



Mutualia Santé

Mutualia
Grand Ouest

SOMMAIRE

P.03 CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

P.03 ■ ARTICLE 1 : OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

P.03 CHAPITRE II : CONDITIONS D'ADHÉSION AU RÉGIME « FRAIS DE SOINS »

P.03 ■ ARTICLE 2 : ADHÉRENTS ET AYANTS DROIT

P.03 ■ ARTICLE 3 : MODALITÉS D'ADHÉSION

P.03 ■ ARTICLE 4 : CHOIX DES GARANTIES

P.03 ■ ARTICLE 5 : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX SOUSCRIPTIONS RÉALISÉES « À DISTANCE » OU « HORS ÉTABLISSEMENT »

P.04 CHAPITRE III : DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

P.04 ■ ARTICLE 6 : DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

P.04 ■ ARTICLE 7 : DATE D'EFFET DES GARANTIES

P.04 CHAPITRE IV : MODIFICATION DE SITUATION PERSONNELLE

P.04 ■ ARTICLE 8 : MODIFICATION DE SITUATION FAMILIALE OU SOCIALE

P.04 ■ ARTICLE 9 : DÉCÈS

P.04 CHAPITRE V : CONDITIONS DE RÉSILIATION, DE RADIATION, DE DÉCHÉANCE ET D'EXCLUSION

P.04 ■ ARTICLE 10 : RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

P.05 ■ ARTICLE 11 : RADIATION POUR NON PAIEMENT DES COTISATIONS

P.05 ■ ARTICLE 12 : DÉCHÉANCE ET EXCLUSION

P.05 CHAPITRE VI : COTISATIONS ET PRESTATIONS

P.05 ■ ARTICLE 13 : COTISATIONS

P.05 ■ ARTICLE 14 : RISQUES COUVERTS

P.05 ■ ARTICLE 15 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET PLURALITÉS D'ORGANISMES ASSUREURS

P.05 ■ ARTICLE 16 : MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

P.05 ■ ARTICLE 17 : INTERDICTIONS DE PRISE EN CHARGE. LIMITATIONS DE GARANTIES.

P.08 ■ ARTICLE 18 : RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

P.08 CHAPITRE VII : DISPOSITIONS DIVERSES

P.08 ■ ARTICLE 19 : PRESCRIPTION

P.08 ■ ARTICLE 20 : SUBROGATION

P.08 ■ ARTICLE 21 : MODALITÉS D'INFORMATION DES ADHÉRENTS

P.08 ■ ARTICLE 22 : TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS DES BÉNÉFICIAIRES

P.09 ■ ARTICLE 23 : MÉDIATION DES LITIGES DE LA CONSOMMATION

P.09 ■ ARTICLE 24 : CONTRÔLE MÉDICAL

P.09 ■ ARTICLE 25 : EXPERTISE MÉDICALE

P.09 ■ ARTICLE 26 : LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

P.09 ■ ARTICLE 27 : CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

P.10 TABLEAUX DE GARANTIES

P.13 GLOSSAIRE

RÈGLEMENT MUTUALISTE MUTUALIA SANTÉ

CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

■ ARTICLE 1 - OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement mutualiste détermine les conditions dans lesquelles La Mutuelle assure des garanties « frais de soins » au profit de ses bénéficiaires.

Ceux-ci comprennent les adhérents individuels (ou Membres Participants) et leurs ayants droit.

Le règlement définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre et La Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations, dans le cadre des opérations individuelles.

Il est constitué des dispositions communes à l'ensemble des garanties individuelles assurées par la Mutuelle et du tableau présentant l'étendue des prestations pour chaque garantie.

Il a été adopté et peut être modifié par l'Assemblée Générale de La Mutuelle sur proposition de son Conseil d'Administration, dans les conditions définies par le Code de la Mutualité et les statuts de La Mutuelle.

Une délégation de pouvoir, qui doit être votée chaque année, peut être donnée au Conseil d'Administration pour déterminer le montant ou le taux de cotisations.

Le présent règlement respecte la réglementation en vigueur au jour de sa réalisation.

Toute modification du règlement est portée à la connaissance des adhérents.

Toute modification des garanties est opposable à l'adhérent dès sa notification.

Le champ géographique de La Mutuelle est déterminé par ses statuts.

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

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reste identique au taux pratiqué en France. Les prestations de La Mutuelle s'effectuent uniquement dans les cas et sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française.

L'adhésion à l'une des garanties « frais de soins » du présent règlement permet de bénéficier d'une garantie « assistance ».

Une garantie assistance est incluse dans les garanties complémentaires santé. L'Adhérent se voit remettre à l'adhésion une notice d'information précisant le contenu de la garantie assistance et ses conditions d'application.

CHAPITRE II CONDITIONS D'ADHÉSION AU RÉGIME FRAIS DE SOINS

■ ARTICLE 2 - ADHÉRENTS ET AYANTS DROIT

Les adhérents individuels et leurs ayants droit sont définis par les statuts de La Mutuelle.

Le rattachement de l'ayant droit est concrétisé par la signature du même bulletin d'adhésion ou par signalement écrit de changement de situation.

■ ARTICLE 3 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Il n'existe pas de limite d'âge à l'adhésion à l'assurance complémentaire santé. L'âge pris en compte pour la tarification fondée notamment sur des tranches d'âge, est l'âge au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion, soit l'année de prise d'effet du contrat. Passée la première année d'adhésion, l'âge de référence pour le calcul des cotisations est déterminé au 1^{er} janvier de l'année civile reconduite.

Avant la signature du contrat, le futur Membre Participant se voit remettre : un bulletin d'adhésion, les statuts et règlement(s) de La Mutuelle décrivant les droits et obligations réciproques des parties. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le(s) règlement(s).

L'adhésion à La Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion et prend effet après acceptation par La Mutuelle.

L'adhérent s'engage à fournir avec exactitude et précision toutes les informations nécessaires à la mise en œuvre de la garantie à laquelle il souscrit.

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

L'adhésion est matérialisée par la délivrance d'une carte d'adhérent.

■ ARTICLE 4 - CHOIX DES GARANTIES

• **Choix initial de la formule de base, du Renfort et du Forfait Bien-être et Prévention - Gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant**

A la souscription, le choix de la formule de base, du Renfort et du Forfait Bien-être et Prévention est libre pour l'adhérent et les ayants droit qui ne sont pas des enfants (ex : conjoint / assimilé). La formule de base et le Renfort des enfants doivent être identiques à ceux d'un des parents.

Toutefois, la gratuité de la cotisation du 3^{ème} enfant et des suivants ne porte que sur l'ensemble « formule de base - Renfort » et n'est possible que si tous les enfants (au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26^{ème} anniversaire) sont sous le même contrat comprenant la même formule de base, le même Renfort que l'un des parents. Dans tous les cas, la cotisation du Forfait Bien-être et Prévention souscrit au bénéfice de l'un des enfants est due.

