

CONDITIONS GÉNÉRALES

SANTE 16 TNS

REGLEMENT MUTUALISTE GROUPE OUVERT A ADHESION FACULTATIVE

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1 Définitions.....	3
TITRE II : BENEFICIAIRES	6
Article 2 Admission	6
Article 3 Information des adhérents	6
Article 4 Informatique et liberté	6
TITRE III : COTISATIONS	7
Article 5 Cotisations	7
Article 6 Paiement des cotisations.....	7
Article 7 Relance des impayés de cotisation.....	7
Article 8 Actualisation des cotisations	7
TITRE IV : MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE	8
Article 9 Droit aux prestations	8
Article 10 Objet et montant	8
Article 11 Définition des prestations.....	9
Article 12 Changement d’option.....	12
Article 13 Paiement des sommes assurées.....	12
Article 14 Pluralité d’assurance.....	13
TITRE V : RELATIONS AVEC LES CAISSES PRIMAIRES D’ASSURANCE MALADIE, OU D’AUTRES SOCIETES MUTUALISTES	14
Article 15 Tiers payant NOEMIE.....	14
Article 16 Subrogation	14
Article 17 Radiation.....	14
Article 18 Autorité de contrôle	14
Article 19 Réclamations Médiation.....	15
ANNEXE I - Comment vous faire rembourser ?	16
ANNEXE II - Pièces justificatives pour vos remboursements	17
ANNEXE III - Pièces justificatives pour vos modifications administratives	23

REGLEMENT MUTUALISTE GROUPE OUVERT A ADHESION FACULTATIVE

CONDITIONS GENERALES CONTRAT SANTE 16 TNS

La présente notice régit les modalités d'application des garanties définies à la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative (ci-après dénommées « la convention ») souscrites par l'ASSOCIATION EMANENS, ci-après dénommée « l'Association » (association loi 1901) sise 1 rue Saint Vincent 30100 ALES, auprès de la mutuelle IDENTITES-MUTUELLE (ci-après dénommée « la Mutuelle ») (Mutuelle régie par le code de la mutualité inscrite au registre national des mutuelles sous le numéro 379 655 541) située 24, boulevard de Courcelles, 75017 PARIS.
Cette convention référencée « » est ouverte aux membres de l'Association.

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de servir au participant et à ses ayants droit désignés des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

Les garanties santé sont éligibles à la loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite « loi Madelin » sous la police Référencée 5299 11 34. Toutefois, pour bénéficier des avantages de la loi, l'adhérent doit, chaque année, fournir à l'Organisme Gestionnaire une attestation de paiement de ses cotisations au régime obligatoire de retraite et de prévoyance

Article 1

Définitions

Adhérent

Personne membre de l'Association, qui adhère à la convention d'assurance de groupe conclue avec l'Association pour les garanties exclusivement précisées sur le bulletin d'adhésion signé dont un exemplaire a été remis à l'adhérent.

La mutuelle remet obligatoirement à la personne morale souscriptrice, la proposition de bulletin d'adhésion. Ce document figure en annexe à la convention d'assurance de groupe.

Pour la personne membre de l'Association, qui adhère à la convention d'assurance de groupe, l'acte d'adhésion est constaté par la signature du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste groupe ouvert, à adhésion facultative.

Année Civile

Début le 1er janvier et finit au 31 décembre.

Année d'Adhésion

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

Echéance principale

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

Conditions d'admission

Les membres de l'Association, affiliés au régime des travailleurs-non-salariés à l'un des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire français pour les ayants droit.

Bulletin d'Adhésion

Document signé par l'Adhérent confirmant son adhésion à la convention d'assurance de groupe et qui reprend l'assuré et les ayants droits couvert et précise pour chacun des bénéficiaires le niveau de garantie souscrit.

Etendue géographique

La garantie est applicable à la France métropolitaine, aux départements et Territoires d'Outre mer, ainsi qu'aux pays membres de l'union Européenne.

Bénéficiaires

L'Adhérent, affilié au régime des travailleurs-non-salariés son conjoint et leurs enfants, ayants droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au Bulletin d'Adhésion.

Conjoint

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) concubin(e) déclaré(e) ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'Adhérent.

Enfant

Sont considérés comme enfants à charge les enfants légitimes, reconnus ou adoptifs du participant, de son conjoint non séparé de corps judiciairement, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin notoire, s'ils satisfont à l'une des conditions suivantes :

- Être âgé de moins de 20 ans ;
- Être âgé de moins de 28 ans et :
 - Poursuivant des études dans un établissement ou organisme reconnu par l'Éducation nationale et le Ministère du travail et inscrit au régime étudiant de la Sécurité sociale ;
 - En apprentissage ;
 - Domicilié chez l'assuré et en recherche d'un premier emploi ;
 - Domicilié chez l'assuré et sous contrat à durée déterminée en vue de favoriser son accès à l'emploi (alternance, contrat d'adaptation ou de professionnalisation...);
- Quel que soit leur âge, les enfants titulaires, avant leur 21^{ème} anniversaire, de la carte d'invalidé civil ou des allocations pour personnes handicapées.

Dans tous les cas, la présentation régulière des pièces justificatives nécessaires (attestation sur l'honneur, photocopie de la carte d'étudiant, photocopie du contrat d'apprentissage, etc.) conditionne l'ouverture et le maintien des garanties.

Tiers

Personne physique ou morale non assurée par la présente adhésion au contrat d'assurance de groupe et qui est opposée au bénéficiaire.

Base de remboursement

Tarif fixé par le Régime obligatoire pour calculer le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Régime Obligatoire

Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

Tarif fixé par le Régime obligatoire pour calculer le remboursement des soins dispensés par l'ensemble des praticiens non conventionnés.

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 (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Ticket modérateur (TM)

Part de la Base de remboursement ou du Tarif d'Autorité laissée à la charge du Bénéficiaire après intervention du Régime Obligatoire.

