

NOTICE D'INFORMATION

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE À ADHÉSION FACULTATIVE
MISE À JOUR 2022

SOMMAIRE

COMPLÉMENTAIRE SANTÉ RESPONSABLE À ADHÉSION FACULTATIVE

SOMMAIRE	2
DÉFINITIONS	3
TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
Article 1 : Objet du Contrat.....	6
Article 2 : Les parties au présent contrat.....	6
Article 3 : Références légales, réglementaires et contractuelles.....	6
Article 4 : Contrat responsable.....	6
Article 5 : Effet, durée et renouvellement du Contrat.....	6
Article 6 : Résiliation.....	6
Article 7 : Les ayants droit.....	7
Article 8 : Modification et révision du Contrat.....	7
Article 9 : Fausse déclaration.....	7
TITRE II : COTISATIONS	8
Article 10 : Détermination / Révision du montant des cotisations.....	8
Article 11 : Défaut de paiement des cotisations.....	8
TITRE III : PRESTATIONS	8
Article 12 : Prise d'effet des prestations.....	8
Article 13 : Droits aux prestations.....	8
Article 14 : Calcul des prestations.....	8
Article 15 : Paiement des prestations.....	9
Article 16 : Définition des garanties.....	9
Article 17 : Contrat Responsable.....	9
Article 18 : Description des prestations.....	10
Article 19 : Exclusions.....	12
Article 20 : Forfait naissance/adoption.....	12
Article 21 : Principe indemnitaire.....	12
Article 22 : Prestations indues.....	12
Article 23 : Contrôle médical.....	12
TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES	13
Article 24 : Communication du ratio prestations / cotisations.....	13
Article 25 : Protection des données personnelles.....	13
Article 26 : Prescription.....	14
Article 27 : Subrogation.....	14
Article 28 : Réclamations.....	14
Article 29 : Médiation.....	15
Article 30 : Loi applicable et compétence juridictionnelle.....	15
Article 31 : Clause réputée non écrite.....	15
Article 32 : Autorité de contrôle.....	15
ANNEXE 1 : Pièces justificatives à fournir pour un remboursement	16
ANNEXE 2 : Cas d'application des périodicités de prise en charge dérogatoires pour les équipements d'optique médicale	19
ANNEXE 3 : Tableau de garanties	20
ANNEXE 4 : Cotisations	22

DÉFINITIONS

100% Santé

La réforme « 100% santé » (ou « reste à charge nul ») inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, instaurent progressivement un panier de soins pour chacune des garanties optique, audiologie et dentaire, afin de proposer des prestations de santé au titre desquelles les personnes bénéficiaires bénéficient d'une prise en charge totale, sans aucun reste à charge.

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle, subie par l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent

Également appelé « Syndicat souscripteur ». Personne morale qui signe le contrat collectif.

ADELI

Automatisation DEs Listes : système d'information national sur les professionnels relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des familles et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur.

Il contient :

Des informations personnelles et professionnelles (état civil - situation professionnelle - activités exercées),

Un numéro ADELI est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence. Le numéro ADELI figure sur la Carte de Professionnel de Santé (CPS) pour des professionnels relevant du Code de la santé publique.

Année d'adhésion

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.

Ayant droit

Personne bénéficiant des prestations de la garantie souscrite par le participant selon les critères définis par l'article « Adhésion d'ayants droit, date d'effet, cessation » du présent contrat.

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS)

Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.

Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire servant de base de remboursement. Il est inférieur au tarif de convention.

Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Les tarifs de convention et de responsabilité applicables sont déterminés dans la nomenclature.

Pour certaines garanties, on parle de base de remboursement de la sécurité sociale Reconstituée (BRR) : lorsque l'acte est effectué dans un secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.

Bénéficiaires

Également appelé « Assuré » au titre du présent contrat. Personne bénéficiant des prestations de la Mutuelle : le participant, son conjoint, et leurs enfants, tels que définis au bulletin d'adhésion, ayants droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au bulletin d'adhésion.

Conditions d'admission

L'adhésion au présent contrat est réservée aux personnes affiliées à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale français.

Délai d'attente

Période décomptée à compter de la date d'effet du contrat, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Pendant cette période, la garantie n'ouvre pas droit à prestations. Les délais d'attente de la garantie sont précisés dans le présent contrat ou dans le tableau des garanties.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements si ses garanties le prévoient.

DIPA

Le Document d'Information sur le Produit d'Assurance (que l'on peut retrouver sous le sigle IPID en anglais) est un document d'informations précontractuelles standardisé permettant d'informer l'adhérent et le participant sur le fonctionnement du produit.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)

Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins. En adhérant au dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes. En contrepartie :

- son activité est revalorisée par la Sécurité sociale (mise en place d'une rémunération spécifique au profit des médecins ayant respecté les engagements de leur option souscrite, revalorisation des tarifs opposables de certains actes techniques - actes chirurgicaux, actes de gynécologie-obstétrique),
- ses patients bénéficient d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au dispositif.

Ce terme générique regroupe :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée - CO (dite OPTAM-CO) applicable aux chirurgiens et obstétriciens,
- l'option pratique tarifaire maîtrisée (dite OPTAM) applicable à l'ensemble des spécialités.

Échéance principale

Le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

Étendue

En France et à l'étranger, Identités Mutuelle intervient au profit des participants et de leurs ayants droit en complément de la Sécurité sociale s'ils sont affiliés ou rattachés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français et ce dans les limites des garanties souscrites.

Forfait

Le forfait est une prestation dont le montant de remboursement est fixé en euros et plafonné à un maximum, auquel tout bénéficiaire a droit dans la limite des frais de soins réellement engagés par l'assuré au cours d'une année civile (ticket modérateur inclus).

Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Facturé par les établissements de santé, il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie sauf en cas de transfert d'établissement.

Franchises médicales

Somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

- 0,50€ par boîte de médicament ;
- 0,50€ par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : notamment les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS, (Complémentaire santé solidaire)

et de l'Aide Médicale de l'Etat, les femmes enceintes (du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après l'accouchement), 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. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Honoraires paramédicaux

Il s'agit des honoraires réalisés par les professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues - dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés par le régime obligatoire et la mutuelle.

Hospitalisation

Séjour du bénéficiaire en qualité de patient prescrit par un médecin d'une durée minimum de 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, de lésions résultant d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Matériel médical

Les dispositifs médicaux, au sens de l'article L.5211-1 du Code de la santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la santé publique (hors aides auditives et dispositifs d'optique médicale).

Médecin conventionné de secteur 1

Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec la Sécurité sociale. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, que le patient soit dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Médecin conventionné de secteur 2

Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par la Sécurité sociale.

Médecin non conventionné (ou « en secteur 3 »)

Le médecin non conventionné est un médecin qui n'a pas signé la convention médicale avec la Sécurité sociale. Il pratique des tarifs totalement libres, avec dépassement d'honoraires. Le remboursement s'appliquant pour ce médecin est alors basé sur un tarif d'autorité (TA), dont le montant est très inférieur à la base de remboursement des médecins conventionnés.

Mutuelle

Désigne l'organisme d'assurance frais de santé, Identités Mutuelle. Mention de « mutuelle », de « gestionnaire » ou « d'organisme gestionnaire » : Identités Mutuelle délègue la gestion du contrat santé. En conséquence, selon les clauses, le contact peut être le « gestionnaire », « l'organisme gestionnaire » agissant pour le compte de la mutuelle ou « la mutuelle ».

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits, et prestations pris en charge par la Sécurité sociale et les conditions de leur remboursement (base de remboursement).

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...);
- la Classification Commune des Actes Médicaux pour l'activité bucco-dentaire répertorie les actes techniques médicaux et paramédicaux pour l'activité bucco-dentaire (soins dentaires, parodontologie...);
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) répertorie les actes de biologie médicale ;
- la Liste des Produits et Prestations (LPP) répertorie les biens médicaux hors médicaments (appareillage...);
- les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) répertorient les soins hospitaliers.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement, sans diminution du montant de leur remboursement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès de la Sécurité sociale (ou son remplaçant).

Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- d'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- d'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- d'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Lorsqu'une personne se trouve en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, la Mutuelle ne prend pas en charge la différence.

Participant

Personne physique qui souscrit au contrat collectif frais de santé par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Participation forfaitaire à 1 Euro

La participation forfaitaire à 1 euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Le cumul de la franchise est plafonné à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : notamment les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS, de l'aide médicale de l'Etat, et les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant la date de l'accouchement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Plafonds

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (année civile) ou année d'adhésion, selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties figurant au descriptif des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Prescription médicale

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Régime obligatoire

Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé sur l'attestation d'affiliation jointe au bulletin d'affiliation (régime général de la Sécurité sociale, régime minier, régime local d'assurance maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, et tout autre régime d'assurance maladie obligatoire).

Reste à charge

Le reste à charge est le montant que le patient doit assumer suite aux frais médicaux qu'il a reçus, après le remboursement du régime obligatoire et de la Mutuelle.

RPPS

Répertoire Partagé des Professionnels de Santé, c'est à la fois :

- Un répertoire contenant pour chaque Professionnel de Santé :
 - Un identifiant unique et pérenne (n°RPPS) non significatif ;
- Un ensemble de données d'intérêt commun :
 - Fiables et qualifiées (par l'INSEE, les Ordres, etc.) ;
 - Basées sur une nomenclature commune partagée par l'ensemble des partenaires.
- Un système d'échange permettant le partage de ces informations entre les acteurs du domaine de la Santé (État, Ordres, Service de Santé des Armées, Assurance Maladie obligatoire, ASIP Santé, etc.) et la simplification des démarches des Professionnel de Santé.