* Cumuls de garanties et incompatibilités

Les formules de base, les Renforts et les Forfaits Bien-être et Prévention peuvent s'additionner.

Cependant certaines combinaisons sont impossibles, voir article 17 D., mais aussi :

- **Formule Santé Hospi + Forfait Bien-être et Prévention**
- **Formule Santé Hospi + Renfort**
- **Formule Santé 400 + Renfort**
- **Formule Santé 100 + Renfort Douceur ou Renfort Intense**

- **Formule Santé 125, Santé 150 ou Santé 200 + Renfort Léger**
- **Forfait Bien-être et Prévention sans formule de base**
- **Renfort sans formule de base**
- **Forfait Bien-être et Prévention + Renfort sans formule de base**

• **Changement de formule de base**

En cas de changement postérieur à l'adhésion, la formule de base et le Renfort des enfants doivent toujours être identiques à ceux d'un des parents.

Les changements de formule de base en cours d'année doivent parvenir par écrit à La Mutuelle et sont possibles sous réserve des conditions suivantes :

* **A la hausse**

- Le changement n'est pas autorisé en cours d'année.
- Il peut intervenir au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.
- Tout autre changement est autorisé sous réserve de rester au moins une année calendaire dans la nouvelle formule avant tout autre changement.

* **A la baisse**

- Le changement n'est pas autorisé en cours d'année.
- Il peut intervenir au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande sous réserve d'un préavis de 2 mois.

Exception : Toutefois, le changement est autorisé en cours d'année à titre dérogatoire s'il est justifié par des circonstances économiques ; il fait alors l'objet d'une décision expresse de La Mutuelle. Il prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Toute diminution des garanties s'effectue sur les formules de base par palier, étant précisé qu'un changement de niveau ne peut concerner exclusivement qu'un niveau immédiatement inférieur sauf dérogation accordée par La Mutuelle.

Dans les deux cas, la poursuite de la gratuité de la cotisation du 3^{ème} enfant n'est possible que si les conditions prévues à l'article 4, a, 2nd alinéa sont respectées.

• **Souscription, modification ou résiliation des Renforts et Forfaits Bien-être et Prévention**

* **Souscription :**

- La souscription n'est pas autorisée en cours d'année.
- Elle peut intervenir au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

* **Modification :**

- Le changement à la hausse ou à la baisse n'est pas autorisé en cours d'année.
- Elle peut intervenir au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

* **Résiliation :**

- La résiliation n'est pas autorisée en cours d'année.
- Elle intervient au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

Dans tous les cas :

- La formule de base et le Renfort des enfants doivent toujours être identiques à ceux d'un des parents.
- La poursuite de la gratuité de la cotisation du 3^{ème} enfant n'est possible que si les conditions prévues à l'article 4, a, 2nd alinéa sont respectées.

■ ARTICLE 5 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX SOUSCRIPTIONS RÉALISÉES « À DISTANCE » OU « HORS ÉTABLISSEMENT »

Il est rappelé que le présent contrat est régi par la loi française (y compris en ce qui concerne la juridiction compétente en cas de litige) et notamment le Code de la Mutualité et que la langue française est l'unique langue de communication de La Mutuelle.

Aucun coût supplémentaire spécifique à l'utilisation

d'une technique de commercialisation à distance n'est perçu par La Mutuelle. L'Adhérent conserve la charge de ses frais de communication, variable selon son opérateur.

• Vente à distance

Lorsque l'adhésion au contrat mutualiste a été proposée en dehors de la présence physique des deux parties, dans le cadre d'une commercialisation utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (internet, vente par correspondance, démarchage par téléphone) le Membre Participant bénéficie des dispositions protectrices définies, à l'article L221-18 du Code de la Mutualité.

La Mutuelle communique au Membre Participant, par écrit ou sur un autre support durable, auquel ce dernier a accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles et les informations précontractuelles mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité et notamment : la dénomination de La Mutuelle, ses coordonnées, le montant total de la cotisation et les modalités de paiement de celle-ci, la durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci, la loi applicable aux relations contractuelles, l'existence d'un droit de renonciation.

Le Membre Participant peut à tout moment demander à recevoir les conditions contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable.

En outre, le Membre Participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

• Vente « hors établissement »

Dans le cadre d'une vente hors établissement (démarchage au domicile du Membre Participant, à sa résidence, à son lieu de travail ou dans tout autre lieu non destiné à la commercialisation de nos garanties), conformément à l'article L221-18-1 du Code de la Mutualité, le Membre Participant reçoit en temps utile et avant tout engagement de sa part, les informations précontractuelles mentionnées à l'article L. 221-16 du Code de la Consommation ainsi que les conditions contractuelles de l'adhésion. Ces informations et conditions lui sont fournies sur papier ou, sous réserve de son accord, sur un autre support durable.

La Mutuelle ne peut recevoir aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du souscripteur avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat.

La survenance du sinistre mettant en jeu la garantie du contrat durant le délai de renonciation de quatorze jours, rend impossible l'exercice du droit de renonciation et l'intégralité de la cotisation reste dû.

* Droit de renonciation :

Le Membre Participant ayant adhéré au contrat dans le cadre d'une vente à distance ou d'une vente « hors établissement » dispose d'un droit de renonciation à l'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni supporter de pénalités, qu'il adresse au siège de la Mutuelle.

Il doit exercer ce droit par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de 14 jours calendaires à compter, soit de la date de prise d'effet de l'adhésion, soit du jour où il reçoit les informations précontractuelles et les conditions contractuelles si celles-ci lui ont été fournies postérieurement à la date d'adhésion. Il est rappelé que la charge de la preuve de l'envoi de la renonciation pèse sur le Membre Participant (article 1353 du Code civil). Un modèle, ayant un caractère facultatif, est fourni ci-après.

Dans le cadre de la vente « hors établissement » le Membre Participant a le droit de renoncer à son adhésion. Il doit l'exercer dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet du contrat précisé aux conditions particulières.

En cas de souscription à distance ou hors établissement, la prise d'effet de l'adhésion au contrat est retardée jusqu'à l'expiration des délais de renonciation ci-dessous, sauf si le Membre Participant demande à La

Mutuelle à bénéficier d'une prise d'effet antérieure à leur expiration. Est prise en compte à cette fin la date d'effet indiquée lors de l'adhésion.

Pour les adhésions renouvelables par tacite reconduction, ce droit de renonciation ne s'applique qu'au contrat initial.

* Conséquence du droit à renonciation :

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

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

* Modèle de lettre de renonciation :

Madame, Monsieur,
Je soussigné(e) (nom - prénoms)..... déclare renoncer à mon adhésion au règlement mutualiste Mutualia Santé garanti par Mutualia conclu à distance, dans le cadre d'un démarchage (préciser les modalités de souscription).
Mon adhésion prendra fin à la date de réception, par votre organisme, de la présente lettre de renonciation.
J'ai bien noté que Mutualia me remboursera la cotisation afférente à la période pendant laquelle j'étais couvert(e) dans un délai maximum de 30 jours à compter de cette date, déduction faite, le cas échéant, du montant des prestations versées.
Si ce dernier montant est supérieur au montant remboursé par la Mutuelle, je m'engage à reverser le différentiel.
En vous en remerciant par avance je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

CHAPITRE III DATE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

■ ARTICLE 6 - DATE D'EFFET, DURÉE ET RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée au même bulletin.