Le CAS (CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS)

Le Contrat d'Accès aux Soins vise à modérer les dépassements d'honoraires. En contrepartie d'une participation de l'assurance maladie au financement d'une part de leurs cotisations sociales, les médecins signataires doivent s'engager sur une durée de 3 ans à ne pas augmenter leurs tarifs et à effectuer une partie de leurs consultations sans dépassements d'honoraires (médecin signataire CAS consultable sur le site : ameli-direct.ameli.fr).

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Hospitalisation

Le séjour du bénéficiaire en qualité de patient prescrit par un médecin 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

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Plafonds

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par bénéficiaire et/ou par an (année civile) selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties figurant à la convention d'assurance de groupe 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.

Le remboursement complémentaire s'applique quel que soit le pays dans lequel les dépenses sont intervenues dans les conditions suivantes :

- sous réserve qu'elles fassent l'objet d'une intervention du régime obligatoire français d'assurance maladie,
- à l'exclusion du régime spécifique réservé aux expatriés
- dans la limite de 500% de la base de remboursement par an et par bénéficiaire.

Lorsque des soins d'urgence ont été effectués à l'étranger, la participation intervient après prise en charge le cas échéant de toute prestation d'assistance due au titre d'un contrat d'assistance couvrant le voyage, en application des dispositions sur la pluralité d'assureur mentionnées à l'article 14.

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 droit qu'au ticket modérateur. Les délais d'attente sont précisés au bulletin d'adhésion.

Prescription

Conformément aux articles L 221-11 et L 221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant de la présente souscription est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant (adhérent), du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption : une citation en justice, y compris en référé, un commandement d'huissier ou la reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts, et par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur pour ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le souscripteur ou le bénéficiaire à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La prescription peut être interrompue en cas de recours à la Médiation, dans les conditions prévues par le Code civil .L'interruption fait naître un nouveau délai de deux ans.

TITRE II : BENEFICIAIRES

Article 2

Admission

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de la Mutuelle dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle doit être accompagné :

- de la copie de l'attestation vitale du demandeur et de l'ensemble des bénéficiaires couverts par le membre participant adhérent-
- du mandat de prélèvement sur compte bancaire ou postal dûment signée accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.
- le cas échéant, certificat de radiation de la Mutuelle précédente.
- du ou des RIB pour le versement des prestations et prélèvements de cotisation
- du justificatif de la qualité de prise en charge des bénéficiaires pour les enfants de plus de 20 ans et moins de 28 ans.

L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur ce même bulletin qui suit la réception, par IDENTITES-MUTUELLE ou le gestionnaire mandaté, du bulletin d'adhésion. L'adhésion prend fin au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année civile. La garantie prend fin pour les personnes à charge dès qu'elles ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1 des Dispositions Générales.

Le membre participant qui quitte la Mutuelle pour quelque cause que ce soit est tenu de restituer la ou (les) carte(s) d'adhérent en sa possession.

Article 3

Information des adhérents

A chaque adhérent, la Mutuelle remet un exemplaire des statuts, un exemplaire du règlement intérieur et du présent règlement mutualiste réservé au contrat groupe facultatif ainsi qu'une carte de tiers payant valant carte de membre de la Mutuelle.

En application de l'article L-221-6 du code de la mutualité, régissant les contrats groupe ouvert à adhésion facultative, dès lors que les modifications ont été portées à sa connaissance, le participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette information, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 4

Informatique et liberté

Les données personnelles que vous nous avez communiquées (par courrier, téléphone, messagerie électronique ou tout autre moyen) sont nécessaires et obligatoires pour les traitements informatiques liés à l'enregistrement et la gestion de votre contrat. Elles peuvent être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins de sollicitations commerciales.

Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ou la fraude.

Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels.

Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression des données vous concernant auprès de Identités Mutuelle, responsable du traitement, 24 boulevard de Courcelles, 75017 Paris, en accompagnant votre demande d'une pièce d'identité.

TITRE III : COTISATIONS

Article 5

Cotisations

Le montant de la cotisation est fixé soit par l'Assemblée générale, soit par le Conseil d'administration en application de la délégation reçue à ce titre.

Elle peut être variable selon le régime, la composition familiale, l'âge de chaque bénéficiaire et la région de domiciliation. Le changement d'âge s'applique au 1^{er} janvier de l'exercice, l'âge étant calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle payable chaque mois ou chaque semestre ou trimestre selon la catégorie à laquelle ils appartiennent et qui est affectée à la couverture des prestations.

Article 6

Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

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

Les travailleurs salariés en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour leur contrat santé. Pour cela ils doivent remplir les conditions prévues par la Loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « Loi Madelin ».

Article 7

Relance des impayés de cotisation

Les cotisations doivent être réglées au plus tard le 15 du mois ou le 15 du premier mois du trimestre en cours. A défaut de règlement dans ce délai, des lettres de relances sont adressées aux adhérents concernés par un impayé de cotisations.

Chaque relance fait apparaître l'intégralité des cotisations dues ainsi que, le cas échéant, les frais bancaires et de gestion administrative générés par ces impayés.

Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse, en pli recommandé avec accusé de réception, une lettre de rappel valant mise en demeure, l'avisant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de la lettre de mise en demeure, le défaut de paiement entraînera la résiliation du contrat. Il est alors mis fin à toutes les garanties.

Les frais occasionnés par la récupération des cotisations impayées sont réclamés aux adhérents.

-Paiement mensuel par prélèvement

S'agissant des cotisations réglées par prélèvement, dès lors qu'il y a rejet, le premier mois de cotisations impayées est reporté automatiquement sur le mois suivant.

En cas de non régularisation dans le mois qui suit le premier mois impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du mois impayé, jusqu'à régularisation.

Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

-Paiement trimestriel ou semestriel par prélèvement

En cas de non-régularisation dans le 2^{ème} mois du trimestre ou du semestre en cours impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du semestre ou du trimestre impayé, jusqu'à régularisation.

Les procédures de rappel et mise en demeure sont effectuées selon les modalités ci-dessus.