Support durable

Le support durable est défini à l'article L.221-6-4 du Code de la mutualité. Constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au participant, à l'adhérent ou à la Mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées (par exemple : courriel, espace adhérent).

Tarif opposable

Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

Ticket modérateur

Part de la base de remboursement laissée à la charge du bénéficiaire après intervention du régime obligatoire. Il est pris en charge partiellement ou totalement par votre Mutuelle.

Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par la Sécurité sociale, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, audiologie et appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Si une personne, prise en charge à 100% par le régime obligatoire, effectue des soins hors du parcours de soins coordonnés, la partie éventuellement non remboursée par le régime obligatoire d'une personne n'est pas considérée comme ticket modérateur et n'est donc pas remboursée par la mutuelle.

Tiers payant intégral

Système de paiement qui évite au bénéficiaire de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Tiers payant partiel

Par opposition au tiers payant intégral, le tiers payant partiel consiste pour un professionnel de santé à ne pratiquer la dispense d'avance de frais que sur la part de l'acte remboursable par la Sécurité sociale ou un autre organisme d'assurance maladie obligatoire.

Télétransmission

Système informatique de transmission des dossiers de remboursements de la Sécurité sociale vers l'organisme assureur.

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 - Objet du Contrat

Le contrat collectif de frais de santé conclu entre d'une part le SPELC, ci-après dénommée « le syndicat souscripteur » ou « adhérent », et d'autre part IDENTITÉS MUTUELLE, ci-après dénommée « la Mutuelle », est un contrat collectif à adhésion facultative souscrit au bénéfice des membres du syndicat.

La Mutuelle s'engage à compléter les prestations en nature versées par la Sécurité sociale française en remboursement des frais de maladie et/ou d'accident engagés par chaque membre, appelé « participant », et ses éventuels ayants droit, selon les garanties souscrites et définies au tableau des garanties.

Article 2 - Les parties au présent contrat

La mutuelle IDENTITES MUTUELLE (ci-après dénommée « la mutuelle ») : L'organisme assureur des garanties souscrites, la mutuelle est régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité, SIREN 379 655 541 et dont le siège est situé 24, boulevard de Courcelles, 75017 PARIS.

Le Syndicat Professionnel de l'Enseignement Libre Catholique (ci-après dénommé « le syndicat souscripteur » ou « adhérent ») : Personne morale souscriptrice d'un contrat collectif facultatif au profit de ses membres auprès d'Identités Mutuelle. Son siège social est situé au 192 bis, rue de Vaugirard - 75015 Paris.

Le participant : La personne physique membre du Syndicat Professionnel de l'Enseignement Libre Catholique (SPELC) ci-dessus désigné et qui a signé un bulletin d'adhésion afin de bénéficier des garanties frais de santé.

Article 3 - Références légales, réglementaires et contractuelles

La loi applicable au présent contrat est la loi française. Le contrat est régi par le Code de la mutualité. Les déclarations du syndicat souscripteur et des participants servent de base à l'application des garanties.

La documentation contractuelle est formée :

- **Des statuts et du règlement intérieur de la Mutuelle** (*Un exemplaire de ces documents est remis par la Mutuelle au syndicat souscripteur et aux participants par le syndicat souscripteur, et leur sont opposables*) ;
- **De la convention d'assurance transmise et signée par le syndicat souscripteur**, qui précise les obligations réciproques des parties ;
- **De la présente notice d'information et du résumé des garanties**. Cette notice précise le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

Les garanties et les cotisations du présent contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa signature.

Si des taxes ou impôts nouveaux devaient être créés et mis à la charge de la Mutuelle, ceux-ci seraient répercutés sur les cotisations des participants, sauf décision contraire de la Mutuelle.

La Mutuelle est soumise à la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et dispose à ce titre de procédures internes opposables aux tiers et souscripteurs.

Conservation des documents transmis par l'adhérent sous forme numérisée :

La Mutuelle et/ou ses partenaires peuvent être amenés à conserver sous forme numérisée les documents transmis par le syndicat souscripteur et/ou le participant dans le cadre de la gestion du contrat. Ces documents pourront être utilisés comme mode de preuve.

Article 4 - Contrat responsable

Les garanties « frais de santé » couvertes dans le cadre de la présente notice d'information respectent les exigences légales et réglementaires des contrats responsables au sens notamment, de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

Toute évolution législative ou réglementaire s'appliquera aux garanties couvertes au titre de la présente notice d'information afin qu'elles conservent leur caractère responsable.

Article 5 - Effet, durée et renouvellement du Contrat

Le Contrat a pris effet pour une première période débutant 01/12/2022 et expirant le 30/11/2025.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, pour une durée d'un an, le premier janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des Parties dans les conditions définies à l'article « résiliation » ci-après. La durée minimale de l'engagement des parties est de douze (12) mois.

Article 6 - Résiliation

En cas de résiliation du Contrat par la Mutuelle ou le syndicat souscripteur, toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation continueront d'être gérées par la Mutuelle dans les mêmes conditions que celles du Contrat et de ses éventuels avenants.

Aucune nouvelle adhésion ne sera acceptée par la Mutuelle au-delà de la date d'effet de la résiliation.

6.1 - Formalisme à respecter

Le formalisme à respecter s'applique quel que soit le type de résiliation décrit ci-dessous. Lorsque le syndicat souscripteur ou le participant a le droit de dénoncer l'adhésion au présent contrat, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

6.2 - Résiliation du contrat à l'initiative du syndicat souscripteur

6.2.1 - Résiliation à l'échéance

Chaque année, le syndicat souscripteur pourra résilier le contrat au moins deux mois avant la date d'échéance en respectant un préavis de deux mois, soit le 31 octobre au plus tard. La résiliation prendra effet à la fin de l'année en cours soit le 31 décembre à minuit.

6.2.2 - Résiliation infra annuelle

Le syndicat souscripteur peut dénoncer son adhésion après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation prendra effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le syndicat souscripteur. La mutuelle s'engage à proposer un contrat individuel frais de santé aux membres.

6.3 - Résiliation de l'adhésion à l'initiative du participant

6.3.1 - Résiliation à l'échéance

L'adhésion du participant prend fin en cas de résiliation de ce dernier au 31 décembre à minuit de l'année en cours, signifiée à la mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours.

6.3.2 - Résiliation infra annuelle

Le participant peut dénoncer son adhésion après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation prendra effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le participant. Le participant n'est redevable que de la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde au participant.

Dans le cas où la Mutuelle reçoit une résiliation de la part d'un autre organisme pour résilier le contrat en lieu et place de l'adhérent, la Mutuelle procède à la résiliation, si la demande est conforme aux textes réglementaires applicables. La résiliation prendra effet un mois après la réception de la notification de la résiliation. La Mutuelle confirme alors la résiliation par un courrier de résiliation.

La Mutuelle remboursera les cotisations trop payées dans un délai de trente (30) jours après la prise d'effet de la résiliation.

Le participant qui quitte la Mutuelle pour quelque cause que ce soit est tenu de collecter et restituer la (ou les) carte(s) de tiers payant des membres du syndicat ayant adhéré au présent contrat, qu'il a en sa possession.

L'utilisation de la carte de tiers payant après une résiliation est frauduleuse. Toute Prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

Faculté de souscrire à un contrat individuel :

En cas de résiliation du présent contrat, les garanties pourront être maintenues à titre individuel au profit des participants ne souhaitant pas quitter la mutuelle

Information des participants en cas de résiliation :

En cas de résiliation du présent contrat, le syndicat souscripteur devra informer les participants de cette décision.

Dissolution du syndicat souscripteur :

En cas de dissolution du syndicat souscripteur, la Mutuelle s'engage à proposer un contrat individuel santé aux participants.

Article 7 - Les ayants droit

7.1 - Condition d'adhésion

Les garanties peuvent être étendues aux ayants droit.

Est considéré comme ayant droit, le conjoint au titre d'un contrat de mariage, le partenaire de PACS, le concubin ou encore les enfants du participant et/ou du bénéficiaire.

Les enfants du participant et/ou du bénéficiaire, en qualité d'ayants droit, sont couverts jusqu'à la fin de l'année civile de leur 28 ans, sous réserve de fournir un certificat de scolarité. Les enfants à charge de leurs parents présentant une carte d'invalidité sont assimilés aux enfants de moins de 28 ans.

Tous les ayants droit doivent être ressortissants d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Toute demande d'affiliation de bénéficiaire(s) au titre d'une adhésion, doit être formulée auprès de la Mutuelle au moyen du bulletin d'adhésion initial complété et signé adressé par courrier ou courriel accompagnée des pièces justificatives requises.

Postérieurement à l'adhésion, seul le participant peut demander l'affiliation d'ayants droit en complétant un bulletin d'adhésion modificatif.

Toutefois, à leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être participants en propre sans l'intervention de leur représentant légal.

7.2 - Date d'effet

Les garanties des ayants droit sont identiques à celles du participant. Elles prennent effet en même temps que celles du participant lorsqu'ils sont affiliés concomitamment à sa propre adhésion.

En cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant postérieurement à l'affiliation de l'ayant droit, les garanties prennent effet, pour l'intéressé, dès la date de l'événement en question.

Dans tous les autres cas, les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.

7.3 Cessation des droits

La cessation des droits du participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses ayants droit.

