Notice d'information

ACCORD DE LA PRODUCTION AGRICOLE DU PUY DE DÔME

Mutualia
Territoires Solidaires

www.mutualia.fr

Mutualia
Entre nous, c'est humain

SOMMAIRE

PREAMBULE 3
CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3
ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE CONTRACTUELLE..... 3
CHAPITRE II - EXECUTION DU CONTRAT.....3
ARTICLE 2 - AFFILIATION AU SOCLE DE BASE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE..... 3
ARTICLE 3 - AFFILIATION AUX RENFORTS OPTIONNELS SOUSCRIT PAR LE MEMBRE PARTICIPANT 4
ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR 5
ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS POUR L'OUVERTURE DE LA GARANTIE 6
ARTICLE 6 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE..... 6
CHAPITRE III - LES COTISATIONS. 6
ARTICLE 7 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS..... 6
ARTICLE 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS..... 6
CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS 7
ARTICLE 9 - PRESTATIONS GARANTIES 7
ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES.....8
ARTICLE 11 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....8
ARTICLE 12 - MAINTIEN DES GARANTIES.....8
CHAPITRE V - DISPOSITIONS GENERALES 10
ARTICLE 13 - PRESCRIPTION.....10
ARTICLE 14 - SUBROGATION.....10
ARTICLE 15 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES..... .11
ARTICLE 16 - CONTACTS UTILES 12
ARTICLE 17 – FONDS SOCIAL 12
ANNEXES..... 13
ANNEXE 1 – TABLEAU DE GARANTIES 13
ANNEXE 2 – CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES 19
ANNEXE 3 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ 24

NOTICE D'INFORMATION ACCORD DE LA PRODUCTION AGRICOLE DU PUY DE DÔME

PREAMBULE

L'Entreprise a mis en place 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, l'Entreprise a souscrit un contrat auprès de Mutualia Territoires Solidaires, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 449 571 256 dont le siège social est situé au 75 Avenue Gabriel Péri, 38400 SAINT MARTIN D'HERES. Mutualia Territoires Solidaires est dénommée ci-après « la Mutuelle ».
Le contrat est régi notamment par les dispositions du Code de la mutualité et du Code de la Sécurité sociale.
La présente Notice d'information permet 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 « le Souscripteur » ou « l'Entreprise ».
Les salariés du Souscripteur affiliés au contrat acquièrent la qualité de « Membres Participants » de La Mutuelle ; ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

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. 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 APA 63 SOCLE**, 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 deux **renforts optionnels APA 63 OPTION 2 et APA 63 OPTION 3,** 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, les salariés ont la possibilité d'étendre le bénéfice de leurs garanties à leurs ayants droit tels que définis dans les Conditions Particulières.

CHAPITRE II - EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 2 - AFFILIATION AU SOCLE DE BASE SOUSCRIT PAR L'ENTREPRISE

Article 2-1 - Bénéficiaires admis

- **Membres Participants**

Sont affiliés, à titre obligatoire, aux garanties choisies par le Souscripteur et indiquées aux Conditions Particulières, 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) et repris aux Conditions Particulières.
L'affiliation du salarié sur le socle obligatoire se fera de manière automatique si ce dernier est en CDI ou en CDD de plus de trois mois avec une date de fin de contrat de travail connue. Dans le cas ou le salarié est en CDD de moins de trois mois, il doit remplir un bulletin individuel d'affiliation afin de bénéficier de la garantie socle. Le salarié devra toutefois compléter un bulletin individuel d'affiliation s'il souhaite souscrire une garantie optionnelle et/ou affilier ses ayants-droit
Si le salarié est occasionnel, il conviendra de remplir un bulletin individuel d'affiliation dans le cas où son contrat de travail est supérieur à trois mois
L'affiliation des salariés au socle de base s'effectue dans les conditions prévues aux articles 4 « obligations du Souscripteur » et 5 « 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, **le Souscripteur 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. L'employeur adressera à cet effet à la Mutuelle une demande d'affiliation.