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

■ ARTICLE 7 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion. Toutefois, la date d'effet de l'ouverture des droits à prestations est reportée par application d'un délai d'attente de 3 mois pour les prestations suivantes : les prothèses dentaires et l'appareillage auditif non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le délai d'attente est supprimé si l'adhérent ou l'ayant droit bénéficiait d'une couverture complémentaire santé pendant une période de 6 mois précédant la prise d'effet des garanties du présent règlement.

CHAPITRE IV MODIFICATION DE SITUATION PERSONNELLE

■ ARTICLE 8 - MODIFICATION DE SITUATION FAMILIALE OU SOCIALE

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

■ ARTICLE 9 - DÉCÈS

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

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

CHAPITRE V CONDITIONS DE RÉSILIATION, DE RADIATION, DE DÉCHÉANCE ET D'EXCLUSION

Les Membres Participants quittant La Mutuelle pour quelque cause que ce soit doivent retourner à La Mutuelle leur carte mutualiste et celle(s) de leur(s) ayant(s) droit. Les bénéficiaires affiliés au Régime Obligatoire agricole doivent impérativement mettre à jour leur Carte Vitale de façon à mettre à jour leurs droits à la complémentaire santé.

Le contrat est résilié de plein droit par le décès.

La garantie cesse à la résiliation de l'adhésion. La cessation des garanties, quel qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la perte immédiate des prestations pour le membre participant et ses ayants droits éventuels.

■ ARTICLE 10 - RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

La résiliation à l'initiative du Membre Participant est appelée **démission**. Elle peut intervenir à l'échéance annuelle ou à titre exceptionnel.

• Résiliation annuelle

L'Adhérent a dans tous les cas jusqu'au 31 octobre pour résilier son contrat Mutualia Santé par lettre recommandée.

La Loi Châtel n°2005-67 du 28 janvier 2005 s'applique aux contrats individuels. La Mutuelle s'oblige à informer ses Membres Participants quant aux délais de résiliation des contrats à tacite reconduction.

Considérant que l'échéance annuelle est fixée au 31 décembre de chaque année, dans le cas où La Mutuelle délivre une information sur le droit à résiliation à l'échéance annuelle :

- Au plus tard le 15 octobre de chaque année : l'assuré a jusqu'au 31 octobre pour résilier son contrat.
- Après le 15 octobre de chaque année : l'assuré a

20 jours après la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle (le cachet de la poste faisant foi) pour résilier son contrat.

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

• Résiliation exceptionnelle

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

- Être bénéficiaire de la CMU-C (complémentaire), sous réserve de fournir une attestation à La Mutuelle.
- Être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif, sous réserve de fournir une attestation à La Mutuelle.
- En cas de survenance d'un changement de domicile, de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, ou en cas de changement de profession, sous réserve cependant que la modification de situation ait entraîné une modification de l'objet de la garantie pour La Mutuelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs associés.

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

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

■ ARTICLE 11 - RADIATION POUR NON PAIEMENT DES COTISATIONS

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

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

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

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation des garanties 10 jours après l'expiration de 30 jours de suspension des garanties.

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

■ ARTICLE 12 - DÉCHÉANCE ET EXCLUSION

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

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

• Fausse déclaration intentionnelles

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par La Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration changent l'objet du risque ou en diminuent l'opinion pour La Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque. En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, La Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. 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.

CHAPITRE VI COTISATIONS ET PRESTATIONS

■ ARTICLE 13 - COTISATIONS

• Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations des Membres Participants sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée Générale, sous réserve de la faculté de délégation au Conseil d'Administration prévue aux statuts.

Les cotisations peuvent être modifiées en cours d'année par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation à cet effet.

Les cotisations respectent les principes mutualistes de l'article L.110-2 du Code de la Mutualité. Elles ne peuvent être modulées que dans les conditions définies par cet article.

Tout changement de situation sur le fondement des critères précédemment définis peut entraîner une modification de la cotisation correspondante.

• Exonération des cotisations

La cotisation est gratuite pour le 3^{ème} enfant et les suivants sur l'ensemble « formule de base - Renfort » si tous les enfants (au plus tard jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26^{ème} anniversaire) sont sous le même contrat comprenant la même formule de base et le même Renfort que l'un des parents.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux Membres Participants.

• Appel des cotisations

Les cotisations sont appelées via un bordereau de cotisation annuel, semestriel ou trimestriel. Le paiement des cotisations se fait à terme à échoir, par prélèvement automatique sur compte bancaire mensuellement ou par chèque, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

■ ARTICLE 14 - RISQUES COUVERTS

• Définition des garanties

Les garanties du présent règlement mutualiste sont responsables et solidaires (sans sélection médicale, ni questionnaire de santé) et ont pour objet, de rembourser, dans la limite des dépenses engagées, au Membre Participant et à ses ayants droit tout ou partie des dépenses de santé restant à leur charge, pendant la période de garantie, après remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature.

Sous réserve des limitations et exceptions mentionnées au règlement, les garanties prennent en charge l'intégralité du ticket modérateur, y compris le ticket modérateur forfaitaire appliqué aux actes coûteux, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Par exception, seule la formule « Santé Hospi » ne répond pas aux critères du contrat responsable du fait de l'absence de prise en charge de certaines prestations.

Le descriptif détaillé des garanties frais de santé et des garanties accessoires est annexé au présent règlement.

Les garanties proposées sont composées :

- De six formules de base (« Santé Hospi », « Santé 100 », « Santé 125 », « Santé 150 », « Santé 200 », « Santé 400 ») au sein desquelles une garantie d'assistance « Mutualia Assistance » est incluse.

Les services et leurs conditions d'application de « Mutualia assistance » sont décrits dans une notice d'information spécifique.

- Des Renforts optionnels « Renfort Léger », « Douceur » et « Intense » destinés à renforcer certaines prestations des formules de base.
- De Forfaits Bien-Être et Prévention optionnels « 1 », « 2 » et « 3 », destinés à rembourser des prestations supplémentaires.

■ ARTICLE 15 - PRINCIPE INDEMNITAIRE. PLURALITÉ D'ORGANISMES ASSUREURS

• Principe indemnitaire :

Les opérations relatives au remboursement des frais de soins ont un caractère indemnitaire. Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge par la CMU en application de l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité et de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989.

• Pluralité d'organismes assureurs :

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 bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix. (Article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990).

■ ARTICLE 16 - MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

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

- Soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.
- Soit sur des bases forfaitaires. En cas de dépenses de soins donnant lieu à une prise en charge par le Régime Obligatoire, le ticket modérateur est inclus dans le forfait.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement du Régime Obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement du Régime Obligatoire en vigueur à la date d'ouverture du droit aux prestations.