Article 8

Actualisation des cotisations

Le montant des cotisations peut être actualisé sur décision du Conseil, en exécution du mandat que lui a confié par l'Assemblée générale, en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation et des paramètres utilisés par la sécurité sociale et des résultats techniques des régimes. La modification est portée à la connaissance de l'Association.

TITRE IV : MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Article 9

Droit aux prestations

Le droit aux prestations prend effet dès la date d'effet de l'adhésion, tant pour les ouvrants droit que pour les ayants droit.

Article 10

Objet et montant

La garantie a pour objet de servir aux bénéficiaires des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

En principe, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste, ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le Régime Obligatoire.

Pour les prises en charge des garanties médecines douces, les praticiens concernés sont inscrits au tableau de l'ordre des médecins, des kinésithérapeutes, des podologues et titulaires des diplômes et certificats nécessaires à l'exercice de ces professions prévus par les textes en vigueur notamment l'article 75 de la loi du 4 mars 2002.

L'étendue et le montant des garanties sont définis à la convention d'assurance de groupe et sont fonction de l'option souscrite.

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.

Celles exprimées en euros correspondent au remboursement de **SANTÉ 16 TNS** (qu'il y ait ou non intervention du régime obligatoire). Lorsque le régime obligatoire intervient, le remboursement de celui-ci s'ajoute à celui de **SANTÉ 16 TNS**.

Les forfaits exprimés par an s'entendent par bénéficiaire et par année civile (à l'exception du forfait Optique), c'est-à-dire du 1^{er} janvier au 31 décembre.

Les remboursements sont toujours accordés dans la limite des frais réels (FR) engagés (sauf pour le forfait Maternité).

HONORAIRES

Consultations, visites généralistes et spécialistes, actes de radiologie, actes de spécialité, de chirurgie et actes techniques médicaux (y compris en soins externes) :

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin (y compris les consultations de médecins stomatologues) ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes).
- Les frais d'actes techniques médicaux,
- Les frais d'actes de radiologie et d'imagerie médicale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)¹.

La participation forfaitaire laissée à votre charge par le régime obligatoire (1 € depuis le 01.01.2007) n'est pas prise en charge par **SANTÉ 16 TNS**.

En cas de non-respect du parcours de soins, la majoration du ticket modérateur n'est pas pris en charge, ni les pénalités financières qui s'appliquent aux tarifs de consultation des spécialistes.

Auxiliaires médicaux

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et masseurs-kinésithérapeutes.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Analyses et examens de laboratoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais d'analyses, les frais consécutifs à des actes de prélèvements, les frais d'examens.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

PHARMACIE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de médicaments restant à votre charge après remboursement de la Sécurité sociale. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

À ce jour, la franchise de 0,50 €/boîte de médicaments n'est pas prise en charge par **SANTÉ 16 TNS**.

HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MÉDICALE, AMBULATOIRE ET MATERNITÉ

Honoraires médicaux et chirurgicaux

Est pris en charge au titre de cette garantie le remboursement des frais médicaux relatifs à une hospitalisation, à une intervention chirurgicale ou en cas d'hospitalisation à domicile.

Cette garantie est exprimée selon votre niveau de garantie, en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou en fonction des frais réellement engagés.

Le niveau de garantie varie selon que le médecin est adhérent ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS)¹ prévu par la Convention Nationale Médicale.

¹ CAS : Les contrats d'accès aux soins, à destination des médecins conventionnés, ont pour objectif de modérer les honoraires afin de favoriser l'accès aux soins des patients et réduire leur reste à charge. Si le médecin n'est pas adhérent au CAS, la prise en charge est minorée et plafonnée.

Forfait Ambulatoire

Depuis 2005, la Sécurité Sociale a autorisé les établissements hospitaliers à facturer un « forfait ambulatoire ». Celui-ci correspond à la mise à disposition d'un espace dédié et aménagé comprenant une collation.

Frais de séjour

En cas d'hospitalisation, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjour restant à votre charge après un remboursement de la Sécurité sociale.

Forfait journalier

Cette garantie rembourse le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation. Le montant de ce forfait est règlementé, et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé, y compris le jour de sortie.

Chambre particulière

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de chambre particulière pour des séjours en médecine, chirurgie et maternité, dans la limite du montant exprimé par jour dans votre tableau de garantie.

Sont toujours exclus de cette garantie les frais de chambre particulière relatifs :

- À un séjour en soins de suite, de réadaptation, de rééducation et assimilés ;
- À un séjour en psychiatrie.

Frais d'accompagnement enfant de moins de 16 ans

En cas d'hospitalisation d'un assuré de moins de 16 ans, cette garantie prévoit le versement d'un montant exprimé par jour prenant en charge le cas échéant les frais de repas et de lit l'accompagnant ayant également la qualité d'adhérent, dans la limite de trente jours par année d'adhésion et par bénéficiaire.

La participation forfaitaire de 18 €

Le forfait de 18 € appliqué sur les actes médicaux d'un montant > ou égal à 120 € réalisés à l'hôpital ou en ville, est pris en charge intégralement.

Transport

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par votre médecin et ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

OPTIQUE

Équipement optique (monture + 2 verres) TOUS LES 2 ANS

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'équipement d'optique médicale remboursés par la Sécurité sociale dans la limite d'un plafond comme indiqué au sein de votre tableau de garanties en fonction du niveau souscrit, du niveau de correction de l'assuré et de la complexité des verres (voir Grille Optique ci-dessous).

GRILLE OPTIQUE

Un équipement (monture + 2 verres) tous les 2 ans, sauf pour les mineurs (moins de 18 ans) et en cas d'évolution de la vue.

La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de souscription du contrat.

Les forfaits optique incluent le ticket modérateur.

