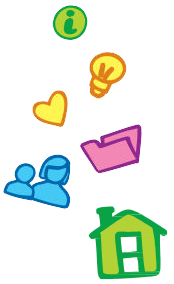

Contrat Collectif Frais de santé Sur Mesure

ASSOCIATION SOCIALE DES CABLES DE LYON – Ensemble du personnel

NOTICE D'INFORMATION

Madame, Monsieur,

L'Association Sociale des CABLES DE LYON a adhéré à un contrat collectif d'entreprise auprès de la mutuelle « M comme Mutuelle » afin de garantir ses salariés et retraités.

La présente notice d'information a pour objet de vous présenter les dispositions générales du contrat « frais de soins de santé » auquel vous êtes affilié.

Vos garanties sont présentées dans le descriptif qui vous a été remis avec la présente notice d'information.

Pour faciliter la lecture de ce document, nous avons adopté les conventions suivantes : « vous » désigne l'assuré dénommé membre participant dans le Code de la mutualité ; « nous » désigne votre Mutuelle.

M comme Mutuelle – Mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 783 711 997
Régie sous le livre II du Code de la Mutualité
Siège Social : 28 Rue de Arts – CS 90039 - 59046 LILLE Cedex

DEFINITIONS

MEMBRE HONORAIRE :
Il s'agit de l'Association Sociale des CABLES DE LYON, qui a souscrit le contrat collectif.

MEMBRE PARTICIPANT :
C'est vous en tant que membre assuré par la Mutuelle.

AYANTS DROIT :
Les personnes suivantes peuvent bénéficier en qualité d'ayants droit des garanties auxquelles vous êtes affiliées :

- Votre conjoint, votre concubin ou votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité ; la qualité d'ayant droit au titre du présent alinéa ne peut bénéficier qu'à une seule personne par membre participant ;
- Vos enfants à charge, au sens de la législation sur la Sécurité sociale, ou à charge de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ;
- Les enfants âgés de 18 à 28 ans à votre charge, fiscalement, ou à celle de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, qui justifient de la poursuite d'études, d'un contrat d'apprentissage, d'une formation en alternance, de leur inscription en tant que demandeur d'emploi non indemnisé ou percevant des ressources inférieures au R.S.A au titre de la réglementation en vigueur ;
- Les enfants reconnus handicapés sont considérés comme ayant-droit du membre participant et peuvent bénéficier du présent contrat quel que soit leur âge s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapés (CDAPH) ;
- Les personnes vivant sous votre toit et à votre charge au sens fiscal du terme sur présentation d'un justificatif (ascendants, descendants autres que les enfants visés dans les deux alinéas précédents et collatéraux) ;
- Tout autre ayant droit reconnu par un régime obligatoire de base.

GARANTIES :
Les garanties qui découlent de votre contrat ont pour objet de vous garantir ainsi qu'à vos éventuels ayants droit affiliés des remboursements complémentaires à ceux de votre régime obligatoire d'Assurance Maladie et de vous indemniser pour tout ou partie des différents frais occasionnés par une maladie, un accident ou un accouchement et, à titre accessoire le versement d'une prestation en cas de maternité (y compris en cas d'adoption plénière). Vos garanties prévoient également le versement d'une allocation obsèques.

TÉLÉTRANSMISSION :
La Télétransmission désigne l'échange informatique entre votre régime obligatoire d'Assurance Maladie et votre Mutuelle. La télétransmission vous évite dans certains cas d'envoyer les feuilles de soins aux organismes de santé, telles l'Assurance Maladie ou votre Mutuelle (*Cf article 9*).

TIERS PAYANT :
Mécanisme grâce auquel vous êtes dispensé de l'avance des frais pris en charge par les régimes obligatoires et la Mutuelle chez certains professionnels de santé. Le tiers payant vous permet notamment, à l'aide d'une carte remise par votre mutuelle, de ne pas faire l'avance de vos frais de pharmacie pour tout médicament prescrit et remboursable.

DÉCÈS :
C'est le constat, par une autorité médicale compétente, de l'arrêt des fonctions vitales de la personne couverte par le contrat. La date du décès est fixée par cette autorité médicale et notifiée dans l'acte de décès.

LA MUTUELLE :
Votre régime complémentaire santé est assuré par M comme Mutuelle, mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro 783 711 997. Son siège est situé 28 Rue des Arts – CS 90039 - 59046 Lille Cedex.

