

Conditions générales

Contrat collectif d'assurance
complémentaire santé à adhésion obligatoire
et renforts optionnels à adhésion facultative

ETAR DE BRETAGNE

**Mutualia
Grand Ouest**

www.mutualia.fr



Entre nous, c'est humain

SOMMAIRE

PREAMBULE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES 3

ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE CONTRACTUELLE	3
---	---

CHAPITRE II - EXECUTION DU CONTRAT 3

ARTICLE 2 - VIE DU CONTRAT	3
----------------------------	---

ARTICLE 3 - AFFILIATION AU SOCLE DE BASE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE	4
--	---

ARTICLE 4 - AFFILIATION AUX RENFORTS OPTIONNELS SOUSCRITS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT	5
---	---

ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE	5
---	---

ARTICLE 6 - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS POUR L'OUVERTURE DE LA GARANTIE	6
--	---

ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	6
--	---

CHAPITRE III - LES COTISATIONS 6

ARTICLE 8 - FIXATION DES COTISATIONS	6
--------------------------------------	---

ARTICLE 9 - EVOLUTION DES COTISATIONS	6
---------------------------------------	---

ARTICLE 10 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS	7
--	---

ARTICLE 11 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	7
---	---

CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS 7

ARTICLE 12 - PRESTATIONS GARANTIES	7
------------------------------------	---

ARTICLE 13 - PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES	8
---	---

ARTICLE 14 - REGLEMENT DES PRESTATIONS	9
--	---

ARTICLE 15 - MAINTIEN DES GARANTIES	9
-------------------------------------	---

CHAPITRE V - DISPOSITIONS GENERALES 10

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION	10
---------------------------	----

ARTICLE 17 - SUBROGATION	11
--------------------------	----

ARTICLE 18 - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	11
---	----

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES	11
--	----

ARTICLE 20 - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE	12
--	----

ARTICLE 21 - CONTACTS UTILES	12
------------------------------	----

ANNEXES 13

ANNEXE 1 - TABLEAU DE GARANTIES	13
---------------------------------	----

ANNEXE 2 - CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	15
---	----

ANNEXE 3 - LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ	20
--------------------------------------	----

CONDITIONS GENERALES

PREAMBULE

La Branche ETAR de Bretagne a défini un régime de frais de santé à caractère collectif et obligatoire, au profit de ses salariés.

Dans le prolongement de l'Acte Fondateur du régime, la Branche a souscrit un contrat auprès de Mutualia Grand Ouest, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, n° SIREN 401.285.309 dont le siège social est situé 4 rue Anita Conti, CS 82320, 56008 Vannes CEDEX est dénommée ci-après « la Mutuelle ».

La branche ETAR de Bretagne est dénommée ci-après « le Souscripteur ».

Le contrat est régi notamment par les dispositions du Code de la Mutualité et du Code de la Sécurité sociale.

Les présentes Conditions du contrat permettent à l'adhérent de connaître l'étendue des garanties ainsi que les modalités de leur entrée en vigueur. Elle précise le contenu des clauses de nullité, d'exclusion et de limitation.

L'Entreprise peut, si les statuts de La Mutuelle le permettent, acquérir la qualité de « Membre Honoraire » ; elle est dénommée ci-après « l'Entreprise ».

Les salariés de l'Entreprise affiliés au contrat acquièrent la qualité de « Membres Participants » de La Mutuelle ; ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE CONTRACTUELLE

Le présent contrat a pour objet de compléter le remboursement des frais de santé effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie, en prenant en compte les besoins spécifiques des salariés de votre branche d'activité.

Les garanties du présent contrat répondent à la fois :

- aux exigences du panier dit « minimal » prévu par l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la Sécurisation de l'emploi et modifié par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et à ce titre,
- au cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Ainsi, le contrat est à la fois « solidaire et responsable » et « ANI compatible ».

Il se compose :

- d'un **socle de base**, mis en place par l'entreprise, pour l'ensemble des salariés du groupe assuré et éventuellement leurs ayants droit, dans un cadre collectif et obligatoire défini par l'Acte Fondateur, mis en place dans les conditions de l'article L. 911-1 du code de la Sécurité sociale ;
- de **renforts optionnels**, destinés à améliorer les garanties du socle de base souscrit par l'entreprise. Ils sont souscrits à titre facultatif par les salariés pour leur bénéfice et le cas échéant, celui de leurs ayants droit.

Si l'entreprise choisit de ne pas les couvrir de manière obligatoire, le salarié a la possibilité d'étendre le bénéfice de ses garanties à ses ayants droit tels que définis dans les conditions particulières.

Les garanties du présent contrat sont assurées par Mutualia Grand Ouest, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 401.285.309 dont le siège social est situé : 4 rue Anita Conti, CS 82320, 56008 Vannes CEDEX. Mutualia Grand Ouest est dénommée ci-après « la Mutuelle ».

L'entreprise souscriptrice du présent contrat est dénommée ci-après « le Souscripteur ».

Les salariés de l'Entreprise, affiliés au contrat acquièrent la qualité de « Membres Participants » de la Mutuelle, ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

CHAPITRE II - EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 2 - VIE DU CONTRAT

Article 2-1. Modalités d'adhésion

Au moment de son adhésion, l'Entreprise souscrit au socle de base, en choisissant une formule de base qui peut éventuellement être complétée par une ou plusieurs garanties optionnelles souscrites à titre facultatif par le salarié. Elle procède également au choix de la structure tarifaire.

L'adhésion de l'entreprise au présent contrat est formalisée par la signature d'un Bulletin d'Adhésion.

Article 2-2. Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée au Bulletin d'Affiliation.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile à partir de sa date d'effet, coïncidant nécessairement au 1er jour d'un mois et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées par les présentes Conditions générales.