MONTURE	Max. 150 € intégré dans le forfait
VERRE SIMPLE	Verre simple foyer dont sphère est [- 6 et + 6] et cylindre < ou = + 4,00
VERRE COMPLEXE	Verre simple foyer dont sphère est]-6 à + 6 [ou cylindre > + 4,00 et verre multifocal ou progressif

Lentilles prescrites acceptées, refusées, jetables

Sont pris en charge dans la limite des garanties exprimées par année d'adhésion et par bénéficiaire prévu au sein de votre tableau de garanties les frais liés à l'achat de lentilles correctrices (acceptées ou refusées par la Sécurité sociale).

Chirurgie réfractive

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé par année d'adhésion, par bénéficiaire et par œil, les frais de chirurgie réfractive toutes corrections.

DENTAIRE

Soins dentaires et parodontologie

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- Les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien-dentiste,
- Les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits « conservateurs » et les soins chirurgicaux.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Ils sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Inlays Onlay

Sont pris en charge au titre de cette garantie les soins d'inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Prothèses dentaires prises en charge par le régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de prothèses dentaires qui ont fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Implantologie

En ce qui concerne l'implantologie, il n'est versé qu'un seul forfait par bénéficiaire par an et le contrat ne prévoit qu'un seul remboursement forfaitaire.

Orthodontie prise en charge par le régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais d'orthodontie qui ont fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale. En orthodontie, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. **SANTÉ 16 TNS** intervient pour le supplément, de 125 % à 500 % (selon le niveau souscrit).

Plafond dentaire

Les garanties Prothèses dentaires et Orthodontie prises en charge par la Sécurité sociale seront limitées à 125 % de la base de remboursement dès que le montant cumulé des remboursements effectués au titre de ces garanties par année d'adhésion et pour un bénéficiaire dépasse le montant du plafond indiqué dans votre tableau des garanties en fonction de votre niveau de garantie.

Autres frais dentaires non remboursés par le régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais dentaires non remboursés par la Sécurité sociale suivants :

- Prothèses dentaires
- Orthodontie
- Implantologie
- Parodontologie.

Cette garantie est plafonnée par année d'adhésion et par bénéficiaire.

APPAREILLAGE – PROTHÈSES

Pour l'achat d'un fauteuil roulant et pour le grand appareillage, la Sécurité sociale rembourse à 100 % BR. **SANTÉ 16 TNS** intervient pour le supplément.

CURES THERMALES PRISES EN CHARGE PAR LE RO

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein de votre tableau de garanties, les frais de cure thermale remboursée par la Sécurité sociale.

MÉDECINE DOUCE

Sont pris en charge, tel qu'exprimés dans votre tableau de garanties, les frais non remboursés par la Sécurité sociale des consultations de médecine naturelle : diététicien, ostéopathe, étio-pathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur.

Ces frais sont pris en charge dans la limite d'un plafond exprimé par séance et d'un nombre maximum de séance par année d'adhésion et par bénéficiaire en fonction de votre niveau de garanties.

Pour les prises en charge des garanties médecine douce, les praticiens concernés sont inscrits au tableau de l'ordre des médecins et titulaire des diplômes et certificats nécessaires à l'exercice de ces professions prévus par les textes en vigueur notamment l'article 75 de la loi du 4 mars 2002.

MÉDICAMENTS, VACCINS, CONTRACEPTION ET SEVRAGE TABAGIQUE

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé par année d'adhésion et par bénéficiaire, les frais suivants :

- Médicaments prescrits non pris en charge par la Sécurité sociale
- Vaccins et traitements antipaludéens prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale
- Les frais de contraception non pris en charge par la Sécurité sociale

- Le sevrage tabagique : gommes, patchs et traitements, prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale.

SOINS INOPINÉS À L'ÉTRANGER PRIS EN CHARGE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Sont pris en charge au titre de cette garantie vos frais médicaux chirurgicaux et /ou d'hospitalisation lors d'un séjour temporaire dans le monde entier dès lors que ces frais donnent lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale française. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et exclut tout autre remboursement d'Identités Mutuelle. Les remboursements sont effectués en France et en euros.

MATERNITÉ – PRIME

Cette garantie prévoit le versement d'un forfait à la naissance d'un enfant d'un assuré dans les 3 mois suivant la naissance. Si vous et votre conjoint êtes tous les deux assurés, le forfait ne pourra être versé qu'une seule fois.

LISTE OFFICIELLE DES ACTIONS DE PRÉVENTION

Les actes de prévention définis par le ministère de la santé et pris en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire sont également pris en charge par votre contrat, il s'agit de :

- Détartrage annuel,
- Scelllements de sillons 1^{ère} et seconde molaire (moins de 14 ans),
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (enfant de moins de 14 ans),
- Dépistage de l'hépatite B,
- Dépistage des troubles de l'audition (une fois tous les 5 ans pour les plus de 50 ans),
- Ostéodensitométrie (une fois tous les 6 ans pour les femmes de plus de 50 ans),
- Vaccins :
 - DTPolio,
 - Coqueluche, hépatite B (moins de 14 ans),
 - BCG (moins de 6 ans),
 - Rubéole (adolescentes non vaccinées et femmes qui veulent un enfant),
 - Vaccin contre la méningite (*Haemophilus influenzae*),
 - Vaccin contre les infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois).

Article 12

Changement d'option

Tout changement d'option ne peut intervenir qu'au 1er janvier de chaque année sous réserve que l'adhérent informe la mutuelle de ce nouveau choix un mois avant la nouvelle échéance.

Article 13

Païement des sommes assurées

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- le décompte original des remboursements effectués par le Régime Obligatoire, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par cet organisme,
- éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme,

Selon la nature des soins, des documents complémentaires pourront être demandés.

(cf Liste des pièces justificative par prestation en annexe.)

Les prestations sont servies directement au membre adhérent pour l'ensemble des ayants droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne.

Le paiement peut être effectué par un autre organisme, avec lequel IDENTITES-MUTUELLE a conclu une convention de gestion pour une partie des membres adhérents.

Le 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 paiement est effectué une fois par mois au minimum.

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.