CONDITIONS GENERALES/CONTRAT :
L'Association Sociale des CABLES DE LYON a adhéré aux conditions générales qui déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties « frais de soins de santé » dans un cadre collectif, au profit de tout ou partie de ses salariés.
Ces conditions générales ont été adoptées par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.
Toute modification des conditions générales est portée à la connaissance du membre honoraire souscripteur qui doit vous en informer. Une nouvelle notice d'information vous sera remise sur simple demande. Toute modification des conditions générales, des montants de cotisations ainsi que des prestations est applicable dès qu'elle a été notifiée à l'Association Sociale des CABLES DE LYON.

ARTICLE 1
CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat est solidaire car la Mutuelle ne pratique aucune sélection médicale.
Sauf mention contraire figurant sur le tableau descriptif des garanties, le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions des « contrats responsables ». Il respecte ainsi les conditions posées aux articles L.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.
L'article « ***Frais exclus de la garantie Frais médicaux*** » cite les actes, participations forfaitaires et majorations ne pouvant donner

lieu à une prise en charge dans le cadre du cahier des charges des « contrats responsables ».

ARTICLE 2
PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

Adhésion facultative
Les salariés ou retraités de l'Association Sociale CABLES DE LYON qui souhaitent adhérer à la Mutuelle dans le cadre des garanties souscrites par celle-ci doivent signer un bulletin d'adhésion, celui-ci est transmis à la Mutuelle par l'Association Sociale des CABLES DE LYON.

L'affiliation au régime est facultative.
Votre adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion adressé à la Mutuelle par le membre honoraire.
Cette date correspond toujours au 1er jour du mois civil. Si ce bulletin est reçu par la Mutuelle plus de deux mois après la date d'effet indiquée sur celui-ci, votre adhésion prendra effet le premier jour du mois de réception. Votre adhésion est conclue pour une durée minimale initiale de 12 mois, puis elle court jusqu'au 31 décembre suivant le dépassement de ce délai et se renouvelle tacitement chaque 1er janvier sauf en cas de résiliation de votre part ou de la part de la Mutuelle dans les conditions fixées par la présente notice d'information.

ARTICLE 3
AFFILIATION DE VOS AYANTS DROIT

Peuvent ou doivent être affiliés (selon ce qui a été prévu dans le contrat souscrit par le membre honoraire) à la Mutuelle, au titre de votre adhésion, votre conjoint, concubin ou partenaire et/ou vos enfants à charge tels que définis ci-dessus. Cette affiliation s'effectue via votre bulletin d'adhésion. En cas de changement de situation de famille, vous devez, afin d'affilier un nouvel ayant droit, adresser votre demande écrite à la Mutuelle par l'intermédiaire de l'Association Sociale des CABLES DE LYON. L'affiliation de ce nouvel ayant droit prend effet le 1er jour du mois de réception de la demande d'affiliation, sous réserve du paiement de sa première cotisation.
Il est rappelé qu'une seule personne peut être affiliée au titre de conjoint, concubin ou partenaire.

ARTICLE 4
RÉSILIATION DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion prend fin :

- en cas de résiliation du contrat, dans ce cas, vous pouvez demander à adhérer à un des régimes individuels de la Mutuelle,
- le jour où vous ne remplissez plus les critères d'adhésion au régime de garanties que vous avez souscrit,
- le dernier jour du mois de votre décès, dans ce cas, la Mutuelle propose aux éventuels ayants droit de souscrire une adhésion. Ces personnes disposent d'un délai de 6 mois à compter du décès pour adhérer à la Mutuelle. L'adhésion répondant à ces critères prend effet à titre exceptionnel au jour de votre décès (la Mutuelle exigera tous les documents justificatifs nécessaires),
- le jour de votre exclusion conformément à l'article 13 des statuts,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 6 de la présente notice,
- en cas de démission de votre part :

  A l'échéance annuelle : si vous le souhaitez, vous pouvez mettre fin à votre adhésion en adressant votre demande de démission, au moins deux mois avant la date d'échéance.
  Suite à cette résiliation, vous restez affilié, le cas échéant, au régime obligatoire souscrit par votre employeur.
  Résiliation infra-annuelle : conformément à la Loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, votre résiliation peut intervenir à tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité, sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le motif.
  La dénonciation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification dont cette dernière devra confirmer par écrit la réception.
  Suite à cette résiliation, vous restez affilié, le cas échéant, au régime obligatoire souscrit par votre employeur.
  Notification de la résiliation : lorsque vous avez le droit de résilier le contrat, la notification de cette dénonciation se fait selon votre choix :
  - soit par lettre ou tout autre support durable et notamment par l'envoi d'un courrier électronique à l'adresse suivante : contactentreprise@mcommemutuelle.com,
  - soit par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la Mutuelle,
  - soit par acte extrajudiciaire,
  - soit par le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour votre adhésion.