- **Ayants droit**

Sont considérés comme ayants-droit de l'Adhérent les personnes suivantes, sous réserve du paiement de la cotisation y afférente, dès lors qu'elles sont bien mentionnées par le Membre Participant sur son bulletin d'adhésion :
• Le conjoint (personne liée au bénéficiaire par les liens du mariage (article 143 du Code Civil) non séparé de corps ou non divorcé par un jugement définitif passé en force de chose jugée, exerçant ou non une activité professionnelle,
•Le cocontractant d'un PACS (le « pacsé ») : personne ayant conclu avec le bénéficiaire un pacte civil de solidarité dans les conditions fixées par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil, exerçant ou non une activité professionnelle
• Le concubin : personne vivant avec le bénéficiaire en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire et continue depuis au moins deux ans à la date de l'évènement ouvrant droit aux prestations ; aucune durée n'est exigée si un enfant est né ou à naître de cette union ; les concubins ne doivent ni l'un ni l'autre être par ailleurs mariés ou liés par un PACS.
La preuve du lien se fera par déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire et accompagnée impérativement de la justification du domicile commun respectant les conditions ci-dessus ;

• Les enfants à charge au sens de l'article L. 313-3 du Code de la Sécurité Sociale du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin :

- Agés de moins de 21 ans et bénéficiant su dispositif social de base du bénéficiaire, de son conjoint, partenaire pacsé ou concubin
- Agés de moins de 26 ans, poursuivant leurs études et inscrits au régime de Sécurité Sociale des étudiants ou au régime général au titre de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.).
- Agés de moins de 26 ans, se trouvant sous contrat d'alternance ou aidé aux conditions prévues par le Code du Travail, sous réserve qu'ils justifient de ne bénéficier couverture maladie universelle dans le cadre de leur activité.
- Quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'Allocation pour Adulte Handicapé-AAH (article L.821-1 du Code de la Sécurité Sociale). Les handicapés qui remplissent les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais auxquels celle-ci n'est pas versée en raison de leur niveau de ressources sont intégralement considérés comme étant à charge,
- Les enfants du salarié nés « viables » moins de 300 jours après son décès.

• Les ascendants à charge : les personnes ascendantes du salarié à condition d'être à sa charge au sens de la législation fiscale. Un justificatif fiscal sera à fournir à La Mutuelle.

Le caractère facultatif ou obligatoire de leur rattachement au socle de base est précisé dans les Conditions Particulières, en fonction de ce que prévoit l'Acte Fondateur. L'affiliation (obligatoire ou facultative) des ayants droit, s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation, complété par le Membre Participant et adressé par le Souscripteur 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 1er janvier de l'année qui suit.

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

Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 4 « obligations du Souscripteur » et 5 « 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 1er jour du mois, pour les salariés présents à l'effectif du Souscripteur à cette date et appartenant aux bénéficiaires définis aux Conditions Particulières ;
- À la date de début de leur contrat de travail pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du présent contrat et appartenant aux bénéficiaires définis aux Conditions Particulières, sous réserve d'avoir été déclarés 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) dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai d'un mois suivant la date de l'événement. En cas de non-respect de ce délai de prévenance, la modification sera prise en compte au 1er jour du mois qui suit la demande.
- A la date de naissance d'un nouveau-né dûment déclaré dans les 3 mois suivant sa naissance, par le membre participant et au travers d'un Bulletin Individuel d'Affiliation. Le rattachement d'un enfant adopté doit être opéré, dans les 3 mois suivant son adoption, par le membre participant au travers d'un Bulletin Individuel d'Affiliation, pour une prise d'effet des garanties au jour de son adoption. En cas de demande de rattachement postérieurement au délai susvisé, la prise d'effet des garanties sera opérée au 1er jour du mois suivant la demande
- à la date à laquelle l'ayant droit qui bénéficiait d'une dispense cesse d'en bénéficier

Article 2-3 - 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 le Souscripteur 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 12 « 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 12 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 aux Conditions Particulières, entraine, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 3 - AFFILIATION AUX RENFORTS OPTIONNELS SOUSCRIT PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Article 3-1 - 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 le Souscripteur, les Membres Participants ont la possibilité d'améliorer leur niveau de garantie en souscrivant à l'une des garanties optionnelle prévue par le présent contrat.

Le Membre Participant peut opter pour le renfort optionnel proposé en remplissant la partie qui lui est dédiée au Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'adhésion facultative du Membre Participant au renfort 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 3-2 - Date d'effet et durée de l'adhésion

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

- à la date de modification de la situation familiale du salarié (mariage, concubinage, PACS) dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai d'un mois suivant la date de l'événement. En cas de non-respect de ce délai de prévenance, la modification sera prise en compte au 1er jour du mois qui suit la demande.
- A la date de naissance d'un nouveau-né dûment déclaré dans les 3 mois suivant sa naissance, par le membre participant et au travers d'un Bulletin Individuel d'Affiliation. Le rattachement d'un enfant adopté doit être opéré, dans les 3 mois suivant son adoption, par le membre participant au travers d'un Bulletin Individuel d'Affiliation, pour une prise d'effet des garanties au jour de son adoption. En cas de demande de rattachement postérieurement au délai susvisé, la prise d'effet des garanties sera opérée au 1er jour du mois suivant la demande.