Article 2-3. Clause de sauvegarde

Les prestations et cotisations définies au présent contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale ainsi que des dispositions conventionnelles en vigueur au jour de la rédaction du présent document.

En cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les engagements de la Mutuelle ne pourront s'en trouver augmentés.

Ainsi, soit les parties conviennent par avenant au présent contrat des aménagements nécessaires à apporter aux cotisations et/ou aux prestations, soit les prestations resteront acquises sur la base du présent contrat c'est-à-dire que les cotisations et les prestations resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avec les modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale applicables au contrat, ces modifications ne pouvant en aucun cas venir augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle.

Article 2-4. Résiliation du contrat

Le présent contrat peut être résilié annuellement par l'Entreprise ou la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée au plus tard le 31 octobre de chaque année pour que le contrat cesse de produire ses effets le 31 décembre de l'année concernée.

En cas de non-paiement des cotisations, la Mutuelle peut mettre fin au contrat dans les conditions prévues à l'article 11 « défaut de paiement des cotisations » des présentes Conditions générales.

La résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les Salariés et tous les éventuels ayants droit. L'affiliation des bénéficiaires (Membres Participants et ayants droit) prend fin à cette date, tant en ce qui concerne le Socle Entreprise que les Renforts Salariés.

L'Entreprise peut également résilier son contrat à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion pour une prise d'effet un mois après réception de la notification de la lettre de résiliation par la mutuelle selon les dispositions des articles L. 221-10-2 et L. 221-10-3 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 3 - AFFILIATION AU SOCLE DE BASE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Article 3-1. Bénéficiaires admis

• Membres Participants

Sont affiliés, à titre obligatoire, aux garanties choisies par l'Entreprise, l'ensemble de ses salariés présents ou futurs tels que définis par l'acte de formalisation du régime au sens de l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale (ci-après l'Acte Fondateur).

L'affiliation des salariés au socle de base s'effectue dans les conditions prévues aux articles 5 « obligations de l'Entreprise » et 6 « obligations des Membres Participants pour l'ouverture de la garantie » du présent document.

Par dérogation au principe d'affiliation obligatoire et conformément au Code de la Sécurité sociale, des dispenses d'affiliation peuvent être invoquées, qu'elles soient applicables de droit ou qu'elles aient été prévues par l'Acte Fondateur.

Dans tous les cas, **l'Entreprise doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés et les justificatifs y afférents. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix, à savoir qu'il ne pourra bénéficier du régime mis en place dans l'entreprise.**

S'ils ne justifient plus des conditions de dispenses, les salariés concernés sont alors obligatoirement affiliés au présent contrat.

• Ayants droit

Les personnes physiques pouvant bénéficier des prestations en qualité d'ayants droit d'un Membre Participant, sont définies comme suit :

- leur conjoint marié résidant en France et non séparé de droit ou de fait ;
- leur concubin résidant en France au sens de l'article 515-8 du Code civil, s'il justifie de deux années de vie commune avec le salarié ou s'ils ont un enfant en commun ;
- le co-contractant d'un PACS résidant en France ;
- leurs enfants à charge :
 - âgés de moins de 21 ans et bénéficiant du régime social de base du chef de l'affilié, de son conjoint, partenaire ou concubin ;
 - âgés de moins de 27 ans, poursuivant ses études et inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général au titre de la couverture maladie universelle (CMU) ;
 - âgés de moins de 27 ans, se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le Code du Travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier d'aucune couverture maladie complémentaire dans le cadre de son activité salariée ;
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoit l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. L'enfant handicapé qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auquel celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garanti ;
 - les enfants du bénéficiaires nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

Le rattachement des ayants droit se fait au lendemain de la signature du bulletin individuel d'adhésion ou à une date ultérieure indiquée sur la demande et coïncidant au 1er jour d'un mois. L'adhérent peut résilier le rattachement de l'un de ses ayants droit à effet au 31 décembre de chaque année en adressant sa demande au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

L'affiliation des ayants droit, s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation, complété par le Membre Participant et adressé par l'Entreprise à la Mutuelle.

Si l'Acte Fondateur prévoit le rattachement obligatoire des ayants droit, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, conformément à l'article D. 911-3 du Code de la Sécurité sociale, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans les conditions définies au f du 2° de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

Lorsque l'Acte Fondateur ne prévoit pas leur affiliation à titre obligatoire, le Membre Participant peut demander leur affiliation facultative. Le Membre Participant peut résilier la demande de rattachement de l'un de ses ayants-droit en adressant une demande à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année qui suit.

Article 3-2. Prise d'effet de l'affiliation au socle de base

Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 5 « obligations de l'Entreprise » et 6 « obligations des Membres Participants pour l'ouverture de la garantie » **du présent contrat et du paiement de la cotisation correspondante**, l'affiliation obligatoire, du Membre Participant au socle de base prend effet :

- à la date de prise d'effet du contrat qui démarre nécessairement le 1^{er} jour du mois, pour les salariés présents à l'effectif de l'Entreprise à cette date
- à la date de début de leur contrat de travail pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du présent contrat, sous réserve d'avoir été déclaré à la Mutuelle. Faute de quoi, l'affiliation ne prendra effet qu'à compter de la date de réception par la Mutuelle de la déclaration de l'employeur ;
- à la date à laquelle le salarié qui bénéficiait d'une dispense d'affiliation cesse d'en bénéficier.

L'affiliation, obligatoire ou facultative, des ayants droit au socle de base 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 Individuel d'Affiliation si la demande se fait ultérieurement ;
- à la date de modification de la situation familiale du salarié (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès d'un conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai d'un mois ;
- à la date à laquelle l'ayant droit qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier.