  La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

4.1 Fin de la période d'affiliation d'un ayant droit

L'affiliation de vos ayants droit prend fin :

Pour tous vos ayants droit :

- automatiquement au jour où votre adhésion prend fin,
- en cas de demande de leur part ou de votre part (si leur affiliation n'est pas obligatoire) par lettre ou tout support durable et notamment par l'envoi d'un courrier électronique adressé à votre employeur qui doit transmettre cette information au siège de la Mutuelle dès réception de cette demande.
  Dans le cadre du contrat à adhésion facultative prévoyant le maintien de la couverture en vertu de l'article 4 de la Loi Evin, l'affiliation prend fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette information par la Mutuelle.

Pour le conjoint (et assimilés) :

- automatiquement en cas de divorce, dans ce cas, l'affiliation prend fin le dernier jour du mois de réception de la notification de ce jugement à la Mutuelle,
- automatiquement en cas de rupture du Pacs ou du concubinage, l'affiliation prend fin le dernier jour du mois de réception de la notification de cette rupture à la Mutuelle.

Attention, la non-notification dans les délais les plus brefs du divorce ou de la rupture de Pacs ou du concubinage est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre des garanties à cotisation familiale, un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

Pour les enfants à charge :

Votre enfant à charge est couvert jusqu'à l'une des dates suivantes :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant cesse d'être ayant droit au sens de la Sécurité sociale,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle prend fin le contrat de qualification, de professionnalisation ou d'apprentissage ou la formation en alternance et au plus tard au 31 décembre de l'année où il atteint ses 28 ans,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'enfant demandeur d'emploi trouve un emploi et au plus tard au 31 décembre de l'année où il atteint ses 28 ans,
- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et, en tout état de cause au 31 décembre de l'année où il atteint ses 28 ans.

Pour les ascendants, descendants ou collatéraux à charge : l'affiliation prend fin le dernier jour du mois où ces personnes cessent d'être ayant droit au sens fiscal.

Attention, la non-notification dans les délais les plus brefs d'un événement entraînant la perte de la qualité d'enfant à charge est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre

des garanties à cotisation familiale, un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

4.2 Portabilité (pour les membres participants ayant le statut de salarié) :

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, le salarié dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui bénéficie du versement d'allocations par le régime obligatoire d'assurance chômage bénéficie d'un maintien de ses garanties frais de soins de santé pendant une durée maximale de 12 mois.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale. Ce dispositif est décrit dans la notice d'information rédigée par l'assureur et qui est remise par l'employeur à chaque salarié.

4.2.1 Principe

Si votre contrat de travail est rompu ou prend fin, sauf licenciement pour faute lourde, et si vous bénéficiez du versement d'allocations par le régime obligatoire d'assurance chômage, vous restez affilié au régime frais de soins de santé dont vous bénéficiiez dans le cadre de votre dernier contrat de travail. Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié par avenant en date du 18 mai 2009.

4.2.2 Date d'effet et durée maximale

Ce maintien prend effet au jour de la rupture ou de la fin du contrat de travail.

Il a lieu pour une durée qui correspond à celle de votre dernier contrat de travail calculée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

4.2.3 Garanties

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise membre honoraire, pendant la période de portabilité, pour la catégorie de personnel à laquelle vous appartenez avant la rupture ou la fin de votre contrat de travail. Les garanties obéissent aux règles de fonctionnement prévues dans la présente notice d'information.

4.2.4 Financement

L'ancien salarié bénéficie de ce dispositif à titre gratuit, celui-ci étant financé par un système de mutualisation imposé par la loi sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013.

4.2.5 Fin de la portabilité des droits

Le maintien des garanties prend fin :

- au jour où vous ne bénéficiez plus des allocations chômage, notamment si vous retrouvez un emploi,
- si vous ne justifiez pas mensuellement auprès de l'organisme assureur du bénéfice des allocations chômage,
- en tout état de cause au terme de la période de droit à portabilité telle que définie ci-dessus.

Il vous sera notifié par écrit la fin anticipée de portabilité pour cause de non-présentation des justificatifs mensuels.