Les enfants de plus de 28 ans perdant la qualité d'ayant droit peuvent conserver leurs garanties à condition de cotiser isolément à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle où ils atteignent leur 28^e anniversaire.

Article 8 - Modification et révision du Contrat

8.1 - Modification à l'initiative des parties

Toute modification du contrat doit faire l'objet d'un avenant signé par la Mutuelle et le syndicat souscripteur pour entrer en vigueur. A défaut, le contrat pourra prendre fin dans les conditions prévues à l'article « Résiliation ». En cas de refus par le syndicat souscripteur de signer un avenant, alors la Mutuelle sera en droit de résilier la présente convention en respectant un préavis de deux mois. Les participants pourront alors souscrire à titre individuel un contrat de complémentaire santé proposé par la Mutuelle.

8.2 - Modification suite à une évolution de la réglementation

Les dispositions du contrat sont établies en fonction de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale et à la fiscalité, en vigueur à la date d'effet du contrat. En cas de changement de cette réglementation, la Mutuelle se réserve le droit de proposer par lettre avenant un aménagement des garanties et/ou des cotisations à compter du premier jour du mois suivant la date d'effet de ce changement.

Le syndicat souscripteur devra notifier sa décision de refus exprès dans un délai d'un mois à compter de la réception de la lettre avenant. Faute de réponse à l'issue de ce délai, les modifications du contrat seront considérées comme tacitement acceptées.

En cas de refus de la nouvelle proposition par le syndicat souscripteur, le contrat peut être résilié par la Mutuelle dans le respect d'un préavis de deux mois.

Le syndicat souscripteur et la Mutuelle peuvent convenir de procéder à des modifications du contrat qui sont susceptibles d'impacter les adhésions en cours. Les parties conviennent que toute modification autre que réglementaire aux dispositions du Contrat ne pourra être prise que d'un commun accord entre elles par voie d'avenant.

En cas de modification du Contrat portant sur les droits et obligations des participants, ces derniers en seront informés par écrit en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, par le syndicat souscripteur, dans un délai de trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Tout participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 9 - Fausse déclaration

9.1 - Réticence et 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 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 participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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.

9.2 - Réticence et fausse déclaration non intentionnelle

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

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion dans le cadre du présent contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le participant. À défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix (10) jours après notification adressée au participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si le risque avait été complètement et exactement déclaré.

TITRE II : COTISATIONS

Article 10 - Détermination / Révision du montant des cotisations

10.1 - Détermination du montant des cotisations

Le tableau des cotisations figure à l'annexe 4 de la présente notice d'information.

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le ou les taux de cotisations sur le plafond de la Sécurité sociale en vigueur au moment de l'appel de cotisations.

Les conditions tarifaires sont établies en fonction de la situation démographique et géographique au moment de l'adhésion. En cas de modification de celle-ci les conditions tarifaires sont susceptibles d'être révisées.

Toute nouvelle taxe ou tout nouvel impôt que la réglementation imposerait au titre du présent contrat sera à la charge du participant. Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet du contrat.

Le paiement des cotisations incombe au participant. L'appel de cotisation est trimestriel et les cotisations sont payables dans les 10 jours suivant chaque trimestre.

10.2 - Révision du montant des cotisations

Les cotisations sont révisées au 1er janvier de chaque exercice sous préavis de 2 mois en fonction notamment de l'évolution de l'indice CMT (consommation médicale totale) publié dans les comptes de la nation, ainsi que des résultats techniques du présent contrat.

La cotisation peut être revalorisée en fonction d'éléments d'ordre technique (résultats techniques, modification réglementaire).

Cette revalorisation des cotisations sera appliquée par la Mutuelle en accord avec le syndicat souscripteur, aux adhésions en cours et aux nouvelles adhésions.

Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de la Mutuelle ou augmenter la participation à la charge des participants. Cette revalorisation des cotisations sera appliquée par la mutuelle en accord avec le syndicat souscripteur, aux adhésions en cours et aux nouvelles adhésions. Toutefois, si les Parties ne parvenaient pas à se mettre d'accord sur la revalorisation, elles ont l'une ou l'autre la faculté de résilier le Contrat dans les conditions définies à l'article « résiliation ».

En cas d'événement tel qu'un rachat, une absorption, une offre publique d'achat, une fusion ou une scission, de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, les parties se réservent la possibilité de revoir en cours d'exercice les dispositions contractuelles en vigueur au niveau du contrat.

En cas de non-acceptation des taux révisés, le syndicat souscripteur a la faculté de mettre fin à son adhésion avant le prochain renouvellement annuel.

Cette décision est assimilée à une démission du syndicat souscripteur sans qu'il puisse être opposé à celui-ci le délai de préavis prévu au contrat. En cas d'absence de réponse du syndicat souscripteur avant le 31 décembre de l'exercice, le changement de taux ou éventuellement, la modification du niveau de garantie est applicable de plein droit à la date prévue.

Le montant des cotisations peut être actualisé, y compris en cours d'année, sur décision du Conseil d'Administration dans les mêmes conditions que ci-dessus, en fonction des évolutions réglementaires, de l'évolution du cahier des charges du contrat responsable, des résultats techniques du produit, de l'indice d'évolution des dépenses de santé ou encore en fonction de l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

Encadrement tarifaire : Les parties se sont mis d'accord sur un encadrement de la cotisation pendant trois ans à compter de la date d'effet de la convention d'assurance souscrite entre le syndicat souscripteur et la mutuelle : l'augmentation annuelle de la cotisation ne pourra pas excéder 3%.

Les modifications s'appliquent à partir de leur notification aux participants.

Article 11 - Défaut de paiement des cotisations

En application de l'article L.221-8 II du Code de la mutualité, le participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion. L'exclusion ne peut

faire obstacle, le cas échéant, au versement des garanties acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

TITRE III : PRESTATIONS

Le tableau des garanties est annexé à la présente notice d'information (Annexe 3).

Article 12 - Prise d'effet des prestations

La date d'effet de l'ouverture des droits à certaines prestations peut être reportée par l'application d'un délai d'attente indiqué dans la présente notice d'information ou dans le tableau des garanties.

Article 13 - Droits aux prestations

L'étendue et le montant des prestations sont fonction de la garantie souscrite. Il convient de se référer au tableau des garanties.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins se situent avant la date d'effet du contrat et/ou après la date d'effet de la résiliation du contrat ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

En principe, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour des soins dispensés par un praticien qualifié et dans les conditions prévues par le régime obligatoire de la Sécurité sociale et la réglementation applicable à l'exception des prestations du poste « Prévention ».

Pour les prises en charge des garanties de médecines douces, les praticiens concernés doivent disposer d'un numéro ADELI ou RPPS et être titulaires d'un diplôme enregistré dans la discipline.

Pour le cas spécifique de l'ostéopathe : les factures doivent mentionner « ostéopathe DO ».

Pour percevoir les prestations, le participant doit être à jour de ses cotisations.

Article 14 - Calcul des prestations

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » est subordonnée au respect de l'ensemble des conditions de la présente notice d'information. En cas de non-respect de ces dernières, la Mutuelle peut être amenée à ne pas suivre le remboursement de la Sécurité sociale. La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la Base du Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire incluent la part de remboursement du régime obligatoire en vigueur à la date d'ouverture du droit aux prestations ;
- soit sur des bases forfaitaires. En cas de dépenses de soins prises en charge par le régime obligatoire, le ticket modérateur est inclus dans le forfait, sauf indication contraire figurant au tableau de garanties.

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés au titre de maladies, accidents ou maternité postérieurement à l'affiliation du participant et pendant la durée de cette affiliation.

Les taux et bases de remboursement pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins.

Pour les prothèses et l'optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de facturation des soins.

Le montant des remboursements prévus, ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un organisme d'assurance complémentaire ou éventuellement un tiers responsable.

Sauf mention contraire au tableau de garanties, le forfait ou le reliquat du forfait non utilisé ne peuvent pas être reportés à l'année suivante.

Les frais de Chambre particulière et d'accompagnant sont soumis à une limitation de durée.

Pour connaître les taux et bases de remboursement et de prise en charge : se reporter au tableau de garanties.

Article 15 - Paiement des prestations

Pour percevoir les prestations, les participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Les demandes de prestations doivent être reçues avant l'expiration du délai de prescription de 2 ans à compter de la date de l'évènement, et être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- le décompte de remboursement du régime obligatoire, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par le régime obligatoire,
- la facture datée, acquittée et détaillée de l'établissement concerné, du fournisseur ou du praticien précisant la date et la nature des soins en cas de dépassements d'honoraires ou d'hospitalisation, et portant les éléments permettant l'identification de l'établissement, fournisseur ou du praticien (noms, prénoms, adresse professionnelle, numéro de téléphone, qualification voire sa situation : conventionné ou non, numéro ADELI voire Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), selon la qualité du praticien),
- éventuellement, la copie du décompte de prestations établi par un autre organisme complémentaire,
- toute autre pièce figurant à l'annexe 1 « pièces justificatives à fournir pour un remboursement ».

Selon la nature des soins engagés ou en cas de nécessité, des documents complémentaires avant ou après paiement et/ou avant ou après exécution des soins pourront être demandés et notamment les documents originaux. Le défaut de communication de ces documents complémentaires pourrait entraîner une suspension du versement des prestations concernées jusqu'à production des pièces demandées. A défaut de communication des pièces demandées, le participant encourt le risque d'être exclu de la mutuelle.