Le niveau des prestations pourrait, le cas échéant, être renforcé dans le cadre des conventions conclues avec des opticiens lunetiers, audioprothésistes et chirurgiens dentistes.

La Mutuelle délivrera à ses adhérents une information claire et complète tant sur les caractéristiques des réseaux de soins qu'elle a mis en place que sur l'impact de ceux-ci sur ses garanties.

• Modalités de modification des garanties

Les présentes prestations offertes par La Mutuelle sont arrêtées par l'Assemblée Générale.

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'Assemblée Générale de La Mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci à l'Adhérent.

■ ARTICLE 17 - INTERDICTIONS DE PRISE EN CHARGE. LIMITATIONS DE GARANTIES

• Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun

remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe.

• Actes antérieurs à l'adhésion

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

• Interdictions et limitations de prise en charge résultant de la réglementation des contrats responsables

* Interdiction de prise en charge

Les garanties du présent règlement respectent les dispositions applicables aux contrats dits responsables telles qu'elles résultent des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

Par conséquent nos garanties ne prennent pas en charge :

- La participation forfaitaire et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- La majoration de participation laissée à la charge de l'Adhérent par le Régime Obligatoire en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés en application de l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

* Limitations de prise en charge

- Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale médicale sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant au moins égal à 20% du tarif de responsabilité.
- Les frais exposés par le bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel (2 verres et 1 monture) sont pris en charge à hauteur des minima et dans la limite des maxima, incluant le montant du ticket modérateur, fixés par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014.

• Frais de gestion

Conformément à l'article L. 871-1, 1^{er} alinéa du Code de la Sécurité sociale, La Mutuelle communique annuellement à l'Adhérent le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties du présent règlement, en pourcentage des cotisations afférents à ce risque soit sous la forme d'un en pourcentage des cotisations, soit sous la forme de primes.

A. Prestations en optique : modalités particulières, limitations

• Modalités

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.

Le montant des forfaits, qui respectent les « planchers » et les « plafonds » définis par le décret du 18 novembre 2014 relatif aux contrats « responsables », varie en fonction de la nature des verres de la manière suivante :

* Lunettes « Verres simples » :

- Équipement comportant :

Deux verres simple foyer sphère comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Et une monture.

* Lunettes « Verres mixtes » :

- Équipement comportant :

Verre 1 : Un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verre 2 : Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Et une monture.

- Équipement comportant :

Verre 1 : un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.

Verre 2 : un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Et une monture.

* Lunettes « Verres complexes » :

- Équipement comportant :

Deux verres simple foyer dont la sphère est hors zone à -6,00 ou +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou deux verres multifocaux ou progressifs.

Et une monture.

- Équipement comportant :

Verre 1 : un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif.

Verre 2 : un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Et une monture.

- Équipement comportant :

Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou à deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

Et une monture.

Le droit au forfait est subordonné à un remboursement préalable par le Régime Obligatoire.

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

Le bénéficiaire qui a épuisé son forfait ne pourra plus bénéficier du remboursement du ticket modérateur avant l'expiration de la période biennale d'utilisation.

La période d'utilisation de chacun des forfaits lunettes débute à la date d'acquisition des lunettes et s'achève deux ans après. Cette période est fixe.

Le bénéficiaire peut effectuer des demandes de remboursement de l'équipement en deux temps, d'une part la monture, d'autre part les verres au cours de la période d'utilisation du forfait auquel il a droit, jusqu'à l'épuisement de son montant.

Le forfait non utilisé ou le reliquat non utilisé du forfait ne peuvent faire l'objet d'un report sur la période biennale suivante.

• Cas de changement de garantie

Si l'Adhérent change de garantie au cours de la période d'utilisation du forfait, le forfait auquel il a droit est celui dont il bénéficie au moment de l'acquisition de l'équipement.

Le bénéficiaire qui a utilisé partiellement le forfait pour s'équiper d'une paire de lunettes avant la date de changement de garantie devra attendre l'expiration de la période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement pour bénéficier d'une prise en charge

d'une nouvelle paire de lunettes. Aucun report du reliquat du premier forfait n'est accepté.

• Exception

En cas de demandes de remboursement en deux temps, d'abord les verres puis la monture

- Si le bénéficiaire a entamé son forfait lunettes pour l'achat d'un équipement (verre ou monture), la date de fin de sa période de deux ans reste inchangée et il bénéficiera du montant du forfait nouvellement souscrit à compter de sa date d'effet, minoré de sa précédente consommation dans la période de deux ans en cours, que le changement de garantie soit à la hausse ou à la baisse.

• Exceptions à la durée biennale de la période d'utilisation des forfaits

Les mineurs de 18 ans et les majeurs en cas de renouvellement d'équipement optique justifié par l'évolution de la vue peuvent bénéficier d'un forfait optique une fois par an.

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.

Dans le cadre des renouvellements annuels des lunettes le reliquat du forfait non-consommé ne peut pas faire l'objet de report.

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

Les reliquats des forfaits non-consommés utilisés dans ce cadre ne peuvent pas faire l'objet d'un report.

Renouvellement à l'identique au cours de la période d'utilisation du forfait en raison des lunettes cassées, reconnues hors d'usage, irréparables ou inadaptées à l'état du patient. La Mutuelle ne prend pas en charge les dépenses liées au remplacement à l'identique de l'équipement optique à renouveler.

Monture : quelle que soit la garantie souscrite, la prise en charge par les forfaits « lunettes » est limitée à maximum 150 euros par monture.

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.

La période d'utilisation du forfait est d'un an. Aucun report sur l'année suivante n'est possible.

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. Le forfait ou le reliquat du forfait non utilisé ne peuvent pas être reportés à l'année suivante.

B. Hospitalisation : modalités particulières

Frais de séjour

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

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur relatif aux frais de séjour dans un établissement de santé privé non-conventionné sur la base du tarif

d'autorité appliqué à ce type d'établissement.

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

Forfait journalier hospitalier (FJH) mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (cf. Glossaire)

La Mutuelle rembourse intégralement et sans limitation de durée le montant du FJH facturé par les établissements de santé publics et les établissements de santé privés conventionnés ou non par le Régime Obligatoire régis par le Code de la Santé publique.

Les établissements concernés sont :

1. Les établissements des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie.

2. Les établissements des soins de suite ou de réadaptation (SSR) dispensant des soins continus dans un but de réinsertion : établissements de cure, établissements de rééducation fonctionnelle, établissements de convalescence.

3. Les établissements visés à l'article L. 174-5 du Code de la Sécurité sociale (unités et centres de soins de longue durée).

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

La Mutuelle rembourse le montant du FJH des établissements de santé non conventionnés sur la base du même tarif, fixé par arrêté ministériel, que celui appliqué au secteur conventionné.

