base du tarif d'autorité appliqué à ce type d'établissement.

• Forfait journalier hospitalier

La Mutuelle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale et des familles.

• Chambre particulière avec nuitée

La Mutuelle verse au Membre Participant un montant forfaitaire par journée d'hébergement.

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés

• Optique

• Forfait équipements optiques « 100% santé » et « panier libre »

a. Définition

La garantie « équipement optique » proposée par la Mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition d'équipements d'optique médicale, en

complément du remboursement RO.

Par « équipement d'optique médicale », il convient d'entendre un équipement composé de deux verres et d'une monture.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre du forfait « équipement optique », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document. Il inclut la part de remboursement du régime obligatoire et du ticket modérateur. Ainsi, en cas d'utilisation du forfait dans sa globalité, le ticket modérateur ne peut faire l'objet d'un remboursement.

Dans le cadre de la réforme 100% santé, le forfait équipement optique est distingué en deux classes :

- les équipements 100% santé, de classe A, dont les tarifs sont plafonnés. Ils couvrent tous les besoins de correction visuelle et respectant les critères de performance technique et de qualité (traitement antireflets obligatoires, amincissement des verres en fonction du trouble, anti-rayures, anti-UV) ;

- les équipements à tarifs libres, de classe B, sans plafonnement tarifaire.

b. Montants des remboursements

Les équipements 100% santé sont obligatoirement et intégralement pris en charge par la Mutuelle, à hauteur des frais exposés par l'assuré en plus du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.

Les montants de prise en charge des équipements à tarifs libres, dépendent de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision.

Le montant du forfait lunette comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture. Selon la réglementation en vigueur, le montant de remboursement de la monture ne peut excéder 100€.

Les forfaits équipements appartenant au panier libre sont ainsi distingués entre équipements à verres simples, complexes ou mixtes de la manière présentée dans le tableau ci-dessous. Ils

Catégorie	Verres composant l'équipement
Verres simples	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres simples, corrigeant un défaut spécifique tel que la myopie légère, l'astigmatisme léger (corrige un défaut de loin ou de près).</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres simples sont les suivants : verres appartenant à l'une des catégories suivantes ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 • verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $<$ ou $=$ +4,00 • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est inférieure à 6,00
Verres complexes	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres complexes composés de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique, permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent notamment la presbytie. Les verres compris dans la catégorie à verres complexe sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 • Verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $>$ +4,00 • dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est $>$ ou $=$ +0,25 • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est supérieure à 6,00 • Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 • Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme $S^* <$ ou $=$ à +8,00 <p>Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries • dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries • dont la sphère est positive et dont la somme S^* est $>$ +8,00
Verres mixtes	<p>L'équipement est composé d'une monture, d'un verre simple et d'un verre complexe, dont chaque verre corrige un défaut spécifique à l'œil correspondant.</p>

c. Articulation entre le panier 100% santé et le panier libre

Les bénéficiaires ont la possibilité de mixer entre les deux paniers, en souscrivant une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement libre (de classe B), dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

d. Périodicité de renouvellement

La prise en charge au titre du forfait « équipement optique » est limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de deux ans.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin et ne, pouvant pas ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait équipements optiques peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun des deux des déficits mentionnés ci-dessous.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, cette période est réduite à :

- un an (12 mois) après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- six mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres), pour les enfants de moins de 7 ans, uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.
- un an (12 mois) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières : une intolérance ou une contre-indication aux verres indication aux verres progressifs ou multifocaux ; une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique) précisées par la liste fixée par arrêté et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique. Les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois ou 6 mois, tels que présenté ci-dessus) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement ou d'un élément de l'équipement optique (verre ou monture). Il s'agit d'une période fixe, qui ne peut être ni réduite, ni allongée.

Il ne peut en aucun cas y avoir de report de remboursement d'une période sur une période suivante.

Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (1 an ou 6 mois après, dans certains cas exceptionnels, tel que présenté ci-dessus).

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles.

Ainsi, en cas de changement de formule :

- Si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement optique avant ce changement de formule, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de deux ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- Si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement optique pour l'achat d'un équipement complet (verres + montures), il devra attendre la fin de sa période de deux ans qui a commencé après la date d'acquisition du premier élément de l'équipement, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- Si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement optique pour l'achat d'un équipement (verres ou monture), la date de fin de sa période de deux ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour les seuls éléments de son équipement (verres ou monture) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.

Exemple : le contrat du Membre Participant prévoit un plafond de garantie de 100 euros pour la monture et 190 euros par verre (selon grille) et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Le Membre Participant acquiert le 28 septembre 2019 deux verres foyer (simple foyer, 4 dioptries par exemple) pour un total de 300 euros. En janvier 2020, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 100 euros. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2021.