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

Article 3-3 - 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, au renfort optionnel 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 affiliation 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.

- **En cas de non-paiement des cotisations**

Le renfort optionnel prend également fin en cas de non-paiement des cotisations afférentes, dans les conditions prévues à l'article 8 « 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 le renfort optionnel. Dans ce cas, il y a lieu d'entendre « extension des garanties » là où est mentionné « renfort optionnel ».

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Article 4-1 - Envers la Mutuelle

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

Afin de mettre en œuvre la garantie, le Souscripteur 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 établie par le Mutuelle, dûment complétée et signée par la personne habilitée à représenter l'entreprise ;**
- **Un Bulletin Individuel d'Affiliation** dûment complété et signé par chaque salarié ainsi que de 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.
- **La copie recto/verso de la pièce d'identité du signataire**

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, le Souscripteur est tenu 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**

Le Souscripteur est tenu 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 4-2 - Envers les Membres Participants : Notice d'information

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur 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.
Le Souscripteur est tenu 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, le Souscripteur est également tenu 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 au Souscripteur.

ARTICLE 5 - 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 2 du présent document, 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, tout changement administratif d'ordre familial, professionnel et/ou social concernant notamment l'état civil, le domicile, le régime obligatoire ou la situation familiale (mariage, séparation, divorce, concubinage, PACS - pacte civil de solidarité-), du salarié ou de l'un des ayants droit.

ARTICLE 6 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

Article 6-1 - 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 4 du présent contrat et la remet au Souscripteur. La Mutuelle est également tenue d'établir et de remettre au Souscripteur le document d'information sur le produit d'assurance (IPID). Enfin, et avant la souscription du contrat, la Mutuelle devra formaliser par écrit le conseil délivré au Souscripteur par l'intermédiaire d'une fiche Devoir de Conseil qui sera dûment complétée et signée par ce dernier.

Article 6-2 - 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 au Souscripteur 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,brutesde 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 7 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 7-1 - 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 le Souscripteur qui les règle directement auprès de la Mutuelle.
Il est responsable de leur paiement y compris des parts salariales précomptées, selon les modalités spécifiées aux Conditions Particulière du contrat.

Article 7-2 – Du renfort optionnel et de l'extension facultative des garanties aux ayants droit

Les cotisations du renfort optionnel et de l'extension facultative des garanties aux ayants droit, souscrites par le Membre Participant sont annuelles.
Les Conditions Particulières précisent si les cotisations du renfort et de l'extension des garanties sont précomptées par le Souscripteur ou directement payées par le Salarié.
En cas de précompte, seul le Souscripteur 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 8 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 8-1 - En cas de précompte par le Souscripteur

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 du Souscripteur 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 au Souscripteur.
Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, 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 le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur 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 8-2 - En cas de paiement des cotisations par le Membre Participant (absence de précompte par le Souscripteur)

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'entrainer 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 9 - PRESTATIONS GARANTIES

Article 9-1 - 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 dans les Conditions Particulières.
Les prestations prévues par chaque formule sont détaillées dans le tableau de garanties figurant aux Conditions Particulières. L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires, ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés dans les Conditions Particulières.
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. **Les prestations sont versées, dans un délai ne pouvant excéder un mois (hors délais bancaires), à compter de la réception de la facture des soins et des pièces justificatives mentionnées ci-dessous.**

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

Article 9-2 - 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 le Souscripteur.
Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par la Mutuelle. Toutes les modifications seront notifiées au Souscripteur qui devra en informer le Membre Participant.

Article 9-3 - 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 contrat. 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 9-4 - 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 9-5 - 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 9-6 - 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 9-7 - 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 janvier2019.

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 établissement 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 au 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 règlementation.

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

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

Article 9-8 - 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 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 10 - 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 2 « affiliation au socle de base souscrit par l'Entreprise » et 3 « affiliation au renfort optionnel souscrit 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 aux Conditions Particulières, entraine, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 11 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 11-1 - 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 11-2 - 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 mutualiste de tiers payant 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 12 - MAINTIEN DES GARANTIES

Article 12-1 - En cas de suspension du contrat de travail

Les garanties sont maintenues sans versement de cotisation pour tout mois complet civil d'absence au profit des salariés -y compris leurs ayants droit s'ils sont couverts obligatoirement le cas échéant- dont le contrat de travail est suspendu pendant la période au titre de laquelle ils bénéficient soit d'un maintien de salaire total ou partiel, soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.
Dans ce cas, le Souscripteur continue le précompte et le versement de la cotisation correspondante.