En cas de pluralité d'assurance contractée par l'adhérent ou le membre participant auprès d'un ou de plusieurs organismes complémentaires, l'intervention de la Mutuelle s'effectue à due concurrence des frais pouvant rester à charge après remboursement par un autre régime complémentaire santé.

TITRE V : RELATIONS AVEC LES CAISSES PRIMAIRES D'ASSURANCE MALADIE, OU D'AUTRES SOCIETES MUTUALISTES

Article 15

Tiers payant NOEMIE

Lorsqu'un établissement ou un professionnel de santé en accepte le principe, La Mutuelle lui paye directement le montant des frais qui auraient dû être remboursés à l'adhérent après avoir engagé la dépense.

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de sécurité sociale pour effectuer le remboursement des prestations, la Mutuelle paye directement l'adhérent et pourra demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle.

Article 16

Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Dans le cas où la Mutuelle aurait obtenu d'une caisse ou de tout autre organisme, gérant la part Sécurité sociale obligatoire de la couverture santé, un agrément de délégation de paiement ou un agrément permettant d'agir en qualité de correspondant mutualiste, la Mutuelle est subrogée de plein droit à ses adhérents pour l'encaissement des prestations du Régime Obligatoire.

Article 17

Radiation

19-1 Le décès, la démission, la radiation ainsi que l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées.

La démission d'un membre adhérent pourra être enregistrée à l'échéance annuelle du contrat, -à la condition que la demande intervienne au moins deux mois avant la fin de l'année civile par LETTRE RECOMMANDEE avec accusé de réception, adressée au siège de la Mutuelle.

Les adhérents souhaitant se radier pour adhérer à la mutuelle imposée par leur employeur, devront fournir une attestation précisant les garanties couvertes et le caractère obligatoire de l'adhésion. La radiation sera effective au dernier jour du mois suivant la réception de l'attestation et les cotisations seront dues jusqu'à cette date

19-2 Le participant radié ou exclu qui désire être réintégré dans son ancienne qualité de membre adresse à cet effet une demande écrite au Président de la Mutuelle. Le Président en saisit le Conseil d'Administration aux fins de décision, après avoir recueilli l'avis du Bureau.

Aucune demande de réintégration n'est recevable avant l'expiration d'un délai minimum d'un an, partant du jour de la radiation.

Si la demande est acceptée, l'intéressé ne bénéficie des prestations qu'après avoir effectué à nouveau les stages prévus par les statuts.

Article 18

Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Régulation, 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09

Article 19

Réclamations Médiation

En cas de différend dans la mise en œuvre du contrat, l'Adhérent, peut se rapprocher de son interlocuteur habituel. Toute réclamation peut également être adressée au service Qualité de la Mutuelle, 24 boulevard de Courcelles, 75017 Paris. La Mutuelle s'engage à en accuser réception dans les 10 jours, en précisant le délai de traitement qui ne pourra excéder deux mois.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend vous opposant à la Mutuelle, vous adresser par courrier à : Monsieur Le Médiateur de la Mutuelle Française FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris cedex 15 ou par mail à : mediation@mutualite.fr.

ANNEXE I - COMMENT VOUS FAIRE REMBOURSER ?

La Télétransmission (ou Noémie)

Dans ce cas vous n'avez rien à faire, c'est le professionnel de santé qui envoie directement les informations concernant vos frais de santé à votre Caisse de Sécurité sociale, qui à son tour, les transmet à votre Mutuelle.

Dans ce cas, votre décompte de Sécurité sociale mentionne un message du type : « Un double de ce décompte est transmis à votre organisme complémentaire ». Cela confirme que vous bénéficiez bien de ce dispositif, et que vous n'avez pas à transmettre vos décomptes.

Nous vous conseillons de conserver vos décomptes.

Si des pièces complémentaires sont nécessaires, votre Service Gestionnaire prendra contact avec vous et vous indiquera quels éléments vous devrez fournir.

Vous ne bénéficiez pas de la Télétransmission Noémie

Si votre décompte ne mentionne pas les informations évoquées ci-dessus, c'est que vous ne bénéficiez pas de Noémie. Dans ce cas, il convient de transmettre à Identités Mutuelle à l'adresse ci-dessous :

- L'Attestation de votre Caisse de Sécurité sociale afin de mettre en place Noémie.
- Dans le cadre de remboursements, vos décomptes originaux de Sécurité sociale (accompagnés des pièces justificatives listées dans le tableau descriptif à l'Annexe IV page 22) ;

Pour tous les frais qui ne sont pas indemnisés par la Sécurité sociale (ostéopathe, participation à une activité sportive, etc.), vous devez transmettre l'original de la facture

- par courrier à : Service Gestion Identités Mutuelle
24 Boulevard de Courcelles
75017 Paris

Le Tiers Payant

Dans ce cas, il vous suffit de présenter votre carte de Tiers payants aux professionnels de santé (en pharmacie, en laboratoire, chez les cabinets de radiologie, chez le médecin et les auxiliaires paramédicaux) qui vous dispensent de faire l'avance des frais.

Attention, si on vous facture, que cela soit le ticket modérateur ou des dépassements d'honoraires, il convient de transmettre à votre Mutuelle les factures acquittées.

Pour les frais d'hospitalisation, optiques, dentaires et d'audio prothèses, le professionnel de santé doit demander au préalable une prise en charge (voir ci-dessous).

Cette demande doit être faite directement auprès de Viamédis au 0825 075 065 ou sur le site www.viamedis.net.

Les prises en charge en hospitalisation

Vous pouvez être dispensé de l'avance de vos frais d'hospitalisation dans les limites des prestations prévues à votre contrat (donc éventuellement la chambre particulière, le forfait journalier, le jour de sortie selon votre contrat)

Pour cela, il convient que l'établissement hospitalier où vous serez hospitalisé prenne contact directement avec Viamédis.

Si vous n'avez pas pu anticiper cette hospitalisation, vous pouvez le jour de votre admission dans l'établissement demander à son "bureau des entrées" qu'il contacte Viamédis.