• Lentilles prises en charge par le RO

Le montant du forfait varie en fonction de la garantie souscrite. La période d'utilisation du forfait est d'une année civile. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait global.

Au-delà du forfait, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur lorsqu'il y a eu remboursement par le régime obligatoire.

• Autres prestations optiques

Outre les prestations « équipement optique médicale », lentilles, la garantie accordée par la Mutuelle prend en charge les prestations d'adaptation de la correction, les verres neutres, la prestation d'appairage et les prismes.

Comme pour les équipements optiques, ces prestations sont classées en deux paniers :

- Panier 100% santé : concerne la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, l'appairage, les verres avec filtre ;
- Panier à tarifs libres : concerne la prestation d'adaptation de la correction visuelle par l'opticien, l'appairage, les verres avec filtre, les prismes, le système antiptosis, les verres iséiconiques.

Les suppléments et autres prestations optiques appartenant au panier 100% santé sont pris en charge par la Mutuelle à hauteur des frais exposés par l'assuré,

en sus du tarif de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.

Les prestations classées en panier libre sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur, tel que présenté dans le tableau de garanties

• Dentaire

• Soins et prothèses dentaires

Deux catégories de soins et prothèses dentaires sont prévues par la garantie.

- Soins et prothèses appartenant au panier 100% santé : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation et sont remboursés intégralement par les contrats responsables). Le panier 100% Santé s'appliquera aux couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire, aux couronnes métalliques pour toutes les dents, et aux appareils amovibles en résine
- Soins et prothèses n'appartenant pas au panier 100% santé : concerne les soins et prothèses :
 - à reste à charge maîtrisé : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation), cependant ils peuvent présenter un reste à charge pour l'adhérent. Il s'appliquera sur les couronnes céramo-métalliques pour les dents intermédiaires, les bridges pour les dents postérieures, les appareils amovibles en stellite ;
 - à panier libre : les actes sont sans plafonnement et l'adhérent peut choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués.

Les actes et prestations, proposés par le biais de chaque panier, diffèrent selon la nature des matériaux, le type de prothèse et la localisation de la dent.

Dans le cadre du contrat responsable, les garanties relevant du :

- Panier 100% santé sont pris en charge obligatoirement et sont remboursés intégralement par l'Assurance Maladie Obligatoire et la Mutuelle, à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'adhérent en plus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation ou du prix limites de vente et sont sans reste à charge.
- Panier hors 100% santé (à « reste à charge maîtrisé » ou « libre »), les remboursements de la Mutuelle varient en fonction de la formule choisie, tel que présenté dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document.

• Autres prestations dentaires

Pour l'Orthodontie non PEC RO, les IPP (Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire), les prothèses non prises en charge par le Régime Obligatoire, mais figurant à la nomenclature RO et les soins non PEC RO une garantie forfaitaire utilisable par année civile est prévue ou non selon la formule choisie.

Ce forfait rembourse uniquement les prestations médicalement prescrites et non prises en charge par le Régime Obligatoire. En outre, ces prestations doivent être inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires.

• Aides auditives

• Equipements « panier 100% santé » et « panier libre »

a. Définition des modalités de prise en charge

La garantie « aides auditives » accordée par la Mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de prothèses auditives.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre du forfait « équipement audioprothèse », sont définies en conformité avec le cahier des charges des contrats responsables, dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document. Il est exprimé par oreille et par bénéficiaire et inclut la part de remboursement de l'assurance maladie et du ticket modérateur, sans pouvoir excéder 1 700€.

Dans le cadre de la réforme 100% santé, le forfait équipement « audioprothèses » est distingué en deux classes :

- Les équipements 100% santé, de classe I, à tarifs plafonnés ;
- Les équipements à tarifs libre, de classe II.

b. Renouvellement

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 de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

Le reliquat du forfait non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Par dérogation, jusqu'au 31 décembre 2020, sans préjudice des dispositions de l'article R. 165-24 du code de la sécurité sociale, un renouvellement anticipé de la prise en charge d'une aide auditive peut toutefois intervenir lorsque les conditions cumulatives suivantes sont satisfaites :

- le renouvellement de la prise en charge de l'aide auditive intervient après une période d'au moins 4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente (ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment) ;
- l'aide auditive dont le renouvellement anticipé est sollicité est hors d'usage, reconnue irréparable ou inadaptée à l'état de l'assuré.

Ce renouvellement anticipé doit respecter les autres règles de prise en charge et, intervient notamment après prescription médicale (dans les conditions rappelées dans l'arrêté susmentionné). En vue du remboursement au titre du présent I, le prescripteur atteste de l'état hors d'usage, reconnu irréparable ou inadapté à l'état de l'assuré, de l'aide auditive, en précisant la raison sur un document qui doit être transmis à la caisse d'assurance maladie.