Si le participant (en tant qu'adhérent principal) le demande, les prestations lui sont directement servies pour l'ensemble des ayants droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne ouvert auprès d'un établissement bancaire situé au sein de l'Espace Economique Européen ou à Monaco.

Seuls les IBAN situés au sein de l'Espace Economique Européen ou à Monaco sont pris en compte pour le remboursement des prestations.

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de Sécurité sociale pour effectuer le remboursement des prestations, la Mutuelle paye directement le participant et pourra demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle. Les participants ont la possibilité conformément à la législation en vigueur de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Le paiement peut être effectué par un autre organisme, avec lequel la Mutuelle a conclu une convention de gestion.

L'envoi des décomptes de paiement des prestations d'un montant inférieur à celui défini par le Conseil d'administration peut être différé jusqu'à ce que la totalité des prestations dues au titre de plusieurs demandes atteigne ce montant ; dans tous les cas, un envoi de décompte est effectué une fois par mois au minimum.

Dans le cas où les décomptes sont mis à disposition sur un espace personnel, aucun montant minimum n'est requis.

En cas de décision judiciaire, les prestations sont servies à la personne ou à l'organisme ayant obtenu la garde de l'enfant ou assumant la tutelle de l'incapable majeur.

Les prestations sont payables en euros.

Article 16 - Définition des garanties

Le niveau des prestations (défini au tableau des garanties) inclut les remboursements effectués par le régime obligatoire.

Le paiement des prestations est dû au participant dès le 1er jour de son affiliation.

Le paiement des sommes dues est effectué au plus tard dans les 10 jours ouvrés qui suivent la réception de l'ensemble des pièces justificatives définies à l'annexe 1 de la présente notice d'information. Toutefois, ce délai peut être plus long si des renseignements complémentaires sont nécessaires au traitement du dossier.

Lorsque la limitation est exprimée en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale, le plafond retenu est celui en vigueur à la date de la prescription des soins ou actes. Les actes ne figurant pas dans la nomenclature Sécurité sociale ne sont pas pris en charge,

sauf dispositions particulières expressément précisées aux tableaux des garanties.

Sauf mention contraire au tableau des garanties, le forfait ou le reliquat du forfait non utilisé ne peut être reporté l'année suivante.

Le remboursement des prestations effectuées par des médecins non adhérent à la Convention Nationale des médecins est calculé par les organismes d'assurance maladie et la Mutuelle sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel.

Si cela est indiqué au tableau des garanties, le contrat peut prévoir le versement d'une prestation en cas de maternité ou d'adoption.

Article 17 - Contrat Responsable

La présente notice d'information répond aux dispositions relatives aux contrats responsables prévues par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et à l'ensemble de la réglementation relative à ces contrats (le contrat répond ainsi aux obligations, plafonds et exclusions de prise en charge prévus par le cahier des charges du contrat responsable et couvre ainsi les dispositifs d'optique médicale, aides auditives et les soins prothétiques dentaires relevant du « 100% santé »).

Spécificités relatives aux contrats responsables :

- remboursement différent des dépassements d'honoraires selon que le professionnel adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTAM)
- prise en charge obligatoire du ticket modérateur de l'ensemble des catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15%. Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge de celui-ci.

Est exclue la prise en charge :

- **de la majoration du ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés,**
- **des participations forfaitaires et franchises visées à l'article L.322-2 II et L.322-2 III du Code de la Sécurité sociale fixées à ce titre par la législation de la Sécurité sociale en vigueur et à venir,**
- **des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'adhérent sans prescription préalable de son médecin traitant dont les montants sont fixés par décret.**

Les montants minimums et maximums de prise en charge ainsi que les durées de renouvellement des équipements d'optique médicale et des aides auditives évoluent conformément au cahier des charges du contrat responsable. Les remboursements de frais s'effectueront conformément à celui-ci.

Ces modifications sont intégrées dans le tableau des garanties.

Sur l'ensemble des postes de garanties, la Mutuelle prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (à l'exclusion des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie), le ticket modérateur de l'ensemble des actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire ainsi que le ticket modérateur forfaitaire.

Aucun délai d'attente n'est appliqué pour la prise en charge du ticket modérateur sur les actes remboursables.

Un délai d'attente peut en revanche être appliqué aux prestations couvrant la prise en charge des dépassements de tarifs, comme en optique ou en dentaire par exemple.

Le forfait journalier en établissement hospitalier est pris en charge sans limitation de durée.

Les planchers et plafonds de prise en charge des dépassements de tarifs, s'ils sont couverts, figurent au tableau de garanties.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, les conditions de prise en charge et le niveau de remboursement diffèrent selon que le médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé (DPTAM). Le DPTAM rassemble les dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés par l'Assurance Maladie Obligatoire : OPTAM et OPTAM-CO. L'OPTAM désigne l'option

par laquelle les médecins s'engagent à respecter une pratique tarifaire maîtrisée. L'OPTAM-CO a le même objectif mais cette option est ouverte aux médecins spécialistes en chirurgie et obstétrique.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements de tarifs en optique, ces planchers et plafonds (ticket modérateur inclus) sont différenciés par type d'équipement.

La prise en charge des dépassements de tarifs en optique est précisée à l'article « Description des prestations » des présentes conditions générales.

Le tableau de garanties précise les conditions de prise en charge, le cas échéant, des actes non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, et des actes hors nomenclature ; des cures thermales ; des médicaments remboursés à 15% et 30% (dont l'homéopathie).

Article 18 - Description des prestations

18.1 - Prestations en optique

Forfaits « lunettes » :

Les forfaits « lunettes » prennent en charge un seul équipement d'optique médicale composé de deux verres correcteurs et d'une monture par période de deux ans suivant la date de facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque l'adhérent acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres ou monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Conformément au cahier des charges du contrat « responsable » et au tableau de garanties, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique fait l'objet d'un plafonnement et le montant global de prise en charge varie en fonction du niveau de correction et de la complexité des verres de la manière suivante :

Verres simples :

verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6 à +6 dioptries

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est \leq à +4 dioptries

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est \leq à 6 dioptries

Verres complexes :

verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6 et 0 dioptries et dont le cylindre est $>$ +4 dioptries

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est $<$ -6 dioptries et dont le cylindre est \geq 0,25 dioptrie

verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $>$ à 6 dioptries

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4 et +4 dioptries

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8 et 0 dioptries et dont le cylindre est \leq à +4 dioptries

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est \leq à 8 dioptries

Verres très complexes :

verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8 et 0 dioptries et dont le cylindre est $>$ +4 dioptries

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est $<$ à -8 dioptries et dont le cylindre est \geq 0,25 dioptrie

verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est $>$ à 8 dioptries

Le droit au forfait est subordonné à l'existence d'une prescription médicale et d'un remboursement préalable par le régime obligatoire.

Tous les forfaits s'entendent comme incluant le montant du ticket modérateur.

La période d'utilisation de chacun des forfaits « lunettes » débute à la date de facturation de l'équipement et s'achève deux ans après. Cette période est fixe. Ainsi, sauf dérogation prévue par la réglementation, tout renouvellement de l'équipement d'optique dans un délai inférieur à 24 mois suivant la date de facturation du dernier équipement ne pourra donner lieu à une prise en charge par la Mutuelle.

Dérogations à la durée biennale de la période d'utilisation des forfaits (cf annexe 2) :

Les enfants de moins de 16 ans et les personnes devant changer d'équipement optique en raison de l'évolution de la vue constatée par une prescription médicale délivrée par un ophtalmologue ou par l'opticien, peuvent bénéficier d'un forfait optique une fois par an. Pour les enfants jusqu'à 6 ans, la périodicité de renouvellement est de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires,
- en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Pour les bénéficiaires présentant un défaut de vision de près et un déficit de vision de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prennent en charge deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement).

Les forfaits « lunettes » s'appliquent, en fonction de la garantie souscrite, à chacun des deux équipements considérés individuellement.

Si la demande de remboursement est faite simultanément pour les deux équipements, il ne pourra y avoir de remboursement par la Mutuelle l'année qui suit, sauf pour les mineurs, et les majeurs en cas d'évolution de la vue justifiant un changement d'équipement.

Équipements 100% santé mixtes :

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement.

Lentilles optiques : selon la garantie souscrite, le forfait « Lentilles » prend en charge les lentilles correctrices remboursées ou non par le régime obligatoire, uniquement sur prescription médicale. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses et dans la limite des frais réels.

Forfait chirurgie réfractive : pour les garanties qui le prévoient, le forfait est versé sur la période d'un an et n'est pas subordonné à une prise en charge préalable par le régime obligatoire.

Les dépenses d'acquisition de dispositifs d'optique médicale « 100% santé » exposées par l'adhérent sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilités dans la limite des honoraires de facturation. S'agissant des dispositifs « hors 100% santé » la prise en charge des équipements d'optique médicale respecte les planchers et les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

18.2 - Prestations en audiologie

Le contrat responsable distingue deux classes d'aides auditives :

Les équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP doivent être remboursés à hauteur de 100% des frais réels.

Les équipements de Classe II (« à tarifs libres ») pris en charge à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R.871-2 du Code de la

Sécurité sociale. La prise en charge des aides auditives de Classe II est précisé dans le tableau des garanties et ne peut en tout état de cause excéder 1700 € par oreille (incluant la part des dépenses prise en charge la Sécurité sociale et le ticket modérateur, hors prestations annexes telles que les consommables, piles ou accessoires).