4.2.6 Conséquence de la liquidation judiciaire sur la portabilité des droits

L'ouverture de la procédure de liquidation judiciaire n'entraînant pas automatiquement la résiliation du contrat d'assurance, si ce contrat est effectivement maintenu, les ex-salariés (licenciés) bénéficieront de la portabilité.
En revanche, dès lors que la liquidation est prononcée, celle-ci, entrainant de fait la disparition de l'entreprise, met fin à la portabilité qui suppose que des garanties soient effectivement en vigueur dans l'entreprise.

ARTICLE 5
OUVERTURE, MODIFICATION ET CESSATION DES GARANTIES

5.1 Entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'appliquent dès la date d'effet de votre adhésion.

5.2 Cessation des garanties

Les garanties cessent au premier des événements suivants :

- A la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à votre initiative,
- A la date d'effet de la résiliation du contrat.

5.3 Versement des prestations après la fin des garanties

Les demandes de remboursement de soins adressées à la Mutuelle après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie du demandeur soit antérieure à la date de fin de la couverture.

COTISATIONS

ARTICLE 6
PAIEMENT DES COTISATIONS

Si les engagements de la Mutuelle sont modifiés en raison de l'évolution de la législation ou de la réglementation applicable en matière de Sécurité sociale et / ou aux Mutuelles, les montants des cotisations ci-dessous définis seront modifiés.

6.1 Montant

Le montant des cotisations afférentes à chaque niveau de garanties est défini aux dispositions particulières.
Les cotisations peuvent être révisées par voie d'avenant. Le membre honoraire doit vous en informer immédiatement par la remise d'un écrit.

6.2 Indexation

6.2.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'exercice et peuvent être modifiées chaque 1er janvier notamment ne fonction des résultats techniques du contrat, de l'accroissement de la consommation médicale (indice de la Consommation Médicale Totale des ménages publié par le Ministère de la Santé), des évolutions législatives et réglementaires ou encore de l'augmentation connue ou prévisible du prix des actes médicaux et du montant des frais donnant lieu à indemnisation.

6.2.2 Révision en cours d'exécution

Les cotisations et/ ou les garanties peuvent être également modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité sociale, suite par exemple à des mesures de désengagement ou des modifications des Bases de remboursement et à la fiscalité.

Toute modification prévue par le contrat doit faire l'objet d'un avenant signé entre la Mutuelle et le membre honoraire.

6.3 Procédure de paiement des cotisations :

Si le contrat a été souscrit par un employeur en faveur de ses salariés, l'employeur précompte obligatoirement la cotisation.
En cas de précompte, le membre honoraire est seul responsable du paiement des cotisations, y compris en ce qui concerne la part vous incombant.

Le paiement de la cotisation s'effectue en 12 mensualités ou 4 trimestrialités. Elle est payée mensuellement ou trimestriellement, à terme échu :

- Par prélèvement automatique sur le compte bancaire du membre honoraire. La date d'échéance de ces cotisations est le 25 du mois suivant.
- Par chèque bancaire avec une date d'échéance fixée au 15 du mois suivant.

6.4 Non-paiement des cotisations

La Mutuelle peut appliquer des majorations de retard en cas de non-paiement à la date d'échéance. Le montant de ces indemnités est fixé par le Conseil d'Administration.

6.4.1 Non-paiement des cotisations en cas de précompte de la cotisation par la personne morale

Lorsque le membre honoraire assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de ce membre honoraire.
Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au membre honoraire, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le membre honoraire est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion, sauf si vous entreprenez de vous substituer au membre honoraire pour le paiement des cotisations.
La Mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours.
L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement.

6.4.2 Non-paiement des cotisations en cas d'absence de précompte de la cotisation par la personne morale

6.4.2.1 Non-paiement par le membre participant

Lorsque le membre honoraire n'assure pas le précompte des cotisations, si vous ne payez pas votre cotisation dans les dix jours de son échéance, vous pouvez être exclu du groupe.
L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.
Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

6.4.2.2 Non-paiement par le membre honoraire

A défaut de paiement par le membre honoraire d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de ce membre honoraire.
Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au membre honoraire, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.
Vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le membre honoraire est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf si vous entreprenez de vous substituer au membre honoraire pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours.
L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement. La Mutuelle vous rembourse, le cas échéant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque.