La Mutuelle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux, pour ceux qui le facturent, visés à l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale et des Familles (Maisons d'accueil spécialisées, Foyers d'accueil médicalisés, Appartements de coordination thérapeutique, Instituts médico-éducatifs...etc.).

Par exception, dans le cadre de la formule Santé Hospi, la durée de prise en charge est illimitée sauf pour les séjours en psychiatrie, placements à vie, cures, centres post cure pour malade alcoolique, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoolologie, maisons de régime, convalescences, moyens séjours, sanatoriums et en établissements non conventionnés sont pris en charge dans une limite de 60 jours par année civile et par bénéficiaire. La limite est portée à 120 jours par année civile et par bénéficiaire en centre de rééducation, déduction faite des 60 jours si cumul de 2 types d'hospitalisations. Prise en charge sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes, dans la limite des frais engagés.

Chambre particulière avec hébergement

En fonction des garanties souscrites, La Mutuelle verse à l'Adhérent un montant forfaitaire par journée d'hébergement.

La prise en charge est illimitée pour les séjours en établissements de santé publics et privés conventionnés en hospitalisation de courte durée.

Limitations

En ce qui concerne les établissements de soins de suite et de réadaptation (SRR), les établissements psychiatriques, les unités et centres de soins de longue durée visés à l'art. L. 174-5 du Code de la Sécurité sociale et tous les établissements de santé non-conventionnés, la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.

La prise en charge est limitée à 120 jours pour les établissements SSR spécialisés en rééducation physique, déduction faite des 60 premiers jours du séjour.

Quelle que soit la catégorie d'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

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

La chambre particulière doit répondre à de réels critères de confort et d'intimité. La Mutuelle se réserve le droit de vérifier auprès de l'établissement si ces critères sont suffisamment respectés.

Chambre particulière sans hébergement

La Mutuelle ne prend pas en charge les frais d'une chambre particulière sans hébergement.

Dans le cadre de nos garanties, les Adhérents qui en bénéficient peuvent utiliser le forfait confort à l'hôpital pour financer la chambre particulière sans hébergement.

Le forfait accompagnement de l'enfant de -18 ans et le forfait confort à l'hôpital sont versés sur présentation des justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes dans la limite de 60 jours par an.

C. Prestations dentaires : modalités particulières

Toutes nos garanties couvrent l'intégralité de la participation de l'Adhérent aux tarifs de prise en charge par le Régime Obligatoire des prestations dentaires.

Lorsque la garantie le prévoit, La Mutuelle verse aux bénéficiaires un forfait annuel qui permet de financer, dans la limite des dépenses réelles, les traitements d'orthodontie, d'implantologie, de parodontologie, de prophylaxie bucco-dentaire ainsi que les prothèses dentaires et les soins non pris en charge par le Régime Obligatoire.

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

Plafond annuel

La part de remboursement complémentaire des prothèses dentaires prises en charge par le Régime Obligatoire dans le cadre des formules Santé 200 et Santé 400 est plafonnée les trois premières années d'adhésion à la formule (voir tableau en page 10).

Au-delà du plafond annuel, la prise en charge est limitée au montant du ticket modérateur.

Tout changement de formule vers une formule Santé 200 ou Santé 400 entraîne une réinitialisation de cette durée d'adhésion.

• **Contraception** : Pilule, patch, implant prescrits par un médecin ou une sage-femme. Le forfait ne comprend pas la prise en charge des préservatifs.

D. Renforts « Léger », « Douceur » et « Intense »

L'Adhérent peut souscrire librement à l'un des renforts proposés par La Mutuelle. La souscription au renfort lui permet d'améliorer le remboursement des dépenses en matière d'optique, de soins dentaires et d'appareillage.

Seules les garanties Santé 100, 125, 150 et 200 ouvrent droit à la souscription d'un renfort.

Les Adhérents à la garantie Santé 100 peuvent souscrire uniquement au « Renfort Léger ».

Les Adhérents à la garantie Santé 125, 150 et 200 peuvent souscrire uniquement au « Renfort Douceur » ou « Renfort Intense ».

Renforts optiques

Les renforts optiques « Douceur » et « Intense » complètent les forfaits « Lunettes » de base.

La souscription à un renfort est facultative mais l'Adhérent ne peut pas choisir le renfort inclus dans une garantie autre que celle à laquelle il a souscrit.

Les conditions de versement et la période d'utilisation

des renforts optiques sont les mêmes que pour les forfaits « Lunettes ».

Les garanties de notre règlement étant conformes à la réglementation relative aux contrats responsables, les montants cumulés des forfaits lunettes avec le renfort « Douceur » ou « Intense » correspondant ne dépassent pas les plafonds définis par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif aux contrats responsables.

Garantie Santé 100 :

Renfort Léger : La Mutuelle verse, pour l'acquisition de l'équipement, un montant de :

Verres simples + monture : +50€

(dont monture : max. 15€).

Verres mixtes + monture : +125€

(dont monture : max. 15€).

Verres complexes + monture : +200€

(dont monture : max. 15€).

Garantie Santé 125, Santé 150 et Santé 200 :

Renfort « Douceur » : La Mutuelle verse 50 euros en plus du forfait lunettes pour l'acquisition de tout type d'équipement (dont monture : max. 15€).

Renfort « Intense » : La Mutuelle verse 100 euros en plus du forfait lunettes pour l'acquisition de tout type d'équipement (dont monture : max. 30€).

Renforts dentaires

Ces renforts complètent le remboursement de certaines prestations dentaires prises en charge ou non par le Régime Obligatoire.

Les renforts sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement du Régime Obligatoire ou de manière forfaitaire.

Les renforts « Léger » et « Douceur »

• Comprennent la prise en charge à hauteur de 50% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie des prothèses et des traitements d'orthodontie pris en charge par le Régime Obligatoire.

• Versent un montant de 50 euros par an en remboursement des soins, prothèses, implants non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le renfort « Intense »

• Comprend la prise en charge à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie des prothèses et des traitements d'orthodontie pris en charge par le Régime Obligatoire.

• Verse un montant de 100 euros par an en remboursement des soins, prothèses, implants non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le versement des renforts dentaires s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses.

Renforts appareillage

Les renforts « Léger » et « Douceur » : pour chaque acquisition La Mutuelle verse un montant correspondant à 50% de la base de remboursement (BR) du Régime Obligatoire.

Le Renfort « Intense » : pour chaque acquisition La Mutuelle verse un montant correspondant à 100% de la base de remboursement (BR) du Régime Obligatoire.

Audioprothèses : l'adhérent bénéficie en outre d'un forfait annuel de 50 euros au titre des renforts « Léger » et « Douceur » et de 100 euros au titre du renfort « Intense ».

E. Forfaits Bien-Être et Prévention

Les forfaits Bien-Être et Prévention permettent le remboursement de prestations sur une base forfaitaire annuelle globale.

Conditions d'utilisation

En règle générale nos forfaits remboursent les prestations et équipements non pris en charge par le Régime Obligatoire.

L'Adhérent peut choisir librement un Forfait Bien-Être et Prévention parmi les trois options proposées.