Quel que soit le niveau de garanties souscrit, la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil (Classe I et II). L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période de quatre ans 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. La Mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « 100% santé » exposées par l'adhérent sont prises en charge en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation. Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives « hors 100% santé » exposées par l'adhérent respectent les plafonds de remboursement prévus par le contrat responsable.

18.3 - Prestations en dentaire

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes garanties « DENTAIRE ».

Les actes relevant du « 100% santé » tels que définis réglementairement sont remboursés par la Mutuelle, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).

S'agissant des actes « hors 100% santé », le remboursement dépend du détail du type de l'acte réalisé (couronne, implant...) ou du type de prothèse (fixe, amovible...), du matériau ou de l'emplacement de la dent.

L'annualité du plafond des prestations dentaires prévu par le tableau des garanties est évaluée à partir de la date d'effet de l'adhésion de chaque bénéficiaire à la formule de garanties. La part non consommée une année n'est pas reportée sur l'année suivante.

Contrôle dentaire :

La Mutuelle peut soumettre pour avis les dossiers à son chirurgien-dentiste consultant afin de contrôler la cohérence des travaux dentaires proposés et les travaux réalisés, quelle que soit la nature des soins.

18.4 - Hospitalisation

Les frais d'hospitalisations sont pris en charge conformément au tableau des garanties selon la formule choisie.

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge par la Mutuelle :

- des honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste,
- de la participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 €,
- des frais de séjour,
- du forfait journalier hospitalier,
- des frais de transport, sous réserve d'une prise en charge par la Sécurité sociale,
- de la chambre particulière,
- des frais/lit d'accompagnant.

La césarienne constitue un acte de chirurgie. Les dépassements d'honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste dans le cadre d'un accouchement par césarienne sont pris en charge au titre de l'hospitalisation. Les dépassements d'honoraires liés à des actes obstétricaux (hors anesthésie péridurale) effectués dans le cadre d'un accouchement par voie basse ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

18.5 - Remboursement matériel médical

Selon la garantie souscrite, la Mutuelle prend en charge tout ou partie des frais engagés sur les petits et grands appareillages,

autres prothèses et orthopédie, qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le matériel médical remboursable par l'assurance maladie obligatoire est recensé sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) disponible sur le site internet de l'assurance maladie.

18.6 - Cure thermique

(Si la garantie a été souscrite)

Les frais de cure thermique ouvrent droit, s'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale, à une indemnité fixée au contrat d'adhésion dans la limite des frais exposés.

18.7 - Maternité - Adoption

(Si la garantie a été souscrite)

Le contrat peut prévoir le versement d'une prestation en cas de maternité ou d'adoption.

18.8 - Option allocation obsèques

Le participant et son conjoint au sens de la présente notice d'information peuvent adhérer à « l'option allocation obsèques » complémentaire à la garantie principale « Frais de soins de santé » soit concomitamment à l'adhésion principale soit ultérieurement dans le cadre d'un ajout d'option.

La résiliation de la garantie principale « Frais de soins de santé » met fin à l'option Allocations Obsèques.

Délai d'attente applicable :

L'option allocation obsèques n'ouvre droit à garantie qu'après expiration d'un délai d'attente mentionné au tableau des garanties décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion à l'option. En cas de décès du participant ou du conjoint avant l'expiration du délai d'attente, la garantie ne pourra s'appliquer.

Pièces justificatives :

L'Allocation Obsèques est versée en cas de décès du participant ou du conjoint, à la personne qui a supporté les frais d'obsèques, sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- un extrait d'acte de décès,
- la facture des frais d'obsèques acquittée,
- un certificat d'hérédité,
- un certificat de porte fort en cas d'héritiers multiples,
- le justificatif de l'identité de la personne ayant supporté les frais,
- un RIB.

18.9 - Bilan retraite

Identités Mutuelle vous propose de réaliser gratuitement un bilan personnalisé retraite afin de vous accompagner dans la préparation de votre nouvel avenir. Ce service vous apporte soutien et aide à l'approche du départ à la retraite :

- À quel âge partir ?
- La retraite progressive à 60 ans ?
- Carrière longue ?

Ce bilan est réalisé à partir de 55 ans et sur une durée maximum de deux ans, hors régimes spéciaux.

18.10 - Action sociale

La Mutuelle dote annuellement un fonds social, destiné à apporter aux bénéficiaires faisant face à des difficultés économiques, financières, personnelles (dont l'état de santé), une aide financière. L'adhérent et ses ayants droit peuvent demander une aide exceptionnelle pour face à un reste à charge important lié à des dépenses de santé, ou encore pour faire face à des dépenses imprévues et/ou exceptionnelles liées à des problèmes de santé (cela peut notamment concerner l'aménagement de l'habitat suite à une invalidité ou à un handicap, ou encore suite au vieillissement de la personne).

Cette aide est attribuée dans la limite des fonds disponibles après étude du dossier par la Commission d'action sociale désignée à cet effet.

La décision de la Commission est souveraine et n'est susceptible d'aucun recours.

Les participants peuvent adresser leur dossier complet par courrier ou mail aux adresses suivantes :

Par courrier à l'adresse suivante :

Identités Mutuelle
Commission d'action sociale
BP 20836
75828 Paris Cedex 17

Par mail à l'adresse suivante :

commissionsociale@identites-mutuelle.com

Article 19 - Exclusions

Actes non pris en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, à l'exception toutefois des actes spécifiques mentionnés à l'article « CONTRAT RESPONSABLE ».

Ne donnent pas lieu à Garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle, les sinistres non pris en charge par le régime obligatoire, résultant notamment de cures, traitement et opérations de rajeunissement et de chirurgie esthétique et tous soins non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle, les actes hors nomenclature

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Soins réalisés antérieurement à la date d'adhésion

L'ensemble des soins réalisés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à la prise en charge de la part de la Mutuelle.

Séjours en milieu hospitalier

Ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle, les séjours en maison de retraite, en établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) ainsi que les séjours en milieu hospitalier non conventionné par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Cas particulier des produits achetés via internet et des produits non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie achetés à l'étranger.

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

- **les produits non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie français et achetés à l'étranger ;**
- **les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :**
 - **les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencée par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site ;**
 - **les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.**

Article 20 - Forfait naissance/adoption

Selon la garantie souscrite, le forfait naissance / adoption est versé sur présentation : d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Son versement est subordonné à l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption.

En cas de naissances multiples, le forfait versé peut être multiplié par le nombre d'enfants.

L'adoption d'un enfant est assimilée à une naissance, si l'enfant a moins de 12 ans le jour de l'adoption.

Article 21 - Principe indemnitaire

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant

après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Cette limite est appliquée séparément pour chaque prestation, sans compensation entre les différents postes.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le participant peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies ou à servir par la Mutuelle et un ou plusieurs autres organismes assureurs donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les garanties servies par la Mutuelle sont réduites à due concurrence. Le participant doit obligatoirement communiquer à la Mutuelle les relevés de prestations d'ores et déjà obtenus par d'autres organismes assureurs afin que le montant total des remboursements n'excède pas les frais réels engagés.

Si le participant est partiellement garanti par un contrat individuel d'accident, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par le contrat dans la limite de ses tarifs de responsabilité et des clauses de ses statuts.

Si le participant a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le participant.

Article 22 - Prestations indues

Le participant rembourse à la Mutuelle les prestations versées et perçues à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

Article 23 - Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit d'effectuer des contrôles pour tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente notice d'information. A ce titre, elle peut demander la transmission de l'origine de toutes pièces qu'elle juge utile (ordonnances, radiographies, factures, etc.), le cas échéant à l'attention de son médecin conseil ou dentiste consultant sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », de nature à éclairer sa décision de prise en charge.

La Mutuelle peut également soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin conseil, un chirurgien-dentiste consultant ou tout professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé sont à la charge de la Mutuelle. L'avis d'un autre médecin peut être sollicité par le bénéficiaire, à sa charge.

Le bénéficiaire est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (analyses, radiographies, auscultation, ...).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte, à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

En cas de désaccord avec le résultat, le bénéficiaire peut se faire représenter par le médecin ou praticien de santé de son choix, afin de mettre en place un examen médical contradictoire. Les honoraires de ce médecin ou praticien de santé sont à la charge du bénéficiaire.

Si à l'issue de cet examen le désaccord persiste, les parties choisissent un médecin ou dentiste tiers pour qu'il se prononce. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du domicile du participant de nommer l'expert.

L'avis du tiers médecin ou dentiste ne préjuge pas des droits du bénéficiaire et de la Mutuelle de recourir à la procédure de médiation et/ou d'intenter une action en justice.

Après réception de l'avis rendu par le troisième médecin ou troisième chirurgien-dentiste consultant, la Mutuelle et le bénéficiaire disposent d'un délai de quinze jours pour accepter ou refuser la solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

Les honoraires du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant choisi par la Mutuelle, restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard du bénéficiaire, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de ce dernier.

Le bénéficiaire peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.

En cas de refus d'un bénéficiaire de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la Sécurité sociale, le paiement des prestations est refusé ou interrompu et les sommes indument versées sont restituées. En cas de régularisation de la situation, le paiement des prestations reprend sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 24 - Communication du ratio prestations / cotisations

En vertu des dispositions des articles L.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant toute souscription à un contrat puis annuellement les frais de gestion de la Mutuelle ainsi que le ratio prestations / cotisations. Le montant des frais de gestion ainsi que du ratio prestations / cotisations figure sur le bulletin d'adhésion, sur l'avis d'échéance annuel ainsi que sur tout devis.