Article 3-3. Cessation de l'affiliation au socle de base

L'affiliation au socle de base cesse pour le Membre Participant et le cas échéant, pour ses ayants droit (couverts à titre obligatoire ou facultatif) :

- à la date de résiliation du présent contrat par l'Entreprise ou la Mutuelle quel qu'en soit le motif ;
- à l'expiration du mois au cours duquel a lieu la rupture du contrat de travail du Membre Participant, quel qu'en soit le motif, sous réserve, le cas échéant, des stipulations relatives au maintien de garanties prévues à l'article 15 « Maintien des garanties » du présent document.
- à la date où le Membre Participant ne remplit plus les conditions requises pour être affilié au contrat ;
- au jour du décès du Membre Participant, sous réserve de l'application de l'article 4 de la loi Evin, en ce qui concerne les ayants-droit (voir article 15 du présent document).

En cas de rattachement des ayants droit au socle de base à titre facultatif, le membre participant peut dénoncer leur affiliation :

- Annuellement par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au plus tard avant le 31 octobre de chaque année pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante

- À tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de leur rattachement pour une prise d'effet un mois après réception de la notification par la mutuelle.

La cessation de l'affiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les Membres Participants et leurs ayants-droit éventuels.

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant-droit, telle que définie à l'article 3-1, entraîne, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 4 - AFFILIATION AUX RENFORTS OPTIONNELS SOUSCRITS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Article 4-1. Conditions et modalités d'adhésion

Peuvent exclusivement adhérer aux renforts optionnels, les Membres Participants affiliés au socle de base.

En effet, parallèlement aux garanties choisies par l'Entreprise, les Membres Participants ont la possibilité d'améliorer leur niveau de garantie en souscrivant à l'une des garanties optionnelles prévues par le présent contrat, au titre des renforts optionnels.

Le Membre Participant peut opter pour l'un des renforts optionnels proposés en remplissant la partie qui lui est dédiée au Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'adhésion facultative du Membre Participant à l'un des renforts entraîne, de manière indissociable, le rattachement de ses ayants-droit bénéficiaires des garanties du socle de base, à cette même formule. Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule dont bénéficie le Membre Participant.

Article 4-2. Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion du Membre Participant et le cas échéant, de ses ayants droit aux renforts optionnels prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- à la date d'affiliation au Socle Entreprise, lorsque la demande d'adhésion à un Renfort Salarié est concomitante à la demande d'affiliation au Socle Entreprise ;
- à la date de modification de la situation familiale du salarié (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès d'un conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai d'un mois ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur celle-ci et coïncidant au 1^{er} jour d'un mois, dans les autres cas.

L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 4-3. Changement de renfort optionnel

Chaque année, le Membre Participant a la possibilité de modifier le niveau de garantie choisi à titre facultatif. Le changement de formule, qu'il soit à la hausse ou à la baisse, n'est possible que par palier, c'est-à-dire que le Membre Participant peut uniquement passer à la formule immédiatement inférieure ou supérieure.

Les ayants droit du Membre Participant ne peuvent bénéficier que de la formule dont bénéficie le Membre Participant, ainsi, le changement de formule du Membre Participant s'applique nécessairement à ses ayants droit.

Tout changement de garantie est formalisé par la signature d'un nouveau Bulletin Individuel d'Affiliation devant être adressé à la Mutuelle.

La demande de modification doit être effectuée, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours et s'effectue au 1^{er} janvier suivant la demande.

La Mutuelle peut accepter, à titre exceptionnel, de déroger à ce principe si la situation financière du Membre Participant le justifie. Les demandes de dérogation seront traitées au cas par cas.

Article 4-4. Fin de l'affiliation

L'affiliation au renfort optionnel souscrit par le Membre Participant prend fin pour lui et ses éventuels ayants droit en cas de :

- **Perte des conditions d'affiliation au socle de base**

L'affiliation du Membre Participant et le cas échéant, de ses ayants droit, à l'un des renforts optionnels est indissociable de l'affiliation au socle de base ; elle prend donc automatiquement fin à la date à laquelle l'affiliation au socle de base prend elle-même fin et ce quelle qu'en soit la cause.

- **Résiliation annuelle**

Le Membre Participant peut résilier son affiliation à un renfort optionnel, à effet au 31 décembre de chaque année, en adressant une lettre recommandée à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Le membre participant peut également résilier son renfort optionnel à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation pour une prise d'effet un mois après réception de la notification de la lettre de résiliation par la mutuelle selon les dispositions des articles L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la Mutualité

La résiliation de l'affiliation du Membre Participant à un renfort optionnel choisi emporte également celle de ses ayants droit.

- **Résiliation en cas de modification des renforts optionnels**

En cas de modification de ses droits et obligations, le Membre Participant peut résilier son adhésion au renfort optionnel dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité.

L'adhésion prend alors fin le dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle reçoit la lettre de résiliation ou, si cette date est postérieure, à la date d'effet des modifications notifiées par la Mutuelle.

- **De non-paiement des cotisations**

Les renforts optionnels prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations afférentes, dans les conditions prévues à l'article 11 « défaut de paiement des cotisations » ci-après.

De plus, l'adhésion des ayants droit cesse à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit au sens du contrat et en tout état de cause, à la date à laquelle cesse l'adhésion du Membre Participant.

L'Extension facultative des garanties aux ayants droit, éventuellement souscrite par le Salarié, prend fin dans les mêmes conditions que celles prévues pour les renforts optionnels. Dans ce cas, il y a lieu d'entendre « extension des garanties » là où est mentionné « renfort optionnel ».

ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE

Article 5-1. Envers la Mutuelle

- **Pour l'ouverture de la garantie**

Afin de mettre en œuvre la garantie, l'Entreprise doit adresser à la Mutuelle les pièces et informations suivantes :

A la souscription :

- **un état nominatif** de l'ensemble des salariés concernés par l'affiliation obligatoire. Cet état indique pour chaque intéressé sa date d'embauche, ses nom, prénom, date de naissance, domicile, numéro de Sécurité sociale, situation de famille et le cas échéant, ses ayants-droit rattachés à titre obligatoire. S'il y a lieu, cet état distingue les salariés dont le contrat est suspendu, avec indication du motif et de la durée de la suspension ainsi que les anciens salariés bénéficiant du dispositif de portabilité prévu à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- **la fiche Devoir de Conseil établi par la Mutuelle, dûment complété et signé par la personne habilitée à représenter l'entreprise ;**
- **un Bulletin Individuel d'Affiliation** dûment complété et signé par chaque salarié ainsi que l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- **un extrait Kbis de moins de 3 mois** ou pour les associations une copie des statuts à jour.

Evènement en cours d'année :

- **pour les salariés entrants :** un état nominatif adressé **mensuellement** indiquant la date d'entrée, accompagné d'un Bulletin Individuel d'Affiliation dûment complété et signé pour chacun d'entre eux, de la photocopie de l'attestation d'affiliation à l'Assurance Maladie Obligatoire de moins de 6 mois, d'un relevé d'identité bancaire (RIB ou IBAN), ainsi que de l'ensemble des éléments qui y sont visés ;
- **pour les salariés sortants et ceux dont le contrat de travail est suspendu :** un état nominatif adressé mensuellement indiquant le motif et la date du départ des salariés sortants ou de la suspension du contrat de travail ;
- **pour les salariés dont la situation familiale a évolué :** un état nominatif adressé mensuellement indiquant les modifications de situation familiale des salariés concernés et leur date de survenance ainsi que les pièces justificatives afférentes.

En outre, à tout moment, l'Entreprise est tenue de communiquer à la Mutuelle toutes informations ou pièces nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement du contrat et notamment tout changement dans la situation professionnelle ou familiale du Membre Participant.

- **Pour l'informer en cas de modification de sa situation juridique, de sauvegarde ou de redressement judiciaire**

L'Entreprise est tenue d'informer la Mutuelle, sous un délai de 15 jours :

- de toute modification survenant dans sa situation juridique, notamment par acquisition, vente, fusion etc.
- de l'existence d'une procédure de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire qui serait déclenchée à son encontre.

Les dispositions de l'article L. 622-13 du Code de commerce sont applicables.

Article 5-2. Envers les Membres Participants : Notice d'information

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, l'Entreprise s'engage à remettre à chaque Membre Participant une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues au contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'Entreprise est tenue de remettre cette notice, le document d'information sur le produit d'assurance (IPID) remis par la Mutuelle, ainsi que les statuts et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle à chaque Membre Participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants, l'Entreprise est également tenue d'informer chaque Membre Participant en lui remettant une notice (ou un avenant ou additif) établi(e) à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice, des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur au Membre Participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à l'Entreprise.

ARTICLE 6 - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS POUR L'OUVERTURE DE LA GARANTIE

L'affiliation de chaque Membre Participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis par la Mutuelle via l'entreprise.

Ainsi, chaque salarié remplissant les conditions définies à l'article 4 des présentes Conditions générales, est tenu :

- de remplir et de signer un Bulletin Individuel d'Affiliation et de joindre l'ensemble des éléments qui y sont visés. Le Bulletin Individuel d'Affiliation mentionne notamment les garanties optionnelles auxquelles le salarié a choisi d'adhérer ainsi que ses ayants droits affiliés, le cas échéant, à titre obligatoire ou ceux auxquels il a choisi d'étendre ses garanties. Chaque salarié affilié reçoit une Carte mutualiste de Tiers Payant ;
- de déclarer en cours de contrat, à son employeur qui transmettra à la Mutuelle, toute modification intervenant dans sa situation (fin de cas de dispense d'adhésion, 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.

ARTICLE 7 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

Article 7-1. Etablissement de la notice d'information et du document d'information sur le produit d'assurance (IPID)

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, la Mutuelle établit la notice d'information visée à l'article 5 du présent contrat et la remet à l'Entreprise. La Mutuelle est également tenue d'établir et de remettre à l'Entreprise le document d'information sur le produit d'assurance (IPID).

Article 7-2. Information relative aux frais de gestion et d'acquisition

Conformément à l'article L. 871-1, 1er alinéa du Code de la Sécurité sociale, et à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, la Mutuelle communique avant la souscription et annuellement à l'Entreprise couvert par une garantie assurant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, 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 à ces 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.

CHAPITRE III - LES COTISATIONS

ARTICLE 8 - FIXATION DES COTISATIONS

Les prestations du présent contrat sont assurées par la Mutuelle en contrepartie du versement des cotisations. Les cotisations sont annuelles. Elles sont indiquées sur le Bulletin d'Adhésion.

ARTICLE 9 - EVOLUTION DES COTISATIONS

Article 9-1. Révision annuelle

A chaque échéance annuelle, les cotisations sont réévaluées par la Mutuelle en fonction des résultats techniques du contrat, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Ainsi, chaque année, avant le 31 octobre, la Mutuelle communique au Souscripteur, pour l'année qui suit, l'évolution envisagée des cotisations. Cette dernière fait l'objet d'une lettre avenant. En cas de refus du souscripteur, ce dernier peut résilier le contrat dans les conditions prévues à l'article 2 « vie du contrat » des présentes Conditions générales.

Article 9-2. Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

En cas de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les parties s'engagent à se concerter au plus tôt, pour réviser, par avenant, les cotisations et/ou les prestations pour tirer les conséquences de ces modifications et aménager le contrat.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements ainsi négociés, ainsi que dans l'hypothèse d'un défaut d'accord des parties, il sera fait application de la clause de sauvegarde prévue à l'article 2 « vie du contrat » du présent contrat.