Si l'établissement n'a pas pu transmettre une demande de prise en charge, vous pouvez contacter votre gestionnaire.

Dans ce cas, il convient alors de lui communiquer :

- Le Nom, prénom, date de naissance et numéro de sécurité sociale de la personne hospitalisée,
- Le numéro FINESS ou le nom et adresse de l'établissement hospitalier,
- La date d'entrée et la nature de l'hospitalisation (chirurgicale, médicale, maternité, accouchement).

Vous pouvez également demander lors de votre admission au bureau des entrées de l'établissement qu'ils contactent directement Viamédis.

ANNEXE II - PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR VOS REMBOURSEMENTS

Seuls les soins indiqués dans le tableau de garanties peuvent être remboursés.

Cette liste ci-dessous est communiquée à titre indicatif. Identités Mutuelle se réserve le droit, le cas échéant de demander des justificatifs complémentaires.

D'une manière générale, nous vous invitons ainsi que vos ayants droit à demander des devis dès lors que vous envisagez d'engager des frais importants. Votre gestionnaire vous indiquera de manière personnalisée le montant éventuel restant à votre charge, en fonction de vos droits précis.

Identités 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.

Nature des Frais	Pièces Justificatives
MÉDECINE COURANTE	
<ul style="list-style-type: none"> • Consultation, visite généraliste • Consultation, visite spécialiste • Analyse et examen de laboratoire • Radiologie, actes de spécialité, de chirurgie, actes techniques médicales • Auxiliaire médical • Transport 	<p>Conseil : <i>présentez votre carte de tiers payant à votre professionnel de santé, afin de ne pas faire l'avance des frais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si vous réglez la totalité des frais, il convient que la feuille de soins soit transmise à votre Caisse de Sécurité sociale. <p>Après quoi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit vous serez remboursé via la Noémie, ➤ Soit si vous ne bénéficiez pas de la Noémie, il conviendra de nous transmettre : <ul style="list-style-type: none"> • votre décompte original de la sécurité sociale, • une attestation de droit à jour datant de moins de 6 mois afin de mettre en place la télétransmission. ➤ Si vous réglez juste le ticket modérateur (tiers payant partiel), la facture originale détaillée et acquittée, accompagnée du décompte de la sécurité sociale ➤ Si vous réglez des dépassements d'honoraires, la facture originale détaillée et acquittée
PHARMACIE 1/2	
<ul style="list-style-type: none"> • Médicaments et préparations magistrales remboursés par la Sécurité sociale 	<p>Conseil : <i>présentez votre carte de tiers payant à votre pharmacien, afin de ne pas faire l'avance des frais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si vous réglez la totalité des frais, il convient que la feuille de soins soit transmise à votre Caisse de Sécurité sociale. <p>Après quoi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit vous serez remboursé via la Noémie, ➤ Soit si vous ne bénéficiez pas de la Noémie, il conviendra de nous transmettre : <ul style="list-style-type: none"> • votre décompte original de la sécurité sociale, • une attestation de droit à jour datant de moins de 6 mois afin de mettre en place la télétransmission. ➤ Si vous réglez juste le ticket modérateur (tiers payant partiel), la facture originale détaillée et acquittée

Nature des Frais	Pièces Justificatives
PHARMACIE 2/2	
<ul style="list-style-type: none"> Soins non pris en charge par la Sécurité sociale (automédication, vaccins, oligo éléments, phytothérapie, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée, indiquant le nom de chaque produit et précisant le cas échéant, s'il est Hors Nomenclature (HN) ➤ Si votre garantie prévoit les médicaments, vaccins... « prescrits, mais non remboursés par la sécurité sociale », nous faire parvenir la copie de la prescription. ✓ Remarque : les tickets de caisse qui ne reprennent pas le détail des produits et non nominatifs ne sont pas acceptés. <p>Définition de l'automédication : médicament ayant reçu une autorisation de mise sur le marché et qui est conseillé à ce titre par un pharmacien.</p>
HOSPITALISATION	
<ul style="list-style-type: none"> Frais de séjour (Groupe Homogène Séjour : GHS) Chambre particulière Forfait Journalier Participation Forfaitaire 	<p>Conseil : demandez une <i>Prise en Charge</i> avant votre hospitalisation, afin de ne pas faire l'avance des frais.</p> <p>Cette demande peut être faite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit directement par votre établissement hospitalier vers Viamedis, ➤ Soit si votre établissement n'a pas fait cette demande, par vous-même. Dans ce cas, il convient de nous communiquer : <ul style="list-style-type: none"> • Le nom et le prénom de la personne hospitalisée • La date d'entrée • Le nom et l'adresse de l'établissement (ou son N° de FINESS) • La nature de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie, etc. ...) ➤ Si vous réglez les soins, les factures doivent être détaillées et acquittées. <ul style="list-style-type: none"> • Pour les <u>hospitalisations en clinique</u> : facture originale détaillée et acquittée (bordereau S3404) accompagnée de la facture des honoraires Si l'établissement privé ne délivre pas de bordereau S3404 : joindre le décompte de votre caisse + la facture des honoraires. • Pour les <u>hospitalisations à l'hôpital</u> : avis des sommes à payer avec la mention acquittée ou accompagnée de l'attestation de paiement originale
<ul style="list-style-type: none"> Dépassement d'honoraires 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Avant d'entamer des soins : <ul style="list-style-type: none"> • Demandez à votre praticien un devis détaillé (indiquant les codes CCAM) et transmettez-le nous. Nous vous indiquerons alors le montant éventuel restant à votre charge. • Demandez lui, s'il est signataire du Contrat d'Accès aux Soins (CAS). ➤ Facture originale détaillée et acquittée (bordereau S3404)
<ul style="list-style-type: none"> Frais accompagnant 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée, accompagnée du bulletin d'hospitalisation
<ul style="list-style-type: none"> Frais de séjour non conventionné 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée, accompagnée du décompte de la Sécurité sociale