Frais de gestion : Les frais de gestion de la Mutuelle recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.

Ratio frais de gestion / cotisations : Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ratio prestations / cotisations : Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

Article 25 - Protection des données personnelles

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant le participant et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à l'adhésion, la gestion de l'adhésion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts.

La Mutuelle sera également susceptible d'utiliser les données pour :

- Le recouvrement et le contentieux ;
- Le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- Son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées. Ces traitements peuvent, notamment, conduire à l'inscription

sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, avoir pour effet un allongement de l'étude du dossier, la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par la Mutuelle. Dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours d'adhésion ou d'amélioration des offres et services ;

- Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur les supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant des données du participant et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter le participant et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données sont traitées par le personnel habilité de la Mutuelle pour la réalisation des finalités et pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Selon les finalités, elles pourront être transmises aux partenaires (incluant les filiales), sous-traitants, organismes professionnels ou organismes sociaux participants à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent être communiquées aux organismes officiels, aux autorités administratives ou judiciaires (tribunaux, médiateurs, officiers ministériels...), à toute autorité publique conformément à la loi, organismes tiers autorisés. S'agissant de la lutte contre la fraude, elles peuvent également être communiquées à l'Alfa (Association de lutte contre la fraude à l'assurance), au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires), et, le cas échéant, aux victimes d'actes de fraude ou leurs représentants.

Aucune donnée personnelle traitée ne fera l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales sans consentement de la personne concernée.

Les données à caractère personnel sont conservées pour la durée nécessaire à la finalité de leur traitement et conformément aux délais de prescriptions légales ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle notamment dans un référentiel sectoriel.

Elles sont susceptibles, dans de rares cas, de faire l'objet d'un transfert hors de l'Union Européenne. La Mutuelle met en œuvre les mesures permettant de garantir l'application de dispositions équivalentes à la réglementation européenne. Une information sur les données transférées et les destinataires pourra être fournie sur demande adressée au délégué à la protection des données.

Conformément au Règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données et à la loi informatique et libertés modifiée, les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de leurs données et d'un droit de définir des directives relatives au sort de leurs données après le décès, sauf si la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits.

L'exercice de ces droits peut être réalisé à l'adresse suivante :

*Identités Mutuelle
Service Qualité - Protection des données personnelles
BP 20836
75828 Paris Cedex 17*

Le délégué à la protection des données peut également être contacté par mail à l'adresse suivante :

dpo@identites-mutuelle.com

En cas de réclamation relative au traitement de données personnelles, il convient de contacter la Commission Nationale Informatique et Libertés sur son site internet www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 place de Fontenoy, TSA 80715 75334 PARIS Cedex 07.

Conformément à l'article L561-45 du Code monétaire et financier, les personnes concernées par les traitements de surveillance des données liés à la réglementation relative à la lutte contre le

blanchiment des capitaux et financement du terrorisme peuvent exercer leur droit d'accès auprès de la CNIL.

Échanges de données informatisées

Le participant et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les participants ont la possibilité conformément à la législation en vigueur de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 26 - Prescription

Toutes actions dérivant de l'Adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues aux articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du 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 participant, du Bénéficiaire ou de l'Ayant Droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le participant ou l'Ayant Droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruptions de la prescription régies par les articles 2240 et suivants du Code civil sont détaillées ci-après :

- **La reconnaissance par le débiteur de droit de celui-ci contre lequel il prescrivait, interrompt le délai de prescription (Art. 2240 du Code civil) ;**
- **La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion ;**
- **Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Art. 2244 du Code civil) ;**
- **La citation en conciliation lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice signifiée dans les délais de droit ;**
- **La désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un Risque.**

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre les héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers, d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Art. 2245 du Code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Art. 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou une opération collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- **par la Mutuelle au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.**
- **par l'Assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

Article 27 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L.224-8, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations, dans les droits et actions des participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, dans les limites des dépenses supportées au titre de ses garanties.

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 l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de décès, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Le participant s'engage à informer la Mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

Article 28 - Réclamations

La Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle pendant toute la vie du contrat. Ainsi, en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du bulletin d'adhésion, de la présente notice d'information, le participant peut adresser une réclamation soit :

Par courrier postal à l'adresse suivante :

*Identités Mutuelle
Service Qualité Réclamations
BP 20836
75828 Paris Cedex 17*

Par mail à l'adresse suivante :

reclamations@identites-mutuelle.com

La Mutuelle accuse réception dans un délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de la réclamation et y répondra dans un délai maximal de deux mois à compter de la réception dans le service.

Les documents en lien avec la réclamation seront conservés cinq ans à compter de la date de réception.

Article 29 - Médiation

Le participant ou son ayant droit peuvent avoir recours au service du médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Le médiateur peut être saisi soit par courrier à l'adresse suivante :

*Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15*

soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :

www.mediateur-mutualite.fr

Lorsque la Mutuelle est informée que le service médiation a été saisi d'une demande d'un participant ou d'un ayant droit, elle dispose d'un délai de quinze jours à compter de la notification, pour répondre au médiateur et transmettre le dossier.

A réception du dossier, le Médiateur propose une solution motivée pour régler le litige dans les trois mois maximum à compter de la notification de sa saisine (si le dossier est complexe, le service médiation peut demander, aux parties concernées, un nouveau délai).

Après réception de l'avis rendu par le Médiateur, la Mutuelle, le participant et l'ayant droit disposent d'un délai de quinze jours pour accepter ou refuser la solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

Si le participant n'est pas satisfait de la décision rendue, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux. La médiation est soumise au principe de confidentialité, sauf accord contraire des parties.

Article 30 - Loi applicable et compétence juridictionnelle

Le Contrat est soumis en toutes ses dispositions à la Loi française.

Les Parties s'engagent à rechercher avant toute action en justice, une solution amiable à tout différend qui pourrait survenir entre elles concernant l'interprétation et l'exécution du présent Contrat.

A défaut de solution amiable, les Parties conviennent de soumettre leur différend à la compétence exclusive des tribunaux de Paris.

Article 31 - Clause réputée non écrite

Au cas où l'une quelconque des clauses du Contrat serait déclarée contraire à la loi, cette clause serait supprimée, mais sans qu'il en résulte la nullité de tout le Contrat dont toutes les autres clauses demeureraient en vigueur.

Article 32 - Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436

PARIS CEDEX 09.

La Mutuelle se conforme au pilier 3 de la Directive Solvabilité II, relatif aux obligations de reporting au superviseur et de diffusion d'informations au public. Au titre de la communication publique, la Mutuelle tient à disposition du public les documents en version papier qui sont également accessibles sur le site internet de la Mutuelle.

Correspondant Identités Mutuelle	Quentin LOUIS-JOSEPH Responsable Mnc & Entreprises P : 06 20 29 36 11 Mail : qlouisjoseph@identites-mutuelle.com Place Clemenceau 62400 BÉTHUNE www.mnec.fr
-------------------------------------	---

- **Si vous bénéficiez de la procédure de télétransmission NOÉMIE** : vous n'avez pas de justificatif à nous transmettre. Vos frais de santé vous seront remboursés directement sans intervention de votre part. Pour savoir si vous êtes bien bénéficiaire de la télétransmission, l'une des mentions suivantes doit figurer sur votre décompte de Sécurité sociale : « Transmis à Identités Mutuelle » ou « Décompte transmis à votre organisme complémentaire ».
- **Si vous ne bénéficiez pas de la procédure de télétransmission NOÉMIE** et n'avez pas bénéficié du tiers payant, vous devez, pour être remboursé, adresser l'original de votre relevé de prestations (décompte de remboursement Sécurité sociale) attestant du remboursement par le régime obligatoire.

Les justificatifs doivent obligatoirement indiquer le numéro d'adhérent. Il appartient à l'adhérent de l'ajouter.

La Mutuelle se réserve le droit de demander tout autre justificatif nécessaire au traitement des dossiers de remboursement des prestations et notamment les documents originaux.

BON À SAVOIR N°1

Votre Mutuelle vous invite ainsi que vos ayants droit à demander des devis dès lors que vous envisagez d'engager des frais importants. Votre Mutuelle vous indiquera de manière personnalisée le montant éventuel restant à votre charge.

La Mutuelle se tient également à votre disposition pour vous apporter si besoin, les explications complémentaires pour vous aider à constituer vos dossiers de demandes de prestations.

BON À SAVOIR N°2

Les factures doivent être datées, acquittées et détaillées de l'établissement concerné, du fournisseur ou du praticien précisant la date et la nature des soins en cas de dépassements d'honoraires ou d'hospitalisation, et portant les éléments permettant l'identification de l'établissement, fournisseur ou du praticien (noms, prénoms, adresse professionnelle, numéro de téléphone, qualification voire sa situation : conventionné ou non, numéro ADELI voire Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS), selon la qualité du praticien).