Article 9-3. Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge de l'Entreprise en ce qui concerne les garanties obligatoires du Socle Entreprise et à la charge du Membre Participant en ce qui concerne les garanties facultatives, et sont payables en même temps que les cotisations.

ARTICLE 10 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 10-1. Du socle de base

Les cotisations afférentes aux garanties obligatoires des salariés et, le cas échéant, de leurs ayants-droit couverts à titre obligatoire par le contrat, sont annuelles et dues par l'Entreprise qui les règle directement auprès de la Mutuelle.

Il est responsable de leur paiement y compris des parts salariales précomptées.

Article 10-2. Des renforts optionnels et de l'extension facultative des garanties aux ayants droit

Les cotisations des renforts optionnels et de l'extension facultative des garanties aux ayants droit, souscrits par le Membre Participant sont annuelles.

En cas de précompte, seule l'Entreprise est responsable du paiement des cotisations dans les mêmes conditions que celles prévues pour le précompte des cotisations du Socle Entreprise. En l'absence de précompte, les cotisations sont dues par le Membre Participant, à terme à échoir et font l'objet d'un prélèvement automatique mensuel sur le compte bancaire de ce dernier.

ARTICLE 11 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 11-1. En cas de précompte par l'Entreprise

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 I du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'Entreprise et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que 30 jours après l'envoi par la Mutuelle de la mise en demeure à l'Entreprise.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'Entreprise, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'Entreprise est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer l'Entreprise pour le paiement des cotisations.

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

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 11-2. En cas de paiement des cotisations par le Membre Participant (absence de précompte par l'Entreprise)

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 II du Code de la Mutualité, il peut être mis fin à la garantie du Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance.

L'exclusion de la garantie facultative ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de cette mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de sa cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion desdites garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement de prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS

ARTICLE 12 - PRESTATIONS GARANTIES

Article 12-1. 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, dans les conditions et limites fixées en Annexe 2.

Les prestations prévues par chaque formule sont détaillées dans le tableau de garanties figurant en Annexe 1. L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle.

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 contrat.

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, telles que définies avant ces modifications. Cette clause ne peut en aucun cas porter préjudice au caractère responsable des garanties.

Article 12-2. Garantie assistance

La garantie assistance « Mutualia Assistance » est en inclusion dans toutes les formules du contrat. Les services et leurs conditions d'application sont décrits dans une Notice d'information spécifique, remise au Membre Participant par l'Entreprise.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par la Mutuelle. Toutes les modifications seront notifiées au Souscripteur et à l'Entreprise qui devra en informer le Membre Participant.

Article 12-3. Etendue territoriale

Le champ géographique de la Mutuelle est déterminé par ses statuts. En France et à l'étranger, la Mutuelle 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. Le Membre Participant peut se faire soigner en France, comme dans tout autre pays du monde.

Le règlement des prestations est effectué en France Métropolitaine et en euros.

Article 12-4. 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 du contrat, ne peuvent donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle.

Article 12-5. Limite de remboursement – Principe indemnitaire

Conformément à l'article L 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Membre Participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 12-6. 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

du contrat 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.

Article 12-7. Conformité des garanties au « panier de soins ANI » et caractère « solidaire et responsable »

Les garanties du présent contrat répondent à la fois :

- aux exigences du panier dit « minimal » prévu par l'Accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la Sécurisation de l'emploi et modifié par le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 et à ce titre,
- au nouveau cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Les garanties du présent contrat permettent à l'employeur de répondre à son obligation de mettre en place un niveau minimal de garanties d'assurance complémentaire santé pour les salariés ou la catégorie de salariés qui en bénéficient.

A ce titre, les garanties qu'il propose répondent aux conditions des articles L. 911-7 et D. 911-1 Code de la Sécurité sociale (ci-après CSS), elles sont :

- solidaires conformément à l'article 1001 2° bis du CGI (puis L. 862-4 CSS à partir du 1er janvier 2016) et ;
- responsables au sens du nouveau cahier des charges posé par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du CSS tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Les articles L. 911-7 et D. 911-1 CSS posent les contours de la couverture minimale que doit souscrire l'employeur en matière de remboursement. Les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du CSS, eux, ont pour objectifs de réguler les dépassements d'honoraires et d'agir sur le prix de l'optique, des soins dentaires et des aides auditives en interdisant certaines prises en charge et en imposant des plafonds et limites à ces remboursements.

A ce titre, les garanties suivantes sont nécessairement prises en charge par le contrat :

- 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) ;
- 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 maîtrisé (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 à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité ;
- les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale, à hauteur d'au moins 125% des tarifs servant de base au calcul des prestations d'Assurance Maladie.

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.

Conformément à l'article L. 221-5 du Code de la Mutualité, la modification du contrat proposée par la Mutuelle, visant à le mettre en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables, est constatée par une lettre-avenant. Elle est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur.

La Mutuelle informe par écrit le Souscripteur qui porte à la connaissance de l'Entreprise et des Membres Participants les nouvelles garanties proposées et les conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix.

Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition.

Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Membres Participant par le Souscripteur.

En cas d'évolution de la législation relative à la « couverture minimale ANI » de l'article L.911-7 CSS, le Souscripteur et la Mutuelle s'engagent à adapter le présent contrat selon les modalités prévues par la législation en vigueur, pour rester en conformité. Les Membres Participants seront informés des adaptations apportées au contrat dans les conditions de l'article 5 du présent document.

Article 12-8. Exclusions au titre du caractère responsable du contrat

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 le Membre Participant 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 du Membre Participant 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 Membres Participants 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 13 - PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES

Les garanties souscrites auprès de la Mutuelle s'appliquent à partir de la date d'effet de l'affiliation, tel que présenté aux articles 3 « affiliation au socle de base souscrit par l'Entreprise » et 4 « affiliation aux renforts optionnels souscrits par le Membre Participant » des présentes conditions générales.