La souscription au forfait est facultative. Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

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

L'Adhérent doit, préalablement au versement du forfait, présenter à La Mutuelle les justificatifs de dépenses.

- **Contraception** : pilule, patch, implant prescrits par un médecin ou une sage-femme.

Le forfait ne comprend pas la prise en charge des préservatifs.

- **Médicaments, spécialités homéopathiques** : la pharmacie et l'homéopathie prescrites et non remboursées par le Régime Obligatoire prennent en charge : l'homéopathie, les antihistaminiques, les veinotoniques, les médicaments contre les troubles du sommeil, les médicaments contre les troubles de la ménopause (traitement hormonal substitutif).

- **Traitement préventif du paludisme** : le forfait prend en charge les dépenses de médicaments et de spécialités pharmaceutiques sur prescription médicale.

- **Appareillage** : le forfait prend en charge l'appareillage inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le Régime Obligatoire, prescrit par un médecin.

- **Médecine douces** : Ostéopathie/ Etiopathie, Chiropractie, consultation de Diététicien, Nutritionniste, consultation de Psychologue libéral, Pédicure-Podologue, Psychomotricien.

La Mutuelle se réserve le droit de subordonner le versement du forfait à la présentation par l'Adhérent d'une attestation d'inscription du praticien au répertoire ADELI.

- **Acupuncteurs** : La Mutuelle se réserve le droit de subordonner le versement du forfait à la communication par l'Adhérent de copie d'un document justifiant de la qualité de médecin, de sage-femme ou de chirurgien dentiste de l'acupuncteur.

- **Vaccins** : le forfait prend en charge les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire et prescrits ou non par un médecin.

- **Sevrage tabagique** : La Mutuelle prend en charge les substituts nicotiques (patch, gommes...) délivrés sur prescription médicale.

- **Prothèses capillaires suite à une radio ou une chimiothérapie** : avec ou sans prescription médicale, sur présentation des justificatifs.

- **Frais d'accompagnement du bénéficiaire de plus de 60 ans à l'hôpital** : sur présentation des justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes.

- **Frais de déplacements et d'hébergement en cure thermique** : sur prescription médicale, frais non pris en charge par le Régime Obligatoire prescrit ou non par un médecin.

- **Basse vision** : sert à financer l'achat du matériel permettant d'améliorer les capacités visuelles des personnes mal voyantes : télé-agrandisseurs, loupes électroniques, loupes à main, loupes éclairantes, etc., avec ou sans prescription médicale. Non remboursées par le Régime Obligatoire.

- **Fournitures incontinences** : avec ou sans prescription médicale, non remboursées par le Régime Obligatoire.

■ ARTICLE 18 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, les Membres Participants doivent être à jour de leurs cotisations. Dans le cas où les membres participants et le cas échéant, leurs ayants droit assurés s'adressent à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

Le règlement des prestations qui ne sont pas servies directement aux professionnels de santé suivant les accords de tiers-payant s'effectue par virement, soit sur présentation des pièces justificatives, soit en relation directe avec le Régime Obligatoire par le biais de la Mutuelle.

Prestations	Décompte du Régime Obligatoire	Facture acquittée
Frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie PEC RO	✓	✓
Frais d'appareillage	-	✓
Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale	-	facture détaillée de l'établissement hospitalier ✓
Dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier...) et les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé	-	facture détaillée de l'établissement ✓
Cures thermales	✓	la facture acquittée de l'établissement de cure ✓

- Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :

- Toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé.

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

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

Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

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

Les prestations sont payables en France exclusivement et en euros.

CHAPITRE VII DISPOSITIONS DIVERSES

■ ARTICLE 19 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Membre Participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre La Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Membre Participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par La Mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent à La Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

■ ARTICLE 20 - SUBROGATION

Le Membre Participant victime d'un accident avec tiers en cause doit le signaler à La Mutuelle. 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'indemnisé 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.

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

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

■ ARTICLE 21 - MODALITÉS D'INFORMATION DES ADHÉRENTS

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

■ ARTICLE 22 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS DES BÉNÉFICIAIRES

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

Le souscripteur ou l'adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant directement à :

Mutualia Grand Ouest
6, rue Anita Conti - CS 82320
56008 VANNES CEDEX

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

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

■ ARTICLE 23 - MÉDIATION DES LITIGES DE LA CONSOMMATION

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

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

- Que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de Mutualia dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 22 ci-avant du présent règlement et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation.
- Que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre.
- Que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.

Le médiateur proposé dans ce cadre est MEDICYS. Il peut être joint par :

- Voie électronique : www.medicys.fr.
- Ou par voie postale : MEDICYS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 – Paris.

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

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

ARTICLE 24 – CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien dentiste ou tout autre professionnel de santé afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ou à des bonnes pratiques de soins.

Le contrôle s'effectue sur les pièces justificatives fournies par l'Adhérent et peut, le cas échéant donner lieu à une expertise médicale. En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ou se soumettre à l'expertise médicale, La Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de soins concernées.

■ ARTICLE 25 – EXPERTISE MÉDICALE

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

■ ARTICLE 26 - LOI « INFORMATIQUE ET LIBERTÉS »

Les informations recueillies relatives aux données personnelles font l'objet d'un traitement informatique nécessaire à la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat. Les destinataires des données sont La Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, l'entreprise, les Membres Participants,

ainsi que leurs ayants-droit bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui les concernent.

Ce droit peut être exercé par courrier, à l'adresse suivante : **Mutualia Grand Ouest - 6, rue Anita Conti - CS 82320 - 56008 VANNES CEDEX**

Ils sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de La Mutuelle ou de ses partenaires, sauf opposition de leur part, pour des produits et services analogues.

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

■ ARTICLE 27 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

L'autorité chargée du contrôle de La Mutuelle est l'autorité mentionnée à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité ; il s'agit à ce jour de :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),

61 rue Taitbout

75 436 PARIS CEDEX 09, France.

■ RENVOIS DU TABLEAU DES GARANTIES 2018 (PAGE 10)

Sauf précision contraire, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué.

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

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

Les forfaits lunettes incluent la prise en charge du ticket modérateur. Les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire.

(1) Dans la limite prévue par les dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées.

(2) La durée de prise en charge est illimitée sauf dans le cadre de la formule Santé Hospi où pour les séjours en psychiatrie, placements à vie, cures, centres post cure pour malade alcoolique, centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie, maisons de régime, convalescences, moyens séjours, sanatoriums et en établissements non conventionnés sont pris en charge dans une limite de 60 jours par année civile et par bénéficiaire. La limite est portée à 120 jours par année civile et par bénéficiaire en centre de rééducation, déduction faite des 60 jours si cumul de 2 types d'hospitalisations. Prise en charge sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes, dans la limite des frais engagés.