Actes (selon votre garantie)	Vous avez réglé l'intégralité des frais	Vous avez payé uniquement la part Mutuelle (Tiers payant partiel)
HOSPITALISATION		
Conseil : avant toute hospitalisation, demandez une prise en charge afin de ne pas faire l'avance des frais.		
Cette demande peut être faite, soit directement par votre établissement hospitalier, soit par vous-même. Dans les deux cas, la demande de prise en charge doit être adressée à la Mutuelle et doit contenir les informations suivantes :		
<ul style="list-style-type: none"> • Le nom et prénom de la personne hospitalisée, • La date d'entrée et la nature de l'hospitalisation (chirurgicale, médicale, maternité...), • Le nom et l'adresse de l'établissement hospitalier (ou son n° FINESS). 		
Forfait journalier hospitalier	- En clinique : facture détaillée et acquittée (bordereau S3404) + facture des honoraires	
Chambre particulière		
Frais de séjour (secteur conventionné)	- À l'hôpital : avis des sommes à payer + attestation de paiement	Facture détaillée et acquittée
Frais de séjour (secteur non conventionné)	Facture détaillée et acquittée (bordereau S3404) + décompte de la Sécurité sociale	
Frais / Lit d'accompagnant	Facture détaillée et acquittée (bordereau S3404) + bulletin d'hospitalisation	
Dépassement d'honoraires	Facture détaillée et acquittée (bordereau S3404)	
Transport	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux		
Consultations, visites, médecins généralistes et spécialistes	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux		
Honoraires paramédicaux		
Analyses et examens de laboratoire		
Médicaments		
- remboursés par la Sécurité sociale (<i>dont préparations magistrales</i>)	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
- non remboursés par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + ordonnance	
Matériel médical (hors optique et aides auditives)		
Soit les prothèses sont facturées dans le cadre d'une hospitalisation, alors les justificatifs à remettre à la Mutuelle sont ceux cités dans la rubrique HOSPITALISATION ci-dessus. Soit les prothèses sont vendues en pharmacie ou par un fournisseur de matériel médical, alors les justificatifs à remettre sont ceux cités ci-après.		
Prothèses médicales	Décompte de la Sécurité sociale + Facture détaillée et acquittée	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
Petit appareillage, pansements, accessoires		
Grand appareillage		
Orthopédie		
OPTIQUE		
Conseil : pour votre équipement optique (1 monture + 2 verres), le professionnel de santé doit obligatoirement vous remettre un devis 100% santé et un devis à tarifs libres. N'hésitez pas à consulter plusieurs opticiens afin d'obtenir le tarif le plus adapté à votre budget.		
Monture + 2 verres	Décompte de la Sécurité sociale + Facture détaillée et acquittée + ordonnance	Facture acquittée + décompte de la Sécurité sociale + ordonnance
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	En cas de renouvellement annuel (évolution de la vue), il convient d'adresser en plus des éléments évoqués ci-dessus les 2 prescriptions de l'ophtalmologiste (celle avant et celle après le changement de correction).	
Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + ordonnance	
Chirurgie réfractive	Facture détaillée et acquittée	
DENTAIRE		
Conseil : votre dentiste doit obligatoirement vous remettre un devis 100% santé, ou un devis à tarifs maîtrisés et un devis à tarifs libres. Demandez également une prise en charge afin de ne pas faire l'avance des frais.		
Soins remboursés par la Sécurité sociale (soins dentaires, chirurgie, parodontologie, inlay onlay, endodontie)	Décompte de la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne, inlay-core...) Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		
Soins et prothèses dentaires non remboursés par la Sécurité sociale (orthodontie, parodontologie, implantologie)	Facture détaillée et acquittée	

AIDES AUDITIVES		
Conseil : le professionnel de santé doit obligatoirement vous remettre un devis 100% santé et un devis à tarifs libres. N'hésitez pas à consulter plusieurs audioprothésistes afin d'obtenir le tarif le plus adapté à votre budget.		
Aides auditives	• Décompte de la Sécurité sociale + Facture détaillée et acquittée	
Piles	• Facture détaillée et acquittée	
PRÉVENTION		
Diététicien, ostéopathe, étio-pathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure	• Facture détaillée et acquittée mentionnant le numéro d'activité du professionnel (n°ADELI)	
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	• Facture acquittée + ordonnance	
Contraception		
Sevrage tabagique		
CURES THERMALES remboursées par la Sécurité sociale		
Soins	• Attestation de cure avec date début et fin de cure	
Transport Hébergement	• Décompte de la Sécurité sociale	• Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale
GARANTIES +		
Soins inopinés effectués à l'étranger remboursés par la Sécurité sociale	Facture détaillée et acquittée + décompte de la Sécurité sociale	
Forfait maternité / Naissance / adoption	Extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.	
Exonération des cotisations / Naissance / adoption		
Option allocation obsèques <i>Le bénéfice revient à la personne qui a supporté les frais d'obsèques</i>	Extrait de l'acte de décès + facture des frais d'obsèques acquittée + certificat d'hérédité + certificat porte fort en cas d'héritiers multiples + justificatif d'identité + RIB	
Forfait allocation obsèques <i>Le bénéfice revient à la personne qui a supporté les frais d'obsèques</i>	Extrait de l'acte de décès + facture des frais d'obsèques acquittée + justificatif d'identité + RIB	
Exonération des cotisations / Décès	Acte de décès	

COMMENT NOUS ADRESSER VOS DOCUMENTS ?

VOS DEVIS

Vous souhaitez connaître le montant de notre participation sur vos frais optiques, dentaires et dépassements d'honoraires ?

Par mail à :
devis@identites-mutuelle.com

Par voie postale à :
Identités Mutuelle
85 rue Edouard Vaillant
92300 Levallois-Perret

Ou en les déposant dans votre agence de proximité.

VOS PIÈCES JUSTIFICATIVES

Vous avez réglé l'intégralité de vos frais de santé ou uniquement la part mutuelle, et vous souhaitez vous faire rembourser ?

Par mail à :
mnec@identite-mutuelle.com

Par voie postale à :
Identités Mutuelle
85 rue Edouard Vaillant
92300 Levallois-Perret

Ou en les déposant dans votre agence de proximité.

- **Vous avez souscrit 2 complémentaires santé :** si vos remboursements par Identités Mutuelle s'effectuent en complément d'une autre mutuelle, vous devez, pour bénéficier du remboursement, nous adresser le décompte de remboursement de Sécurité sociale ainsi que le relevé de prestations de cette mutuelle. Il conviendra également, selon les actes, de joindre les pièces justificatives mentionnées ci-dessus.
- **Remboursement du dépassement pour des actes pour lesquels vous avez bénéficié du tiers payant :** si votre garantie prévoit la prise en charge du dépassement, vous devez nous adresser la facture détaillée et acquittée du professionnel de santé mentionnant le montant du dépassement.
- **Pour bénéficier de la télétransmission NOÉMIE,** il convient de transmettre à votre Mutuelle, l'attestation de droit de votre Caisse de Sécurité sociale datant de moins d'un an, par courrier à : Identités Mutuelle - 85 rue Edouard Vaillant - 92300 Levallois-Perret.

**ANNEXE 2 : CAS D'APPLICATION DES PÉRIODICITÉS DE PRISE EN CHARGE DÉROGATOIRES
POUR LES ÉQUIPEMENTS D'OPTIQUE MÉDICALE**

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> • variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; • variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; • somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; • variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • glaucome ; • hypertension intraoculaire isolée ; • DMLA et atteintes maculaires évolutives ; • rétinopathie diabétique ; • opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; • cataracte évolutive à composante réfractive ; • tumeurs oculaires et palpébrales ; • antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; • antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; • greffe de cornée datant de moins de 1 an ; • kératocône évolutif ; • kératopathies évolutives ; • dystrophie cornéenne ; • amblyopie ; • diplopie récente ou évolutive. <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • diabète ; • maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; • hypertension artérielle mal contrôlée ; • sida ; • affections neurologiques à composante oculaire ; • cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique. <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • corticoïdes ; • antipaludéens de synthèse ; • tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière	

Les prestations du présent tableau de garanties respectent l'ensemble des obligations liées aux contrats « solidaires et responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application. Les remboursements sont limités aux frais réels engagés et le cas échéant aux prix limites de vente et dans la limite des planchers et plafonds du contrat responsable. Dans le tableau des garanties, les prestations sont exprimées soit en pourcentage, soit en forfait. Les prestations exprimées en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement fixée par la Sécurité sociale et incluent le remboursement du régime obligatoire à l'exception des honoraires en secteur non conventionné qui s'appliquent sur la base des tarifs d'autorité. La participation forfaitaire de 1 €, les franchises médicales et les pénalités en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés sont laissées à la charge du patient. L'ensemble des forfaits est appliqué par année civile et par bénéficiaire sauf mention contraire.