Nature des Frais	Pièces Justificatives
MATERNITÉ	
<ul style="list-style-type: none"> ● Maternité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un extrait d'acte de naissance ou une photocopie du « livret de famille », en nous précisant si l'enfant doit être rattaché ou non ➤ Cet envoi doit respecter les délais contractuels (précisés dans les CG ou les CP)
<ul style="list-style-type: none"> ● Adoption 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Une copie du jugement « d'adoption simple ou plénière »
OPTIQUE	
<ul style="list-style-type: none"> ● Verres ● Monture ● Lentilles remboursées par la Sécurité sociale 	<p>Conseil : présentez votre carte de tiers payant à votre opticien, afin de ne pas faire l'avance des frais. Il prendra contact directement avec Viamedis pour connaître le niveau de garantie</p> <p>Afin de faire baisser les coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vous pouvez faire jouer la concurrence en consultant plusieurs opticiens. ➤ Si vous réglez les frais, il convient que la feuille de soins soit transmise à votre Caisse de Sécurité sociale. <p>Après quoi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit vous serez remboursé via la Noémie, ➤ Soit, si vous ne bénéficiez pas de la Noémie, il conviendra de nous transmettre : <ul style="list-style-type: none"> ● Votre décompte original de la sécurité sociale, ● Le cas échéant, votre gestionnaire peut également vous demander la facture acquittée détaillée correspondante, ● Une attestation de droit à jour datant de moins de 6 mois afin de mettre en place la télétransmission. ➤ Si vous êtes adulte vous n'avez droit qu'à un équipement tous les 2 ans. Mais en cas de changement de correction dûment établi, vous pouvez bénéficier d'une indemnisation par an. Dans ce cas, il convient de nous adresser en plus des éléments évoqués ci-dessus les 2 prescriptions de l'ophtalmologiste (celle avant et celle après le changement de correction).
<ul style="list-style-type: none"> ● Lentilles non remboursées par la Sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée accompagnée de la prescription de l'ophtalmologiste
<ul style="list-style-type: none"> ● Chirurgie Réfractive 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée

DENTAIRE 1/2

<ul style="list-style-type: none"> • Soins remboursés par la Sécurité sociale (soins dentaires, chirurgie, parodontologie, Inlay onlay, endodontie) 	<p>Conseil : présentez votre carte de tiers payant à votre professionnel de santé, afin de ne pas faire l'avance des frais</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si vous réglez la totalité des frais, il convient que la feuille de soins soit transmise à votre Caisse de Sécurité sociale. <p>Après quoi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit vous serez remboursé via la Noémie ➤ Soit si vous ne bénéficiez pas de la Noémie, il conviendra de nous transmettre <ul style="list-style-type: none"> • Votre décompte original de la sécurité sociale, • Le cas échéant, votre gestionnaire peut également vous demander la facture détaillée acquittée correspondante. • Une attestation de droit à jour datant de moins de 6 mois afin mettre en place la <ul style="list-style-type: none"> • télétransmission. ➤ Si vous réglez juste le ticket modérateur (tiers payant partiel), la facture originale détaillée et acquittée ➤ Si vous réglez des dépassements d'honoraires, la facture originale détaillée et acquittée
--	--

DENTAIRE 2/2

<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale (couronne, Inlay-Core, Inlay-Core Clavette) • Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale 	<p>Conseil : demandez à votre dentiste qu'il fasse une demande de Prise en Charge, afin de ne pas faire l'avance des frais.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Avant d'entamer des soins demandez à votre dentiste un devis (CCAM) et transmettez-le nous. Nous vous indiquerons alors le montant éventuel restant à votre charge. ➤ Si vous réglez les frais, il convient que la feuille de soins soit transmise à votre Caisse de Sécurité sociale. <p>Après quoi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit vous serez remboursé via la Noémie ➤ Soit, si vous ne bénéficiez pas de la Noémie, il conviendra de nous transmettre <ul style="list-style-type: none"> • Votre décompte original de la sécurité sociale, • Le cas échéant, votre gestionnaire peut également vous demander la facture acquittée détaillée correspondante (précisant la date et le numéro du semestre pour l'orthodontie) • Une attestation de droit à jour datant de moins de 6 mois afin de mettre en place la télétransmission. ➤ Si vous effectuez vos soins dans un hôpital en dotation globale, joindre l'avis des sommes à payer + attestation de paiement + le devis correspondant à la facture.
<ul style="list-style-type: none"> • Soins et prothèses dentaire non remboursées par la Sécurité sociale (orthodontie, parodontologie, implantologie) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée

Nature des Frais	Pièces Justificatives
------------------	-----------------------

AUTRES PROTHÈSES (hors dentaires & lunettes)

<ul style="list-style-type: none"> Prothèse médicale (MAD) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit ces prothèses sont facturées dans le cadre d'une hospitalisation, et c'est la même procédure que celle évoquée plus haut. ➤ Soit ces prothèses sont vendues en pharmacie ou par un fournisseur de matériel médical, et c'est la procédure juste ci-dessous qui s'applique.
<ul style="list-style-type: none"> Gros ou grand appareillage Petit appareillage (PA ou DVO), pansements (PAN), accessoires, orthopédie 	<p>Conseil : <i>présentez votre carte de tiers payant à votre pharmacien ou au fournisseur, afin de ne pas faire l'avance des frais</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Si vous réglez la totalité des frais, il convient que la feuille de soins soit transmise à votre Caisse de Sécurité sociale. <p>Après quoi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit vous serez remboursé via la Noémie ➤ Soit si vous ne bénéficiez pas de la Noémie, il conviendra de nous transmettre <ul style="list-style-type: none"> • Votre décompte original de la sécurité sociale, • Le cas échéant, votre gestionnaire peut également vous demander la facture acquittée détaillée correspondante notamment pour le grand appareillage, en cas de dépassements d'honoraires important • Une attestation de droit à jour datant de moins de 6 mois afin de mettre en place la télétransmission ➤ Si vous réglez juste le ticket modérateur (tiers payant partiel), la facture originale détaillée et acquittée
<ul style="list-style-type: none"> Prothèse auditive 	<p>Conseil : <i>présentez votre carte de tiers payant à votre prothésiste, afin de ne pas faire l'avance des frais. Il prendra contact directement avec Viamedis pour connaître le niveau de garantie</i></p> <p>Afin de faire baisser les coûts :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vous pouvez faire jouer la concurrence en consultant plusieurs prothésistes. ➤ Si vous réglez les frais, il convient que la feuille de soins soit transmise à votre Caisse de Sécurité sociale. <p>Après quoi,</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Soit vous serez remboursé via la Noémie, ➤ Soit, si vous ne bénéficiez pas de la Noémie, il conviendra de nous transmettre : <ul style="list-style-type: none"> • Votre décompte original de la sécurité sociale, • Le cas échéant, votre gestionnaire peut également vous demander la facture acquittée détaillée correspondante • Une attestation de droit à jour datant de moins de 6 mois afin de mettre en place la télétransmission.