La cessation des garanties, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les Membres Participants et leurs ayants-droit éventuels.

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie à l'Article 3.1, entraîne, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 14 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 14-1. 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.

Article 14-2. 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 d'adhérent remise au salarié 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.

ARTICLE 15 - MAINTIEN DES GARANTIES

Article 15-1. En cas de suspension du contrat de travail

L'adhésion des salariés- y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant - à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par la société, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Si l'absence est inférieure à un (1) mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement, l'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs et le salarié doit acquitter sa propre part de cotisations.

L'adhésion des salariés - y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant - à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois (3) premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- Le congé sans solde ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé parental d'éducation à plein temps ;
- Le congé pour création d'entreprise ;
- Le congé de solidarité internationale ;
- Le congé de solidarité familiale ;
- Le congé de formation ;
- Le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, aucune cotisation n'est due en ce qui concerne le salarié ou ses éventuels ayants-droit, dont les garanties sont suspendues. La période de suspension intervient de plein droit à la date de suspension du contrat de travail et s'achève à la reprise effective du travail par le salarié, sous réserve que La Mutuelle en soit informée dans un délai de 15 jours suivant cette reprise. A défaut, la période suspension des garanties prend fin à la date à laquelle la Mutuelle est informée de la reprise effective du travail du salarié.

Les soins survenus pendant la période de suspension des garanties ne donnent lieu à aucune prise en charge au titre du présent contrat. Seuls les soins prescrits antérieurement à la date de début de la suspension sont remboursés pendant la période de suspension.

Article 15-2. Au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »

Peuvent, dans les cas visés ci-après, demander un maintien de garantie auprès de la Mutuelle sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- **les anciens salariés**, bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties dans le cadre de la portabilité dont ils bénéficient (voir article 15-3 ci-après).

La Mutuelle adresse la proposition de maintien de la couverture à ces anciens salariés au plus tard dans le délai de deux mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou de la fin de la période de maintien de garanties à titre temporaire.

A cette fin, L'Entreprise informe la Mutuelle dans un délai de 5 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires de ce dispositif de maintien de garantie. Dans ce même délai, le Souscripteur remet également à l'ancien salarié, l'exemplaire du bulletin « Maintien de garanties » que La Mutuelle lui a fourni après avoir rempli la partie le concernant.

L'ancien salarié envoie ainsi à la Mutuelle le bulletin « Maintien de garanties » que l'Entreprise lui a remis, dûment rempli et accompagné de l'ensemble des pièces demandées dans ce cas.

- **les ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé**, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'Entreprise en informe la Mutuelle dans un délai de 5 jours, qui adresse la proposition de maintien de couverture à ces personnes dans le délai de deux mois à compter du décès.

Les cotisations concernant les personnes susvisées adhérant dans le cadre de ce dispositif peuvent être supérieures à celles des salariés en activité. La majoration à la date d'effet du contrat ne peut :

- être supérieure aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, la 1ère année ;
- être supérieure de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, la 2ème année ;
- être supérieure de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs, la 3ème année.

La nouvelle couverture prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Article 15-3. Au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : Dispositif de portabilité

a. Conditions et bénéficiaires

Les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de garanties en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

Il est applicable dans les mêmes conditions aux ayants-droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie à la date de la cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant leurs ayants droit, bénéficient des garanties du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs de l'Entreprise. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés et, le cas échéant de leurs ayants droit, bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

b. Prise d'effet et durée

Le maintien de la garantie au titre de la portabilité prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.**

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

c. Cessation

Le maintien de garantie cesse :

- à l'issue de la durée mentionnée au point b. « Prise d'effet et durée » ci-dessus ;
- en cas de résiliation pour quelque motif que ce soit du présent contrat ;
- lorsque l'ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

d. Obligation d'information de l'Entreprise

- A l'égard de l'ancien salarié

L'Entreprise signale le maintien des garanties dans le certificat de travail des anciens salariés.

L'Entreprise s'engage aussi à remettre à l'ancien salarié l'exemplaire du bulletin « Maintien de garanties » que la Mutuelle lui a fourni après avoir rempli la partie le concernant, au plus tard 5 jours après la rupture du contrat de travail.

En cas de modification de leurs droits et obligations intervenus postérieurement à la cessation de leur contrat de travail, l'Entreprise s'engage à remettre aux anciens salariés la notice d'information fournie par la Mutuelle relative à ces modifications. La preuve de la remise de cette notice incombe à l'Entreprise.

L'Entreprise informe également les anciens salariés de la résiliation du présent contrat en indiquant les conséquences que cela peut avoir sur leur maintien de garanties.

e. A l'égard de La Mutuelle

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'Entreprise informe la Mutuelle dans un délai de 5 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires de ce dispositif de portabilité.

- Obligation d'information à la charge de l'ancien salarié

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ancien salarié justifie auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité.

Ainsi, l'ancien salarié envoie à la Mutuelle le bulletin « Maintien de garanties » que l'Entreprise lui a remis, dûment rempli et accompagné de l'ensemble des pièces demandées.

A défaut de production des pièces justificatives, l'ancien salarié ne pourra bénéficier du règlement des prestations.

En outre, l'ancien salarié informe la Mutuelle et son ancien employeur de toute modification concernant :

- la fin de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- sa reprise d'activité professionnelle ;
- ses coordonnées ;
- sa situation familiale ou celle de ses ayants droit.

Article 15-4. Au titre de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'assurance, la Mutuelle peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés sous réserve qu'ils en fassent la demande avant l'expiration du préavis.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat 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 du Membre Participant, 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 jusque-là.

Quand l'action du Membre Participant 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.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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 17 - 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 « contacts utiles » du présent document.