Les garanties sont suspendues pour les salariés dont le contrat de travail est suspendu, quelle qu'en soit la cause, et qui ne bénéficient pas, pendant la période de suspension, d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par l'employeur.
Durant cette suspension 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. À 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.

Cas particuliers :

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 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 toute ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés suivants :

- 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, lesdits salariés peuvent, pour la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel, à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls et directement auprès de l'assureur de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

Article 12-2 - 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 12-3ci-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, le Souscripteur 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 le Souscripteur 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.

  Le Souscripteur 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 12-3 - 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 du Souscripteur. 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 du présent contrat sauf lorsque la portabilité a été accordée en amont;
- 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 du Souscripteur

- **A l'égard de l'ancien salarié**

Le Souscripteur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail des anciens salariés.
Le Souscripteur 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, le Souscripteur 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 au Souscripteur.
Le Souscripteur informe également les anciens salariés de la résiliation du présent contrat en indiquant les conséquences que cela peut avoir sur leur maintien de garanties.

- **A l'égard de La Mutuelle**

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Souscripteur 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.

e. 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 le Souscripteur 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 12-4 - 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 13 - 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 fausse 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 14 – 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.
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 16 « contacts utiles » du présent document.

ARTICLE 15 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES

Article 15-1 - 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 15-2 – 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 15-3 - Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité, Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Une telle réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion.
En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondante, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la Mutuelle en poursuit le recouvrement.

Article 15-4 - Réclamations

Une réclamation constitue une déclaration actant votre mécontentement et/ou votre désaccord envers notre mutuelle. Une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.
Le Réclamant peut adresser une réclamation en s'adressant directement à Mutualia en envoyant un mail ou un courrier au service réclamation de la Mutuelle, à l'adresse figurant à l'article 16 du présent document.
Un accusé de réception lui parviendra dans le délai maximal de dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.
Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date d'envoi de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mutualia le tiendrait informé.

Article 15-5 - 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 un dispositif gratuit de médiation de la consommation.
Ce dispositif est ouvert pour tous litiges portant sur l'exécution du présent règlement, dès lors :

- **que le réclamant 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 15-4 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 le litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;**
- **que le dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.**

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité.
Le médiateur proposé dans ce cadre est CNPM MEDIATION CONSOMMATION et il peut être joint par :

- **voie électronique : www.cnpm-mediation-consommation.eu ;**
- **par voie postale : CNPM MÉDIATION CONSOMMATION - 27, avenue de la Libération - 42400 SAINT-CHAMOND**

Le médiateur peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite.
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 15-6 - 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 92459, 75436 Paris CEDEX 09.

Article 15-7 - Protection des données à caractère personnel

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

La Mutuelle, en tant que responsable du traitement, recueille différentes informations qui font l'objet de différents traitements de données à caractère personnel et dont les finalités consistent à effectuer des opérations nécessaires à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat.
En outre, les informations recueillies seront susceptibles d'être également utilisées dans le cadre :

- Des opérations de recouvrement et de contentieux ;
- 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.

Le Souscripteur et les Membres Participants, sauf opposition de leur part, sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle ou de ses partenaires, pour des produits et services analogues.
Les destinataires des données sont la Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé.
Ces informations sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservations et de prescriptions légaux. Elles peuvent également être conservées pendant une période de trois ans maximum à compter de l'extinction du contrat à des fins de prospection commerciale (sous réserve d'opposition).
Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), le Souscripteur, les Membres Participants, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient 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.**

Le Souscripteur et les Membres Participants disposent également d'un droit à réclamation, en matière de protection 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 15-8 - 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 règlementaires 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 règlementaires d'application).

Article 15-9 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 15-10 Atteinte 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 16 - CONTACTS UTILES

- **Siège social de la Mutuelle** : Mutualia Territoires Solidaires - 75 Avenue Gabriel Péri, 38400 Saint Martin d'Hères
- **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 04.76.45.22.45.
- **Service réclamation** : pour toute réclamation, vous pouvez contacter votre Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : Service Relation adhérent - 16 rue Jean Claret - 63000 Clermont Ferrand - ou par mail : relationadherent-mts@mutualia.fr
- **Service Assistance** : pour toute demande de prestations assistance, vous pouvez contacter le 01.48.97.74.17.
- **Service Fonds social :** Mutualia Territoires Solidaires – A l'attention du Président - 75 Avenue Gabriel Péri, 38400 Saint Martin d'Hères.

ARTICLE 17 – FONDS SOCIAL

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

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

Les aides attribuées concernent uniquement les dépenses liées aux frais de santé.

Les demandes d'aide sont étudiées sur la base des revenus et des charges du membre participant, en situation difficile et/ou de précarité, ainsi que sur le reste à charge des frais faisant l'objet de la demande.