		Sécurité sociale incluse sauf forfait			
		SP1	SP2	SP3	SP4
HOSPITALISATION ⁽¹⁾					
Forfait journalier hospitalier		Illimité	Illimité	Illimité	Illimité
Honoraires secteur conventionné	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	130% BR	150% BR	200% BR	200% BR
Honoraires secteur non conventionné		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Frais de séjour secteur conventionné		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Frais de séjour secteur non conventionné		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Chambre particulière (par jour) ou forfait ambulatoire		35 €	60 €	80 €	100 €
Limitation durée : médecine / soins de suite / psychiatrie		60/60/30 jours	60/60/30 jours	60/60/30 jours	60/60/30 jours
Frais accompagnant (par jour)		-	30 €	60 €	60 €
Limitation : âge / durée		< 16 ans	< 16 ans	< 16 ans	< 16 ans
Forfait de 24 € sur les actes dits lourds > 120 €				FR	
Forfait Patient Urgences				FR	
Transport		100% BR	150% BR	200% BR	200% BR
SOINS COURANTS					
Honoraires médicaux					
Consultations et visites : Généralistes, spécialistes	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicaux	Médecin DPTAM	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
	Médecin non DPTAM	100% BR	150% BR	180% BR	200% BR
Honoraires paramédicaux : infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, masseur-kinésithérapeute		100% BR	150% BR	150% BR	200% BR
Psychologue remboursé par le RO ⁽²⁾		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Analyses et examens de laboratoire		100% BR	125% BR	175% BR	200% BR
Médicaments pris en charge par le RO					
Médicaments		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments non pris en charge par le RO					
Médicaments prescrits, vaccins prescrits, contraception, sevrage tabagique		80 €	120 €	150 €	200 €
Matériel médical remboursé par le RO					
Autres prothèses (MAD, AAD, PIO, PEX, OPT) ⁽³⁾		100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Petit appareillage, pansements, accessoires (PAN, AAR, MAC, ARO, GLU, DVO) ⁽³⁾		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Grand appareillage (VEH, ORP, POC, PME, PII) ⁽³⁾		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Orthopédie (COR) ⁽³⁾		150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
OPTIQUE					
Un équipement (monture + 2 verres)					
Le renouvellement de la prise en charge de l'équipement s'effectue tous les 2 ans, sauf pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (renouvellement annuel). La période de 2 ans (ou 1 an) s'apprécie à compter de la dernière facturation de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge de la Sécurité sociale, conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. Les montures sont limitées à 30 € en Classe A et 100 € en Classe B. La grille optique (définition des verres simples, complexes et très complexes) et les conditions de renouvellement sont détaillées dans la notice d'information.					
Panier de soins 100% Santé - Équipement Classe A y compris prestation d'adaptation de la correction, prestations d'appairage et autres suppléments dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)					
Monture + Verres		Aucun reste à charge			
Panier de soins libre - Équipement Classe B					
Monture + 2 verres simples		175 €	225 €	300 €	350 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		200 €	250 €	350 €	400 €
Monture + 2 verres complexes ou très complexes		200 €	275 €	400 €	500 €
Prestation d'adaptation de la correction visuelle		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres suppléments (prisme, système antipetits, verres iséiconiques, verres à filtre)		100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Équipement mixte	1 monture Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)			
	2 verres Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre - Equipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement de la monture Classe A			
Équipement mixte	1 monture Classe B	Se reporter aux forfaits « Panier de soins libre – Equipement Classe B » ci-dessus, sous déduction du remboursement des verres de Classe A et dans la limite de 100 €			
	2 verres Classe A	100% FR (dans la limite des PLV)			
Autres prestations optiques					
Lentilles remboursées ou non par le RO ⁽⁴⁾		100 €	150 €	200 €	250 €
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO		150 €	300 €	400 €	500 €

	Sécurité sociale incluse sauf forfait			
	SP1	SP2	SP3	SP4
DENTAIRE				
Soins dentaires (tarif opposable)	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)	Aucun reste à charge			
Panier de soins modéré et libre - Prise en charge selon les prestations définies ci-dessous dans la limite des PLV pour le panier modéré				
Inlay onlay	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Inlay Core	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires remboursées par le RO	200% BR	250% BR	275% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO				
Implants (forfait par implant, 2 max. / an)	-	100 €	450 €	450 €
Parodontologie non remboursée par le RO				
Orthodontie remboursée par le RO	200% BR	250% BR	275% BR	300% BR
<i>Plafond dentaire (hors soins et panier de soins 100% santé)⁽⁵⁾</i>	<i>1 200 €</i>	<i>1 500 €</i>	<i>2 000 €</i>	<i>2 000 €</i>
AIDES AUDITIVES				
Le renouvellement de la prise en charge des aides auditives s'effectue tous les 4 ans (par oreille). La période de 4 ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Pendant 4 ans, le suivi est assuré par votre audioprothésiste, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires. Les aides auditives de classe II sont limitées à 1700 € par oreille (hors prestations annexes telles que les consommables, piles et accessoires).				
Panier de soins 100% Santé - dans la limite des Prix Limites de Vente (PLV)				
Aides auditives de Classe I	Aucun reste à charge			
Panier de soins libre				
Aides auditives de Classe II remboursées par le RO dont piles, accessoires et frais de réparation (forfait par oreille)	100% BR + 200 €	100% BR + 300 €	100% BR + 500 €	100% BR + 600 €
PRÉVENTION				
Diététicien, ostéopathe, homéopathe, médecin-acupuncteur, chiropracteur, pédicure-podologue ⁽⁶⁾ , étiope ⁽⁷⁾	40 € / séance 2 max. par an	40 € / séance 3 max. par an	40 € / séance 4 max. par an	40 € / séance 5 max. par an
Cures thermales prises en charge par le RO				
Frais d'établissement et d'honoraires	100% BR	150% BR	175% BR	200% BR
Frais de transport et d'hébergement	100 €	150 €	200 €	250 €
Examen de la densitométrie osseuse	80 €	80 €	80 €	80 €
Vaccin anti-grippe non remboursé par le RO	12 €	12 €	12 €	12 €
Actes de prévention remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
GARANTIES +				
Maternité	250 €			
SERVICES				
Assistance	Oui			
Téléconsultation : Contacter un médecin 24h/24, 7j/7	Oui			
Tiers Payant	Oui			
Action sociale (sous condition d'acceptation du dossier par la commission)	Oui			
Protection Juridique Santé	En complément de votre contrat Santé (1,25€/ mois)			
Bilan retraite complet à partir de 55 ans ⁽⁸⁾	Oui			

BR : Base de remboursement - **RO** : Régime Obligatoire - **FR** : Frais Réels - **DPTAM** : les Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée (CAS, OPTAM, OPTAM-CO et tout autre dispositif) ayant pour objet l'encadrement des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés - **Tarif opposable** : Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement.

Panier de soins modéré : Pour le dentaire, actes auxquels des prix limites de vente, par le dentiste, fixés par voie réglementaire, sont applicables. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge suivant le niveau de couverture.

Panier de soins libre : Pour le dentaire, possibilité de choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués sans que le dentiste ne soit obligé de respecter des prix limites de vente. Pas d'obligation d'une prise en charge intégrale. Remboursement sur la base du tarif de la Sécurité sociale et du niveau de prestations prévu au contrat. Possible reste à charge élevé suivant le niveau de couverture.

(1) Hospitalisation : Les longs séjours (unités de soins pour long séjour) et les établissements médico-sociaux (maisons d'accueil spécialisées par exemple) sont exclus.

(2) Prise en charge des psychologues conventionnés au dispositif « MonPsy ». Plus d'informations sur : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>

(3) Codes actes correspondant à ceux de la Sécurité sociale.

(4) Prise en charge à minima à hauteur de 100% BR pour les lentilles remboursées par le RO.

(5) Au-delà du plafond, les autres actes seront remboursés à hauteur de 100% BR.

(6) Pour des actes réalisés par un praticien disposant d'un numéro ADELI dans la discipline ou un médecin disposant d'une orientation particulière à la discipline.

(7) Pour des actes réalisés par un étiope enregistré au répertoire national des étiope.

(8) Suivi et accompagnement sur une durée maximum de 2 ans, hors régimes spéciaux.

Les cotisations sont fonction du régime d'assurance obligatoire, de la composition familiale et de l'âge des bénéficiaires. L'âge est déterminé par différence de millésime. Gratuité à partir du 3ème enfant.

RÉGIME GÉNÉRAL

ÂGE	SP1	SP2	SP3	SP4
ENFANT	21,93 €	26,86 €	29,42 €	30,64 €
21-26 ANS	25,34 €	31,75 €	35,77 €	37,60 €
27-31 ANS	33,76 €	42,19 €	47,48 €	49,91 €
32-36 ANS	37,48 €	47,01 €	52,92 €	55,82 €
37-41 ANS	41,69 €	52,52 €	59,21 €	62,66 €
42-46 ANS	46,63 €	58,50 €	66,04 €	69,96 €
47-51 ANS	51,76 €	64,88 €	73,23 €	77,57 €
52-56 ANS	58,06 €	72,39 €	81,59 €	86,43 €
57-61 ANS	64,92 €	80,43 €	90,44 €	95,79 €
62-66 ANS	73,51 €	88,00 €	101,33 €	107,18 €
67-71 ANS	83,00 €	96,00 €	116,23 €	127,00 €
72-76 ANS	98,37 €	103,47 €	133,61 €	157,35 €
77-81 ANS	112,25 €	117,24 €	150,99 €	177,64 €
82 ANS ET +	123,15 €	128,39 €	165,04 €	194,19 €

RÉGIME LOCAL

ÂGE	SP1	SP2	SP3	SP4
ENFANT	15,35 €	18,80 €	20,59 €	21,45 €
21-26 ANS	17,74 €	22,22 €	25,04 €	26,32 €
27-31 ANS	23,63 €	29,53 €	33,24 €	34,94 €
32-36 ANS	26,24 €	32,91 €	37,04 €	39,07 €
37-41 ANS	29,18 €	36,76 €	41,45 €	43,86 €
42-46 ANS	32,64 €	40,95 €	46,23 €	48,97 €
47-51 ANS	36,23 €	45,42 €	51,26 €	54,30 €
52-56 ANS	40,64 €	50,67 €	57,11 €	60,50 €
57-61 ANS	45,44 €	56,30 €	63,31 €	67,05 €
62-66 ANS	51,46 €	61,60 €	70,93 €	75,03 €
67-71 ANS	58,10 €	67,20 €	81,36 €	88,90 €
72-76 ANS	68,86 €	72,43 €	93,53 €	110,14 €
77-81 ANS	78,57 €	82,07 €	105,69 €	124,35 €
82 ANS ET +	86,20 €	89,87 €	115,53 €	135,93 €