ARTICLE 18 - 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 19 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES

Article 19-1. Contrôle médical

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 19-2. Expertise médicale

Les différends d'ordre médical auxquels peuvent donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, l'adhérent 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 19-3. Fausse déclaration

Réticence ou fausse déclaration 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.

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 19-4. Réclamations

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 au conseil habituel de l'Entreprise ou du Membre Participant.

L'Entreprise ou le Membre Participant peut adresser une réclamation en s'adressant directement à la Mutuelle, à l'adresse indiquée à l'article 21 « contacts utiles » 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 la Mutuelle le tiendrait informé.

Article 19-5. Médiation des litiges de la consommation

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relatives 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 règlement, 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 19-4 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 et il peut être joint soit par :

- voie électronique : <https://cnpm-mediation-consommation.eu>
- voie postale : CNPM MÉDIATION CONSOMMATION - 27, avenue de la Libération - 42400 SAINT-CHAMOND

Les parties 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.

Article 19-6. Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège social est situé au **4 Place de Budapest, CS 92 459, 75 436 Paris CEDEX 09.**

Article 19-7. 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 des garanties.

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.

Les adhérents sont susceptibles de recevoir des offres commerciales de Mutualia ou de ses partenaires, sauf opposition de leur 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 maximums 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), les adhérents bénéficient, ainsi que leurs 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** : delegue-protection-donnees@mutualia.fr
- **par voie postale** : Mutualia 19 rue de Paris – 93013 Bobigny CEDEX.

Pour toutes questions relatives au traitement des données à caractère personnel, les adhérents peuvent 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.

Les adhérents disposent 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 19-8. 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 19-9. 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 19-10. Atteintes aux intérêts 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 20 - 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 21 - CONTACTS UTILES

- **Siège social de la Mutuelle** : Mutualia Grand Ouest - 4, rue Anita Conti - CS 82320 - 56008 VANNES 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 par téléphone au 02.97.62.30.00
- **Service réclamation** : pour toute réclamation, vous pouvez contacter votre Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : Mutualia Grand Ouest - 4, rue Anita Conti - CS 82320 - 56008 VANNES CEDEX.

ANNEXES

ANNEXE 1 – TABLEAU DE GARANTIES

SOINS COURANTS	Socle (RO + Mutualia)	Socle + Option 1	Socle + Option 2
Honoraires médicaux : consultations			
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	150%	180%	220%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	130%	160%	200%
Honoraires médicaux : actes techniques			
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	180%	220%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	100%	160%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...			
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	180%	220%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	100%	160%	200%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	100%	150%	200%
Analyses et examens de laboratoire	100%	150%	200%
Médicaments			
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	100%	100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	100%	100%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	100%	150%	200%
Transports pris en charge par le RO	100%	100%	100%
HOSPITALISATION			
Honoraires médicaux et chirurgicaux			
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	255%	300%	350%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	200%	200%	200%
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	100%	100%	100%
Chambre particulière avec nuitée	40€ / jour pendant 60 jours puis 25€ / jour	55€ / jour	75€ / jour
Chambre particulière en ambulatoire	20€ / jour pendant 60 jours puis 12.50€ /	27.50€ / jour	37.50€ / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant ⁽²⁾	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour	2% PMSS / jour
Hospitalisation en cas de maternité - Dépassement d'honoraires ⁽³⁾	33.33% PMSS / an / maternité	33.33% PMSS / an / maternité	33.33% PMSS / an / maternité
OPTIQUE (4)			
Equipements 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
Equipements à tarifs libres ⁽⁵⁾			
- Monture	ADULTE : 15€ ENFANT : 100€	100€	100€
- Verres simples	265 €	290 €	320 €
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe	323 €	398 €	460 €
- Verres complexes ou très complexes	430 €	580 €	600 €
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	100% + 100 €	100% + 150 €	100% + 200 €
Autres prestations optiques 100% santé	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	100%	Frais réels, dans la limite des frais engagés	Frais réels, dans la limite des frais engagés
Chirurgie réfractive	-	-	300€ / an / oeil

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
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé ⁽⁴⁾			
- Soins pris en charge par le RO	100%	100%	100%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	125%	200%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé ⁽⁴⁾			
- Prothèses prises en charge par le RO	210% + 350€ / an	210% + 420€ / an	210% + 550€ / an
- Inlay core pris en charge par le RO	125%	150%	200%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO	-	150€	300€
Orthodontie prise en charge par le RO	250%	300%	350%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	100€ / an	200€ / an
Parodontologie	-	80€ / an	100€ / an
AIDES AUDITIVES ⁽⁴⁾			
Equipements 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
Equipements à tarifs libres ⁽⁴⁾	455% (dans la limite de 1700€ / oreille)	455% + 200€ (dans la limite de 1700€ / oreille)	455% + 200€ (dans la limite de 1700€ / oreille)
CURES THERMALES			
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	100%	100% + 150€ / an
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge par le RO			
- Prévention des caries pour les enfants			
- Détartrage annuel dentaire			
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants			
- Dépistage de l'hépatite B	100%	100%	100%
- Dépistage auditif			
- Ostéodensitométrie			
- Autres actions de prévention prises en charge par le RO			
BIEN-ÊTRE ⁽⁵⁾			
- Médecines douces : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, sophrologue ⁽⁶⁾	3 x 30€ / an	3 x 40€ / an	3 x 50€ / an
- Vaccins	-	20€ / an	40€ / an
- Substituts nicotiniques non pris en charge par le RO, avec prescription médicale	-	30€ / an	50€ / an
ASSISTANCE ET SERVICES			
TÉLÉMÉDECINE MEDAVIZ	Oui	Oui	Oui

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - FR : Frais réels - RO : Régime Obligatoire - TM : Ticket Modérateur - PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

(1) Forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médicaux sociaux, tels que définis réglementairement et repris dans le contrat.

(2) Prise en charge du lit et des repas pour l'accompagnement d'un enfant de moins de 16 ans. Limité à 10 jours, ensuite prise en charge à hauteur de 30€ / jour.