Tout membre participant, peut formuler une demande d'aide à l'adresse présente dans les contacts utiles (article 16 du présent document).

Les conditions de recevabilité des dossiers sont détaillées dans le règlement de l'instance en charge du fonds social ; ledit règlement peut être communiqué à l'adhérent sur simple demande.

Mutualia
Entre nous, c'est humain

ANNEXE 1

100% SANTÉ

VIVACTIV APA - 2023

SOCLE APA

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	40 € / an
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	100%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	255%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Hospitalisation en cas de maternité (2)	100%	33% PMSS
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	45 € / jour
Chambre particulière en maternité	-	45 € / jour
Chambre particulière Psychiatrie (3)	-	45 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (4)		
- Verres simples+monture	60%	400€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	500€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	500€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	450€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	500€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (5)	0 à 60%	100% + 100 €
Autres prestations optiques 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (6)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	-
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (6)		
- Soins pris en charge par le RO	70%	100%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	70%	125%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (6)		
- Prothèses prises en charge par le RO (7)	70%	210% + 300 €
- Inlay core pris en charge par le RO (7)	70%	210% + 300 €
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (y.c implants)	-	-
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	250%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	-
Parodontologie	-	-
Aides auditives (8)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	460%
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	100%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous

VIVACTIV APA - 2023 (Suite)

SOCLE APA

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (9)		
- Médecines douces		
- Acupuncture	-	30 € / an
- Chiropractie	-	
- Ostéopathie	-	
- Sophrologie	-	
- Sevrage tabagique non PEC RO	-	-
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle ; RSS : Remboursement Sécurité Sociale.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

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

(2) Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

(3) Au delà de 60 jours, le remboursement de la chambre particulière est de 25€/jour.

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

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

(5) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

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

(7) par an.

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

(9) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (30€/séance). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire 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.

Mutualia
Entre nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV APA - 2023

SOCLE APA + OPTION 2

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	180%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	40 € / an
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Hospitalisation en cas de maternité (2)	100%	33% PMSS
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	60 € / jour
Chambre particulière en maternité	-	60 € / jour
Chambre particulière Psychiatrie (3)	-	60 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (4)		
- Verres simples+monture	60%	420€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	650€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	650€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	550€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (5)	0 à 60%	100% + 100 €
Autres prestations optiques 100% santé (6)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (6)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	-
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (6)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (6)		
- Soins pris en charge par le RO	70%	100%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	70%	125%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (6)		
- Prothèses prises en charge par le RO (7)	70%	280% + 300 €
- Inlay core pris en charge par le RO (7)	70%	280% + 300 €
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (y.c implants)	-	-
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	250%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	150% BR reconstituée
Parodontologie	-	100 € / an
Aides auditives (8)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	460% + 350 € / an
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	100%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous

VIVACTIV APA - 2023 (Suite)

SOCLE APA + OPTION 2

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (9)		
- Médecines douces		
- Acupuncture	-	60 € / an
- Chiropractie	-	
- Ostéopathie	-	
- Sophrologie	-	
- Sevrage tabagique non PEC RO	-	-
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle ; RSS : Remboursement Sécurité Sociale.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

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

(2) Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

(3) Au delà de 60 jours, le remboursement de la chambre particulière est de 25€/jour.

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

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

(5) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

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

(7) par an.

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

(9) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (30€/séance). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire 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.

Mutualia
Entre nous, c'est humain

100% SANTÉ

VIVACTIV APA - 2023

SOCLE APA + OPTION 3

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	220%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	200%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	210%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	190%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60%	200%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patchs, gommes, pastilles	65%	100%
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	40 € / an
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	300%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	200%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Hospitalisation en cas de maternité (2)	100%	40% PMSS
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire (3)	-	75 € / jour
Chambre particulière en maternité	-	80 € / jour
Chambre particulière Psychiatrie (3)	-	75 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	30 € / jour
Optique		
Equipements 100% santé (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (5)		
- Verres simples+monture	60%	420€ dont 100 € max monture
- Verres complexes+monture	60%	700€ dont 100 € max monture
- Verres très complexes+monture	60%	800€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe+monture	60%	610€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre très complexe+monture	60%	610€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre complexe et 1 verre très complexe+monture	60%	610€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables) (6)	0 à 60%	100% + 200 €
Autres prestations optiques 100% santé (7)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (7)	60%	100%
Chirurgie réfractive	-	300 € / oeil
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (7)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Soins pris en charge par le RO	70%	100%
- Inlay onlay pris en charge par le RO	70%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (7)		
- Prothèses prises en charge par le RO (8)	70%	500% + 400 €
- Inlay core pris en charge par le RO (8)	70%	500% + 400 €
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (y.c implants)	-	300 € / an
Orthodontie prise en charge par le RO	70% à 100%	300%
Orthodontie non prise en charge par le RO	-	200 € / an
Parodontologie	-	100 € / an
Aides auditives (9)		
Equipements 100% santé	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres	60%	460% + 350 € / an
Cures thermales prises en charge par le RO		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	100% + 150 €
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	Tous