Une adhésion à une formule optionnelle ou un changement de formule ne permet pas de déroger à ces règles. Ainsi, en cas de changement de formule :

- Si le bénéficiaire n'a pas entamé sa prestation équipement audioprothèses avant ce changement de formule, il bénéficiera des montants nouvellement souscrits à compter de la date d'effet de sa nouvelle formule. La période de quatre ans commencera dès l'acquisition de tout ou partie de son équipement ;
- Si le bénéficiaire a utilisé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'une prothèse par oreille, il devra attendre la fin de sa période de quatre ans qui a commencé après la date d'acquisition de l'équipement de chaque oreille, pour bénéficier des montants nouvellement souscrits, dès lors que sa nouvelle formule a pris effet ;
- Si le bénéficiaire a entamé sa prestation équipement audioprothèses pour l'achat d'un équipement pour une oreille (droite ou gauche), la date de fin de sa période de quatre ans reste inchangée. Que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse, il bénéficiera des montants de remboursements nouvellement souscrits à compter de leur date d'effet pour la seule prothèse (droite ou gauche) n'ayant pas déjà fait l'objet d'un remboursement.

• Prévention

La Mutuelle prend en charge l'ensemble des actes de préventions pris en charge par le RO, tels que définis par l'arrêté du 8 juin 2016, pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code et définis ci-dessous :

- Prévention des caries pour les enfants : scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première

et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.

- Détartrage annuel dentaire : un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants : bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.

- Dépistage de l'hépatite B

- Dépistage auditif : une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

- Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
- Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
- Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
- Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
- Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).

- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.

• Bien-être

Les forfaits Bien-Être et Prévention permettent, sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures, le remboursement de prestations définies sur une base forfaitaire annuelle. Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante. Il est utilisable pour les prestations non remboursées par le RO, telles que visées dans le tableau de garanties et selon les conditions suivantes :

- Pédicure-Podologue ;
- Ostéodensitométrie.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.

ANNEXE 1 – Les mots clés de la santé

100% santé : dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Acte coûteux : un ticket modérateur forfaitaire s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, pratiqué lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe, à l'exception des prothèses dentaires, des actes de biologie et d'anatomo-cytopathologie. Le montant de ce ticket est fixé par voie réglementaire. Il était de 24 euros depuis le 1er janvier 2019. Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Cette participation forfaitaire se substitue au Ticket modérateur, elle est prise en charge par Mutuaia.

Aides auditives : Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif.

Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Liste A : système anti-acouphène /connectivité sans fil / réducteur de bruit du vent /synchronisation binaurale / directivité microphonique adaptative / bande passante élargie $\geq 6\ 000$ Hz / fonction apprentissage de sonie / dispositif anti-réverbération.

Liste B : bande passante élargie $\geq 10\ 000$ Hz / réducteur de bruit impulsif / au moins 20 canaux de réglage / une batterie rechargeable

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé

Adhérent / Membre Participant : personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

Aide médicale de l'État (AME) : Dispositif destiné à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

- le Tarif de convention (TC) : Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.
- le Tarif d'autorité (TA) : Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Attention, il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Personne couverte par les garanties (Adhérent ou ayant droit), ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif.

Chambre particulière avec nuitée : Lors d'un séjour dans un établissement de santé l'Adhérent peut bénéficier à sa demande d'une chambre individuelle.

Les frais de la chambre particulière ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire sous réserve d'une prescription médicale imposant l'isolement du malade.

Chambre particulière en ambulatoire : Les établissements publics ou conventionnés peuvent facturer le prix d'une chambre particulière pour une hospitalisation dite « de jour » (inférieure à 12 h) dans un établissement de santé.

Chirurgie réfractive : Techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie. Cependant, la cataracte n'est pas incluse) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par la Mutuelle.

Classe A : Nomenclature de verres optiques qui bénéficient d'une prise en charge intégrale et dont le prix de vente est encadré.

Classe B : Nomenclature de verres optiques dont la prise en charge est définie dans le cadre du contrat de complémentaire santé et dont le prix de vente est libre.

Classe de produits (article L165-1 CSS) : Le remboursement par la sécurité sociale des dispositifs médicaux est subordonné à leur inscription sur la « Liste des produits et prestations remboursables » (LPP), soit par la description générique du produit, soit sous la forme d'une marque ou d'un nom commercial.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie Liste B : bande passante élargie $\geq 10\ 000$ Hz / réducteur de bruit impulsif / au moins 20 canaux de réglage / une batterie rechargeable.