(3) Sur présentation de justificatifs. Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

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

(5) Equipements composés de 2 verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, tels que définis réglementairement et selon les conditions et modalités de prise en charge prévues dans le contrat.

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

(7) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué. Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures.

(8) Inscrits au répertoire ADELI, ou amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin une sage femme ou un chirurgien-dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement.

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.

En fonction de la formule choisie, la Mutuelle peut intervenir pour rembourser les substituts nicotiniques non pris en charge par le RO. La Mutuelle intervient uniquement sur prescription et sur présentation de justificatifs de paiements.

• 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.

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 l'Assurance Maladie Obligatoire française intervient et ce, dans le respect des « contrats responsables ».

• Frais de soins

La Mutuelle intervient sur présentation de justificatifs et uniquement dans les cas où l'Assurance Maladie Obligatoire française intervient et ce, dans le respect des « contrats responsables ».

Les soins dispensés dans les établissements de santé non conventionnés avec l'Assurance Maladie Française feront l'objet d'une prise en charge sur la base et le taux d'un remboursement appliqué par le régime obligatoire français pour les établissements non conventionnés.

En cas de séjour dans les établissements non conventionnés par l'Assurance maladie, en France comme à l'étranger, le remboursement est limité à 200% de la Base de remboursement reconstituée, frais de séjour compris. Cette limite est fixée règlementairement par l'absence d'Option Pratique Tarifaire maîtrisée (Non OPTAM) dans ce type d'établissement."

Le règlement des prestations est effectué en France Métropolitaine et en euros.

• 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 à l'Adhérent un montant forfaitaire de 40 € par journée d'hébergement dans la limite de 60 jours. Au-delà des 60 jours, la prise en charge est limitée à 25 € par journée d'hébergement.

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

• Chambre particulière en ambulatoire

La Mutuelle verse à l'Adhérent un montant forfaitaire de 20 € par journée d'hébergement dans la limite de 60 jours. Au-delà des 60 jours, la prise en charge est limitée à 12,50 € par journée d'hébergement.

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

• Forfait d'accompagnement de l'enfant

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans, la mutuelle verse un forfait de 2% du PMSS par jour pour le paiement des dépenses d'hébergement (frais de nuitée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement conventionné avec l'hôpital et frais de repas), dans la limite de 10 jours. Au-delà des 10 jours, la prise en charge est limitée à 30 € par journée d'hébergement. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

• Hospitalisation en cas de maternité / Dépassement d'honoraires et chambre particulière

Le forfait maternité permet, de prendre en charge les dépassements d'honoraires et la chambre particulière en maternité, sur présentation des factures et justificatifs et 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.

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 respectent, en tout état de cause, les planchers et plafonds fixés par la réglementation, en fonction de la nature des verres composant l'équipement.**

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 :</p> <ul style="list-style-type: none">- verres appartenant à l'une des catégories suivantes ;- 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 $< \text{ou} = +4,00$• 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.</p> <p>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">o dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $> +4,00$o dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est $> \text{ou} = +0,25$o 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 $S^* < \text{ou} = +8,00$ <p>Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00</p> <p>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 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 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 ou non par le RO**

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 les lentilles remboursées par le RO à hauteur du ticket modérateur.

• **Forfait chirurgie réfractive**

Forfait global par œil et par année civile, dont le montant forfaitaire dépend de la formule choisie.

• **Autres prestations optiques**

Outre les prestations « équipement optique médicale », lentilles, et chirurgie réfractive de l'œil, 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 iséconiques.**

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** : concernent 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, la parodontologie, et les prothèses non prises en charge par le Régime Obligatoire, mais figurant à la nomenclature 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 1700€.

- b. **Définition des modalités de prise en charge**

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**.

- c. **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.**
- **Cures thermales**

En fonction de la formule choisie, la Mutuelle peut intervenir pour prendre en charge les frais de soins, d'hébergement et de transport.

Il est précisé que la Mutuelle intervient uniquement :

- en cas de prise en charge de la cure par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- sur prescription et présentation des justificatifs de paiement.

• **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 :
 - a. Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b. Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015)
 - c. Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d. Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e. 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.
- Autres actions de prévention prises en charge par le RO : les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
- f. Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - g. Coqueluche : avant 14 ans ;
 - h. Hépatite B : avant 14 ans ;
 - i. BCG : avant 6 ans ;
 - j. Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - k. Haemophilus influenza B ;
 - l. Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

• **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 globale.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante. Il est utilisable pour les consultations en médecine douce ou les prestations non remboursées par le RO, telles que visées dans le tableau de garanties et selon les conditions suivantes :

- **Médecines douces** : ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce forfait, que les consultations, des professionnels suivants :
 - **Ostéopathie/Chiropractie**, inscrit au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer ;
 - **Sophrologue**
 - **Acupuncture**, exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement ;
 - **Etiopathie**, exercé par un praticien recensé dans l'annuaire de l'Institut français des étiopathes.
- **Vaccins** : le forfait prend en charge les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire et prescrits ou non par un médecin.
- **Sevrage tabagique** : la Mutuelle prend en charge les substituts nicotiques (patch, gommes...) délivrés sur prescription médicale.

ANNEXE 3– 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 maximums 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 1^{er} 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 la Mutuelle.

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 1^{er} 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..... hors cataracte) permettant 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.

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 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.

Forfait patient urgences : forfait facturé pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation, sauf pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) qui en seront dispensés.

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. Cette somme 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 Complémentaire santé solidaire ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- les jeunes filles mineures âgées de moins de 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 Personnes physiques, qui versent des cotisations, des contributions ou leur font des dons sans bénéficier de leurs prestations ou personnes morales souscrivant des contrats collectifs.

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 bénéficiant 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 consultation 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