VIVACTIV APA - 2023 (Suite)

SOCLE APA + OPTION 3

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être (10)		
- Médecines douces		
- Acupuncture	-	120 € / an
- Chiropractie	-	
- Ostéopathie	-	
- Sophrologie	-	
- Sevrage tabagique non PEC RO (11)	-	50 € / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Téléconsultation	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle ; RSS : Remboursement Sécurité Sociale.

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

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

(2) Pour les dépassements d'honoraires et chambres particulières en maternité, dans la limite des frais engagés.

(3) Au delà de 60 jours, le remboursement de la chambre particulière est de 25€/jour.

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans.

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

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

(6) Forfait par année civile, au-delà, remboursement des lentilles prises en charge par le RO à hauteur du TM.

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

(8) par an.

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

(10) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (30€/séance). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire 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.

(11) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patchs, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

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

Cette annexe précise ou complète les informations présentes au tableau de garanties.

SOINS COURANTS

- **Dépassement d'honoraires**

La Mutuelle prend en charge les dépassements d'honoraires sous réserve que ces derniers soient prévus dans le tableau des garanties et facturés sur la feuille de soins à l'exclusion des actes hors nomenclature (HN)

- **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 patchs, gommes et pastilles. **Les cigarettes électroniques ne sont pas remboursées par la Mutuelle.**

En cas de souscription d'un forfait bien-être et prévention, 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

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

- **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. Selon la garantie souscrite, les frais de séjour dans un établissement de santé conventionné ou non peuvent être pris en charge par la Mutuelle pour un montant supérieur au ticket modérateur.

- **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 établissements de santé non conventionnés avec l'Assurance Maladie Française feront l'objet d'une prise en charge sur la base et taux d'un remboursement appliqués 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.

- **Chambre particulière avec nuitée**

Si le tableau des garanties le prévoit, la Mutuelle verse au Membre Participant un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite du nombre de jour et selon les catégories d'établissements prévus au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire**.

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

- **Chambre particulière en ambulatoire**

Si le tableau des garanties le prévoit la Mutuelle verse au Membre Participant un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite du nombre de jour et selon les catégories d'établissements prévues au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire**.

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

- **Forfait d'accompagnement de l'enfant ou l'adulte**

Si le contrat le prévoit, en cas d'hospitalisation d'un enfant ou de l'adulte dont l'âge est visé au tableau des garanties, la mutuelle verse un forfait 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 du nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire**. **La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés**

- **Forfait confort à l'hôpital**

Si le contrat le prévoit et comme visé au tableau des garanties, les frais pris en charge dans le cadre du forfait confort à l'hôpital sont les suivantes : TV, téléphone, wifi, journaux, chambre particulière en ambulatoire

Il est limité au nombre de jour prévu au tableau des garanties **par année civile et par bénéficiaire,** quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

- **Forfait naissance ou d'adoption**

Si le contrat le prévoit, en cas de naissance, un forfait naissance est versé par la Mutuelle.

Le forfait naissance est versé à condition que :
- l'enfant soit né vivant et viable, ou adopté avant ses 12 ans révolus,
- l'enfant soit rattaché, au dossier de l'adhérent, dans les 3 mois suivant sa naissance,
- l'adhérent transmette à la Mutuelle l'acte de naissance de l'enfant (à défaut une photocopie du livret de famille), ou un certificat d'adoption le cas échéant.

Le plafond est doublé en cas de naissances ou adoptions multiples. Le versement de la prime se fait sur demande du Membre Participant.