L'inscription peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations, plusieurs classes, définies selon le service rendu et le rapport entre ce service et le prix / tarif envisagé.

Au moins une des classes fait l'objet d'une prise en charge 100% santé.

Conventionné/non conventionné : Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Contrats « complémentaire santé » responsables : Contrats de frais de santé qui respectent l'ensemble des obligations, des interdictions et des limitations en ce qui concerne la prise en charge des dépenses de santé, définies à l'article L. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Nos garanties ont été élaborées en conformité avec ce texte.

Devis : Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation. Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Forfait journalier hospitalier (FJH) : Mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (CSS), le forfait journalier hospitalier est une participation forfaitaire mise à la charge des personnes hospitalisées dans les établissements de santé publics et privés.

Le FJH comprend les frais liés à l'hébergement du patient ou de l'utilisateur : frais hôteliers, alimentation, lingerie, chauffage etc...

Son montant est fixé par arrêté ministériel. En 2018, il s'élève à 20 euros et de 15 euros pour un séjour en établissement psychiatrique.

Le FJH s'applique aux séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Le FJH peut aussi être supporté par des usagers admis dans les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale et des Familles.

Frais de séjours (hors forfait hospitalier) : Les frais de séjour, journaliers, comprennent l'ensemble des prestations assurées par un établissement de santé : analyses, médicaments, radiologies, rémunération du personnel et des médecines. Le Régime Obligatoire prend en charge une partie des frais de séjour dans un établissement de santé public ou privé conventionné ou non par le Régime Obligatoire. Certaines catégories de patients admis dans un établissement de santé public ou privé conventionné peuvent bénéficier d'une prise en charge par le Régime Obligatoire à 100%.

Franchises médicales : Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Celle-ci reste à la charge de l'assuré. Son montant est de :

- 50 centimes par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports d'urgence. La franchise est plafonnée :
- annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports sanitaires. En sont exonérés :
- les enfants de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après la date de l'accouchement ;
- et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- Les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence ;
- Les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Elles ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé responsable, sinon le contrat est requalifié de contrat non responsable.

Inlay Core : Pièce, le plus souvent métallique, destinée à remplacer la partie coronaire de la dent lorsque celle-ci est trop fragile pour supporter un élément prothétique.

A compter de 2020, cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte

Inlay/Onlay : L'onlay (ou inlay selon la partie de la dent à réparer) est une pièce prothétique, le plus souvent en céramique. Il reconstitue la partie très abîmée d'une dent :

- Onlay : sur la dent
- Inlay : dans la dent.

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlays composite). Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Membre Participant : Personnes physiques qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles sont affiliées ou ont adhéré et en ouvrent droit à leurs ayants droit

Membre Honoraire : Personne physique, qui verse des cotisations, des contributions, qui fait des dons à la Mutuelle ou lui a rendu des services équivalents dans des conditions définies par les statuts sans bénéficier de ses prestations.

Optam / Optam-co : La finalité de l'Optam, Optam- CO est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

- Optam : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ;
- Optam-CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Les médecins peuvent ou non adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée que sont l'Optam et l'Optam-Co. Ceux qui y adhèrent prennent l'engagement de respecter un taux d'activité à tarifs opposables et un taux de dépassement moyen d'honoraires. En contrepartie, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables et d'une rémunération spécifique.

Parcours de soins coordonnés : La loi du 13 août 2004 avait mis en place, pour chaque patient, un mécanisme de coordination des soins qui repose sur un médecin pivot appelé « médecin traitant ». Le médecin traitant se voit confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient vers d'autres spécialistes et coordonne les différentes interventions des professionnels de la santé afin de rationaliser et d'optimiser ses soins.

Tout assuré et ses ayants droit de plus de 16 ans doivent déclarer à leur Régime Obligatoire (CPAM, MSA,...) un médecin traitant. Un assuré se trouve hors du parcours de soins coordonnés s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il a consulté un autre praticien sans être orienté par son médecin traitant. Des exceptions existent pour certains actes et soins et pour certains spécialistes que l'assuré peut consulter directement. Le Régime Obligatoire peut majorer le montant de la participation de l'Adhérent si celui-ci ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Participation forfaitaire d'un euro : Les assurés doivent s'acquitter d'une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte, ou pour chaque consultation pris en charge par le Régime Obligatoire et réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré verse aussi la participation d'un euro pour tout acte de biologie médicale.

Parodontologie : Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

- Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que : l'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,
- le détartrage des racines,
- le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits. Le Régime Obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Prix limite de vente : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Tiers payant : système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La Carte Mutualiste de Tiers Payant remise permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant l'extinction de la relation contractuelle avec la Mutuelle.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.



Entre nous, c'est humain