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

(4) Durée illimitée. Les établissements de soins de suite et de réadaptation (SRR), les établissements

psychiatriques, les unités et centres de soins de longue durée visés à l'art. L. 174-5 du Code de la sécurité sociale et tous les établissements de santé non-conventionnés, la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge est limitée à 120 jours pour les établissements SSR spécialisés en rééducation physique, déduction faite des 60 premiers jours du séjour. Quelle que soit la catégorie d'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

(5) Limité à 60 jours par an.

(6) Conditions et modalités d'utilisation de la garantie précisées dans le règlement mutualiste.

(7) Remboursement de la part complémentaire limité à un plafond par an et par bénéficiaire uniquement sur la formule de base. Soit pour la formule S200 : année 1 : 700€ - année 2 : 850€ - année 3 : 1000€ ; Pour la formule S400 : année 1 : 900€ - année 2 : 1100€ - année 3 : 1300€. Plafonds supprimés à partir de la 4^{ème} année. Au-delà du plafond annuel, la prise en charge est limitée au montant du ticket modérateur. Plus d'informations dans le règlement mutualiste.

(8) Les renforts optionnels ne peuvent venir qu'en complément du remboursement de la garantie de base concernant les soins, prothèses et implants non pris en charge par le Régime Obligatoire.

(9) Forfait annuel global à utiliser librement sur les consultations de médecine douce et autres prestations.

RO : Régime Obligatoire

TM : Ticket modérateur

Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins

Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

BR : Base de Remboursement

HAM : Hors Alsace Moselle

AM : Alsace Moselle

Plafonds dentaires

Nombre d'année d'adhésion à la formule	Plafond de remboursement par an et par bénéficiaire sur la formule de base	
	Santé 200	Santé 400
Première Année civile	700 €	900 €
Deuxième Année civile	850 €	1 100 €
Troisième Année civile	1 000 €	1 300 €
Quatrième Année civile et suivantes	Absence de plafond	Absence de plafond

GARANTIES



	RO	RESPONSABLE			
		Santé HOSPI	Santé 100	SANTÉ 100+ RENFORT LEGER OPTIONNEL	SANTÉ 125
SOINS COURANTS					
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes Optam/Optam-CO, sage-femmes (conventionnées ou non)	70%	-	100%	-	125%
Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes (conventionnés ou non) hors Optam/Optam-CO	70%	-	100%	-	100%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60%	-	100%	-	125%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie Optam/Optam-CO	70%	-	100%	-	125%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie hors Optam/Optam-CO	70%	-	100%	-	100%
Actes de biologie : analyses, prélèvements, examens de laboratoire	60%	-	100%	-	125%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) Optam/Optam-CO	70%	-	100%	-	125%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...), actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) hors Optam/Optam-CO	70%	-	100%	-	100%
PHARMACIE	15% à 100%	-	100%	-	100%
HOSPITALISATION					
Honoraires (actes cliniques et techniques) Optam/Optam-CO	80% à 100%	200%	100%	-	125%
Honoraires (actes cliniques et techniques) hors Optam/Optam-CO	80% à 100%	200%	100%	-	100%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie Optam/Optam-CO	100%	200%	100%	-	125%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie hors Optam/Optam-CO	100%	200%	100%	-	100%
Frais de séjour	80% à 100%	Frais réels	100%	-	125%
Forfait journalier hospitalier (2) (3)	-	Frais réels	Frais réels	-	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement (4)	-	70 € / jour	-	-	25 €/jour
Forfait accompagnant de l'enfant de - 18 ans (5)	-	35 € / jour	-	-	15 € / jour
Forfait confort à l'hôpital (5)	-	5 € / jour	5€ / jour	-	5 € / jour
OPTIQUE (6)					
Verres simples + monture	60%	-	100%	50€ dont 15€ max monture	100€ dont 50€ max monture
Verres mixtes + monture	60%	-	100%	125€ dont 15€ max monture	150€ dont 50€ max monture
Verres complexes + monture	60%	-	100%	200€ dont 15€ max monture	200€ dont 50€ max monture
Lentilles PEC RO / an Adulte	60%	-	100%	-	100%+50 €
Lentilles PEC RO / an Enfant	60%	-	100%	-	100%+50 €
Lentilles correctrices non PEC RO (y compris lentilles jetables) / an Adulte	-	-	-	-	100 €
Lentilles correctrices non PEC RO (y compris lentilles jetables) / an Enfant	-	-	-	-	50 €
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil / par an)	-	-	-	-	-
DENTAIRE					
Frais de soins et actes (y compris Inlay / Onlay)	70%	-	100%	-	125%
Prothèses PEC RO (y compris Inlay Core)	70%	-	100%	150%	150%
Orthodontie PEC RO	100%	-	100%	150%	150%
Orthodontie non PEC RO, Forfait IPP (Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire), prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO et soins non PEC RO	-	-	-	50 €/an (8)	100 € / an
APPAREILLAGE					
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses, orthèses	60%	-	100%	150%	125%
Prothèses auditives	60%	-	100%	150%+50€	125%
FRAIS DE TRANSPORT	65%	100%	100%	-	100%
CURES THERMALES PEC RO	65 À 70%	-	100%	-	125%
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION					
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	-	100%	-	100%
Forfaits Bien-Être et Prévention (9)	-	-	optionnels	-	optionnels
Mutualia Assistance (voir détails des prestations dans la notice Mutualia Assistance)	-	oui	oui	-	oui

Voir renvois page 9.