OPTIQUE

- **Forfait équipements optiques « 100% santé » et « panier libre »**

a. **Définition**

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

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

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

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 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 règlementation 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	**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).** **Les verres compris dans la catégorie à verres simples sont les suivants :** **- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00** **- verres unifocaux sphéro-cylindriques :** **• dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est < ou = +4,00** **• dont la sphère est positive et dont la somme S* est inférieure à 6,00**
Verres complexes ou très complexes	**L'équipement est composé d'une monture et de deux verres complexes ou très complexes composés de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique, permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent notamment la presbytie.** **Les verres compris dans la catégorie à verres complexe sont les suivants :** **- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00** **- Verres unifocaux sphéro-cylindriques :** **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 > 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 sphèro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S* < ou = à +8,00** **Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00** **Verres multifocaux ou progressifs sphèro-cylindriques :** **- 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	**L'équipement est composé d'une monture et soit :** **- d'un verre simple et d'un verre complexe ;** **- d'un verre simple et d'un verre très complexe** **- d'un verre complexe et d'un verre très complexe** **Les catégories de verres composant ces équipements sont définis en 1, 2 et 3 du présent tableau.** **Chaque verre corrigeant un défaut spécifique à l'œil correspondant.**

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

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

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

d. Périodicité de renouvellement

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

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

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

Par dérogation, cette période est réduite à :

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

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières : *une intolérance ou une contre-indication aux verres 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 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**

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

Au-delà du forfait, la Mutuelle continue de prendre en charge les lentilles remboursées par le RO à hauteur du ticket modérateur.

- **Autres prestations optiques**

Outre les prestations « équipement optique médicale », lentilles, et chirurgie réfractive de l'œil si le tableau des garanties le prévoit, la garantie accordée par la Mutuelle prend en charge **les prestations d'adaptation de la correction, les verres neutres, la prestation d'appairage et les prismes**.
Comme pour les équipements optiques, ces prestations sont classées en deux paniers :

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

Les suppléments et autres prestations optiques appartenant au panier 100% santé **sont pris en charge par la Mutuelle à hauteur des frais exposés par l'assuré, en sus du tarif de responsabilité dans la limite des prix limites de vente.**
Les prestations classées en panier libre sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur, tel que présenté dans le tableau de garanties

DENTAIRE

- **Soins et prothèses dentaires**

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

- **Soins et prothèses appartenant au panier 100% santé** : les actes sont à entente directe limitée (*ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation et sont remboursés intégralement par les contrats responsables*). Le panier 100% Santé s'appliquera aux couronnes céramo-métalliques et bridge pour les dents du sourire, aux couronnes métalliques pour toutes les dents, et aux appareils amovibles en résine
- **Soins et prothèses n'appartenant pas au panier 100% santé** : concerne les soins et prothèses :

- ***à reste à charge maitrisé*** : 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 du présent document.

- **Autres prestations dentaires**

Un forfait dentaire est utilisable par année civile, et prévu ou non selon la formule choisie, pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire pour l'Orthodontie, la parodontologie, la prophylaxie bucco-dentaire, les prothèses, les soins et les implants.
Ce forfait rembourse uniquement ces prestations si elles sont 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
- des implants pour lesquels seuls le pilier est nomenclaturé tout en étant non pris en charge par le Régime Obligatoire

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 auditifs prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe du présent document. Il est exprimé par oreille et par bénéficiaire et inclut la part de remboursement de l'assurance maladie et du ticket modérateur, sans pouvoir excéder 1 700€.
Dans le cadre de la réforme 100% santé, le forfait équipement « audioprothèses » est distingué en deux classes :

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

b. Renouvellement

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de **4 ans suivant la date de délivrance de l'aide auditive précédente. Le délai de 4 ans court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.**
L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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

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.

Pour les Frais d'hébergement et de transport pris en charge par le régime obligatoire (RO), la Mutuelle rembourse :

- les frais d'hébergement remboursés à 65% par le RO , sur la base d'un forfait fixé à 150,01 euros.
- les frais de transport remboursés à 65% par le RO quel que soit le mode de transport choisi sur la base du tarif du billet SNCF aller/retour en 2de classe, dans la limite des dépenses réellement engagées. Dans la situation où l'estimation SNCF n'est pas possible, la Mutuelle prend en charge les frais de transport sur la base d'une indemnité kilométrique de 0,32 €. Un seul remboursement sera effectué lorsqu'il y a un voyage commun en voiture.

Pour les Frais d'hébergement et de transport non pris en charge par le régime obligatoire (RO), la base de remboursement de l'hébergement et du transport sont celles applicables au Régime obligatoire.

PREVENTION

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 premières et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
- Détartrage annuel dentaire : un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
- Dépistage des troubles du langage pour les enfants : bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B
- Dépistage auditif : une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :

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

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

- Autres actions de prévention prises en charge par le RO : les vaccinations suivantes, seules ou combinées :

- Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
- Coqueluche : avant 14 ans ;
- Hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- Haemophilus influenza B ;
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

BIEN-ETRE

Forfait Bien-Être et Prévention à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci sont prises en charge par le RO, intervention en complément du contrat de base et **à hauteur de la dépense engagée et ce dans la limite du montant du forfait indiqué, telles que visées dans le tableau de garanties**.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.
Des prestations mentionnées sur le tableau de garanties peuvent ne pas être listées ci-dessous, **celle liste n'étant pas exhaustive**. Il convient donc de se référer aux informations présentes sur le tableau de garanties.