CURE THERMALE

<ul style="list-style-type: none"> Soins 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Décompte de la Sécurité sociale ➤ Attestation de cure (facture acquittée des soins de cure)
<ul style="list-style-type: none"> Transport (voyage) Hébergement 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture d'hébergement originale détaillée et acquittée ➤ Attestation de cure précisant les coordonnées du propriétaire et la date du séjour ➤ Justificatifs liés au transport

Nature des Frais	Pièces Justificatives
PARTICIPATION ACTIVITÉ SPORTIVE	
<ul style="list-style-type: none"> Frais d'abonnement à un club sportif 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée avec la date et les références du club de sport concerné et le montant de l'abonnement <p>Attention : c'est la date de facturation qui est prise en compte</p>
PRÉVENTION	
<ul style="list-style-type: none"> Diététicien, ostéopathe, étiopathe, homéopathe, acupuncteur, chiropracteur Médicaments vaccins, contraception et sevrage tabagique Actes de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Facture originale détaillée et acquittée, mentionnant le n° d'activité du professionnel et la nature du produit ➤ Joindre la prescription médicale si votre garantie prévoit les médicaments vaccins ou actes prescrits non remboursés.
ALLOCATION OBSÈQUES	
<ul style="list-style-type: none"> Allocation obsèques 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acte de décès ➤ Facture détaillée des pompes funèbres mentionnant le nom de la personne ayant acquitté les frais ➤ RIB de la personne ayant acquitté les frais ➤ certificat d'hérédité ➤ Porte-fort officiel

ANNEXE III - PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR VOS MODIFICATIONS ADMINISTRATIVES

- Si votre situation personnelle ou un de vos ayants droit évolue, il convient d'informer Identités Mutuelle.
- Cette liste est communiquée à titre indicatif. Identités Mutuelle se réserve le droit, le cas échéant de demander des justificatifs complémentaires.

Nature des Frais	Pièces Justificatives
DOMICILIATION	
<ul style="list-style-type: none"> • Changement d'adresse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Demande écrite par Bulletin Individuel de Modification
<ul style="list-style-type: none"> • Changement de Caisse Primaire d'Assurance Maladie 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si vous changez d'adresse, vous changez peut-être également de Caisse Sécurité sociale ➤ Copie de l'attestation qui accompagne la carte Vitale <i>Vous pouvez l'obtenir sur le site ameli.fr, ou en faisant votre demande à votre Caisse de rattachement.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Changement de coordonnée bancaire 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si vous changez de banque n'oubliez pas de faire parvenir à Identités Mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> - Mandat SEPA (pour le prélèvement de vos cotisations) - RIB (pour le paiement de vos prestations)
SITUATION PERSONNELLE	
<ul style="list-style-type: none"> • Changement de situation maritale (mariage, concubinage, Pacs, divorce) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie du Livret de famille ou justificatif de vie commune (quittance de loyer, facture EDF, notamment) <i>Vous pouvez obtenir la copie de votre Livret de famille auprès de votre Mairie</i>
POUR VOS ENFANTS	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de plus de 18 ans possédant son propre N° de Sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de l'attestation qui accompagne la carte Vitale <i>Vous pouvez l'obtenir sur le site ameli.fr, ou en faisant votre demande à la Caisse de rattachement de votre enfant</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant de plus de 18 ans poursuivant sa scolarité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Certificat de scolarité <i>Vous pouvez l'obtenir auprès de l'établissement scolaire</i> ➤ ou copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation <i>Vous pouvez l'obtenir auprès de l'employeur de votre enfant</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Enfant invalide ou handicapé 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Carte d'invalidité <i>Vous pouvez demander ce document auprès de la MDPH. Vous déposerez votre dossier complété à la <u>MDPH</u> (Maison Départementale des Personnes Handicapées)</i>

Nature des Frais	Pièces Justificatives
Pour vos enfants (suite)	
<ul style="list-style-type: none"> • Naissance 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de l'attestation Vitale sur laquelle est rattaché votre enfant <i>Vous pouvez l'obtenir sur le site ameli.fr, ou en faisant votre demande à votre Caisse de rattachement</i> ➤ Acte de naissance <i>Vous pouvez l'obtenir ce document auprès de la Mairie du lieu de naissance</i>
Sécurité sociale et télétransmission (Noémie)	
<ul style="list-style-type: none"> • Changement de numéro de Sécurité sociale 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Copie de l'attestation qui accompagne la carte Vitale <i>Vous pouvez l'obtenir sur le site ameli.fr, ou en faisant votre demande à votre Caisse de rattachement.</i>
Décès	
<ul style="list-style-type: none"> • Décès 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acte de décès <i>Vous pouvez obtenir ce document auprès de la Mairie de la personne décédée</i>
Portabilité	
<ul style="list-style-type: none"> • Demande du maintien des garanties au titre de la portabilité 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Notification du Pôle Emploi précisant la période de carence puis mensuellement l'avis de paiement ou de situation <i>Vous pouvez obtenir ces documents auprès du Pôle Emploi</i>