RESPONSABLE

SANTÉ 125+ RENFORT DOUCEUR OPTIONNEL	SANTÉ 125+ RENFORT INTENSE OPTIONNEL	SANTÉ 150	SANTÉ 150+ RENFORT DOUCEUR OPTIONNEL	SANTÉ 150+ RENFORT INTENSE OPTIONNEL	SANTÉ 200	SANTÉ 200+ RENFORT DOUCEUR OPTIONNEL	SANTÉ 200+ RENFORT INTENSE OPTIONNEL	SANTÉ 400
-	-	150%	-	-	200%	-	-	400%
-	-	130%	-	-	180%	-	-	200%
-	-	150%	-	-	200%	-	-	200%
-	-	150%	-	-	200%	-	-	400%
-	-	130%	-	-	180%	-	-	200%
-	-	150%	-	-	200%	-	-	200%
-	-	150%	-	-	200%	-	-	400%
-	-	130%	-	-	180%	-	-	200%
-	-	100%	-	-	100%	-	-	100%
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	150%	-	-	250%	-	-	Frais réels
-	-	130%	-	-	180%	-	-	200%
-	-	150%	-	-	200%	-	-	Frais réels (1)
-	-	130%	-	-	180%	-	-	200%
-	-	150%	-	-	200%	-	-	Frais réels
-	-	Frais réels	-	-	Frais réels	-	-	Frais réels
-	-	50 € / jour	-	-	60 € / jour	-	-	Frais réels
-	-	25 € / jour	-	-	30 € / jour	-	-	35 € / jour
-	-	5 € / jour	-	-	5 € / jour	-	-	5 € / jour
150€ dont 65€ max monture	200€ dont 80€ max monture	150€ dont 75€ max monture	200€ dont 90€ max monture	250€ dont 105€ max monture	200€ dont 100€ max monture	250€ dont 115€ max monture	300€ dont 130€ max monture	350€ dont 150€ max monture
200€ dont 65€ max monture	250€ dont 80€ max monture	200€ dont 75€ max monture	250€ dont 90€ max monture	300€ dont 105€ max monture	250€ dont 100€ max monture	300€ dont 115€ max monture	350€ dont 130€ max monture	450€ dont 150€ max monture
250€ dont 65€ max monture	300€ dont 80€ max monture	250€ dont 75€ max monture	300€ dont 90€ max monture	350€ dont 105€ max monture	300€ dont 100€ max monture	350€ dont 115€ max monture	400€ dont 130€ max monture	550€ dont 150€ max monture
-	-	100% + 200 €	-	-	100% + 300 €	-	-	100% + 400 €
-	-	100% + 100 €	-	-	100% + 150 €	-	-	100% + 200 €
-	-	200 €	-	-	300 €	-	-	400 €
-	-	100 €	-	-	150 €	-	-	200 €
-	-	200 €	-	-	300 €	-	-	400 €
-	-	150%	-	-	200%	-	-	400%
200%	250%	200%	250%	300%	300% (7)	350%	400%	400% (7)
200%	250%	200%	250%	300%	300%	350%	400%	400%
100 € / an + 50€/an (8)	100 € / an + 100€/an (8)	200 € / an	200 € / an + 50€/an (8)	200 € / an + 100€/an (8)	300 € / an	300 € / an + 50€/an (8)	300 € / an + 100€/an (8)	450 € / an
175%	225%	150%	200%	250%	200%	250%	300%	400%
175%+50€	225%+100€	150%	200% +50€	250% +100€	200%	250%+50€	300%+100€	400%
-	-	100%	-	-	100%	-	-	100%
-	-	150%	-	-	200%	-	-	250%
-	-	100%	-	-	100%	-	-	100%
-	-	optionnels	-	-	optionnels	-	-	optionnels
-	-	oui	-	-	oui	-	-	oui

Voir renvois page 9.

OPTIONS



	Renfort Léger**	Renfort Douceur	Renfort Intense
OPTIQUE (lunettes)	+50€ : Verres simples + monture (dont monture max. 15€) +125€ : Verres mixtes + monture (dont monture max. 15€) +200€ : Verres complexes + monture (dont monture max. 15€)	+50€ (dont 15€ pour la monture)	+100€ (dont 30€ pour la monture)
DENTAIRE	+50% de la BR Prothèses et orthodontie PEC RO. +50€ : Soins, prothèses et implants non PEC RO.	+50% de la BR Prothèses et orthodontie PEC RO. +50€ : Soins, prothèses et implants non PEC RO.	+100% de la BR Prothèses et orthodontie PEC RO. +100€ : Soins, prothèses et implants non PEC RO.
PROTHÈSES et APPAREILLAGE	+50% de la BR Appareillage. +50% de la BR & 50€ : Audioprothèse.	+50% de la BR Appareillage. +50% de la BR & 50€ : Audioprothèse.	+100% de la BR Appareillage. +100% de la BR & 100€ : Audioprothèse.

* Le renfort optique est utilisable sur une période de 2 ans pour les adultes et de un an pour les enfants. Les renforts dentaire, prothèses et appareillage en montants sont utilisables annuellement. Les renforts dentaire, prothèses et appareillage en pourcentages sont utilisables à l'acte.

**Ne peut être souscrit qu'avec la formule Santé 100.



	Forfait 1	Forfait 2	Forfait 3
BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION	Forfait de 90€/an/bénéficiaire* <ul style="list-style-type: none"> • Forfait sevrage tabagique • Pédicure, podologue** • Forfait vaccins** • Traitement préventif paludisme** • Visite annuelle du sport + tests d'efforts • Consultation diététique** • Homéopathie et pharmacie avec prescription** • Consultation psychologue libéral** • Forfait contraception + Assistance Médicale à la Procréation (AMP)** 	Forfait de 120€/an/bénéficiaire* <p>Prestations du Forfait 1 avec en complément :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forfait médecines douces (ostéopathie - chiropractie - acupuncture-étiopathie-nutrition - psychomotricité)** • Appareillage médical avec prescription** 	Forfait de 150€/an/bénéficiaire* <p>Prestations du Forfait 2 avec en complément :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forfait fournitures et entretien appareillage auditif • Forfait basse vision** • Fournitures incontinence** • Prothèse capillaire suite à radio/chimiothérapie** • Frais d'accompagnement du bénéficiaire de plus 60 ans à l'hôpital** • Frais de déplacements et d'hébergement en cure thermique remboursables ou non par le Régime Obligatoire

* Forfait annuel à utiliser librement sur les différents actes, dans la limite du forfait annuel.

** Prestations remboursées si non prises en charge par le Régime Obligatoire.

GLOSSAIRE

Acte coûteux : Un ticket modérateur forfaitaire s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, pratiqué lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe, à l'exception des prothèses dentaires, des actes de biologie et d'anatomo-cytopathologie. Le montant de ce ticket est fixé par voie réglementaire. Il était de 18 euros en 2014.

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

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. 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 (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.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Personne couverte par les garanties du présent règlement (Adhérent ou ayant droit).

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

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

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

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

Nos garanties ont été élaborées en conformité avec ce texte.

Conventionné et non conventionné : Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'Assurance Maladie Obligatoire, les frais pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire varient selon que les prestataires des soins (professionnel ou établissement de santé) ont passé ou non une convention avec l'Assurance Maladie obligatoire.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire gratuite. Pour en bénéficier, il faut :

1. résider en France depuis plus de 3 mois ;
2. être en situation régulière ;
3. avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant.

Date de prise d'effet : La date de prise d'effet de la garantie est fixée sur le bulletin d'adhésion. C'est la date à partir de laquelle les garanties souscrites par l'adhérent entrent en vigueur.

Forfait Bien-Être et Prévention : Cet avantage permet de financer en partie des prestations dédiées à la prévention et au Bien-Être. La majorité d'entre elles ne sont pas prises en charge par le Régime Obligatoire.

Forfait confort à l'hôpital : Ce forfait sert à prendre en charge d'éventuels suppléments pour confort personnel dans le cadre d'un séjour à l'hôpital.

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

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

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

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

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

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

Franchise médicale : Somme venant en déduction des remboursements versés à l'assuré par le Régime Obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré. Le montant de la franchise est de :

- 50 centimes d'euro par boîte de médicament remboursable à l'exception des médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation.
- 50 centimes d'euro par acte paramédical (actes réalisés par des infirmiers, des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des orthoptistes) à l'exception de ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.
- La franchise est plafonnée à 50 euros par an et par personne, toutes prestations confondues.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse.
- Le détartrage des racines.
- Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits.

Le Régime Obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Tiers payant : Système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par

l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droits s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

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

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





Entre nous, c'est humain