- **Contraception** : pilule, patch et implant prescrits par un médecin ou une sage-femme. Le forfait ne comprend pas la prise en charge des préservatifs.
- **Pharmacie prescrite non remboursable par l'Assurance maladie obligatoire** : Les médicaments, les préparations (magistrales, officinales...) et les autres produits pharmaceutiques, non remboursés par l'assurance maladie Obligatoire, dont la TVA est fixée à l'article 278 quater du Code Général des Impôts, sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve des limitations prévues au tableau de garanties.
- **Traitement préventif du paludisme** : le forfait prend en charge les dépenses de médicaments et de spécialités pharmaceutiques sur prescription médicale.
- **Appareillage** : le forfait est versé pour tout appareillage non remboursé par le Régime Obligatoire, dès lors qu'il est prescrit par un médecin, acheté chez un fournisseur de biens médicaux et dans la limite des frais engagés par l'adhérent.
- **Pédicure-Podologue, Psychomotricien**, inscrit au répertoire ADELI
- **Médecines douces** : ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de ce forfait, que les consultations, des professionnels suivants :

- **Ostéopathe/Chiropracteur**, inscrit au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer ;
- **Acupuncture**, exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement ;
- **Etiopathie**, exercée par un praticien recensé dans l'annuaire de l'Institut français des étiopathes.
- **Psychologue Nutritionniste/Diététicien, Psychomotriciens** inscrits au répertoire ADELI ou au répertoire amené à le remplacer.

- **Vaccins :** le forfait prend en charge les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire et prescrits par un médecin.
- **Sevrage tabagique :** la Mutuelle prend en charge les substituts nicotiniques (patch, gommes...) délivrés sur prescription médicale.
- **Prothèses capillaires suite à une radio ou une chimiothérapie :** avec ou sans prescription médicale, sur présentation des justificatifs.
- **Frais d'accompagnement du bénéficiaire de plus de 60 ans à l'hôpital :** sur présentation des justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes.
- **Frais de déplacements et d'hébergement en cure thermale : sur prescription médicale, frais non pris en charge par le Régime Obligatoire prescrit ou non par un médecin.**
- **Basse vision :** sert à financer l'achat du matériel permettant d'améliorer les capacités visuelles des personnes mal voyantes : télé agrandisseurs, loupes électroniques, loupes à main, loupes éclairantes, etc.
- **Fournitures incontinences :** avec ou sans prescription médicale, non remboursées par le Régime Obligatoire.
- **Fournitures et entretien appareillage auditif**
- **Visite annuelle du sport +test d'effort**
- **Assistance médicale à la procréation**

AUTRES PRESTATIONS GARANTIES

La Mutuelle rembourse les soins dans le cadre du dispositif « Mon Psy » selon les conditions prévues à la date des soins sur le site : ***https://monpsy.sante.gouv.fr/patients***

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 maximum fixés.

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

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

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaitre 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.. 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 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaitre 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.

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire soit à titre gratuit soit à titre onéreux pour 1 euro par jour et par personne. Pour en bénéficier il faut :

- résider en France depuis plus de 3 mois ;
- être en situation régulière ;
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant
- Bénéficier d'un régime d'Assurance maladie obligatoire

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'usager : 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 urgences : forfait facturé pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation (article 28 du PLFSS 2021) , sauf pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) 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 et son montant est de :

- 50 centimes par boite 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 ;
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- Les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence ;
- Les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

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

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

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 versent une cotisation et 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 une cotisation et qui bénéficient des prestations de la mutuelle.

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 adhérèrent 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 adhérent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables et d'une rémunération spécifique.

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

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

Le Régime Obligatoire peut majorer le montant de la participation de l'Adhérent si celui-ci ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Participation forfaitaire d'un euro : Les assurés doivent s'acquitter d'une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte, ou pour chaque consultation pris en charge par le Régime Obligatoire et réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou 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.

ATTESTATION DE REMISE DE NOTICE D'INFORMATION

A remettre à l'entreprise souscriptrice du contrat collectif obligatoire de l'ACCORD DE LA PRODUCTION AGRICOLE DU PUY DE DÔME.

Je soussigné(e)_____reconnais avoir reçu une Notice d'information sur les garanties frais de santé, objet du contrat collectif souscrit par mon employeur auprès de Mutualia, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de celle-ci.

Fait à : ……

Le : ……

Mutualia

Entre nous, c'est humain