GARANTIES (tableau détaillé en annexe)

ARTICLE 7
DÉFINITION ET NIVEAU DES GARANTIES

Votre régime a pour objet de vous garantir, ainsi que vos ayants droit affiliés, à titre principal des remboursements complémentaires à ceux de votre régime obligatoire d'Assurance Maladie (sauf mention expresse dans le tableau de garanties) et de vous indemniser de différents frais occasionnés par une maladie, un accident ou un accouchement et à titre accessoire le versement d'une prestation en cas de maternité (y compris en cas d'adoption plénière).

Les types et niveaux de garanties dont vous bénéficiez ainsi que vos éventuels ayants droit sont décrits dans les tableaux descriptifs qui vous ont été remis par l'Association Sociale des CABLES DE LYON avec la présente notice.

7.1 Choix des garanties

Le contrat d'adhésion prévoit trois régimes de couverture alternatifs :

- Le régime **STANDARD**,
- Le régime **INTERMEDIAIRE**,
- Le régime **SUPERIEUR**.

Vous choisissez sur votre bulletin d'affiliation le régime de garanties auquel vous souhaitez adhérer. A défaut, vous êtes couvert par le régime STANDARD. La formule choisie doit être la même pour toutes les personnes couvertes.
Par ailleurs, vous pouvez adhérer à tout moment aux options. L'adhésion à l'option prend effet à la date indiquée sur votre bulletin d'adhésion adressé à la Mutuelle par le membre honoraire. Cette date correspond toujours au 1er jour d'un mois civil et au plus tôt le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande. En l'absence de date indiquée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de l'adhésion à l'option est fixée au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.
L'adhésion à l'option est faite pour une durée de minimale de 12 mois de date à date.

7.2 Résiliation et changement d'option (si le régime souscrit le prévoit)

7.2.1 Résiliation d'un régime optionnel

Votre adhésion au(x) régimes(s) optionnel(s) prend fin dans les cas prévus à l'article 4 « ***Résiliation de votre adhésion*** ».
A la suite de cette résiliation, vous restez affilié, le cas échéant, au régime obligatoire souscrit par votre employeur.

7.2.2 Changement de régime optionnel (si le régime prévoit plusieurs options en supplément du régime de base obligatoire)

Si vous souhaitez changer d'option, pour vous et vos éventuels ayants droit, vous devez en faire la demande écrite auprès de la Mutuelle.
L'adhésion à ces nouvelles garanties prend effet à la date indiquée sur votre bulletin d'adhésion adressé à la Mutuelle par le membre honoraire. Cette date correspond toujours au 1er jour d'un mois civil et au plus tôt le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande. En l'absence de date indiquée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet du changement d'option est fixée au 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.

L'adhésion à l'option est faite pour une durée minimale de 12 mois.
Vous ne pourrez demande à changer à nouveau d'option pendant un délai de 12 mois, sauf si vous demandez à souscrire une option offrant des prestations supérieures ou si vous justifiez d'un changement de situation de famille (mariage, divorce, naissance, décès d'un ayant droit).

.

ARTICLE 8
CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES GARANTIES

• **Nature du risque**

Peuvent donner lieu à prestations les dépenses que vous ou vos ayants droit engagez pour les actes ayant fait l'objet d'une prescription médicale en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité et ayant, sauf mention expresse dans les tableaux descriptifs des garanties, fait l'objet d'un remboursement par votre régime d'Assurance Maladie obligatoire.

Il est à noter que si vous ou un de vos ayants droit êtes atteint d'une affection ou victime d'un accident susceptible d'être indemnisé, soit au titre de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles, soit selon les règles du droit commun par un tiers responsable, la Mutuelle n'intervient que dans la mesure où les indemnités que vous ou votre ayant droit aurez perçues en réparation du dommage matériel subi, ne font pas double emploi avec celles versées par elle.

• **Date de survenance**

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date de soins indiquée sur les bordereaux de la Sécurité sociale ou sur la facture détaillée acquittée en cas de refus de prise en charge par celle-ci. Pour les prothèses dentaires refusées, la date prise en compte est celle de la notification du refus par la Sécurité sociale.
Pour les accouchements et l'allocation maternité, les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date de naissance ou de transposition du jugement d'adoption plénière de l'enfant.
Pour les implants dentaires et les piliers dentaires, la date des soins retenue pour le paiement des prestations est celle de la pose de l'implant, même si le pilier dentaire est posé ultérieurement. Pour le remboursement de l'implant dentaire, les frais engagés du pilier (acte hors nomenclature) seront cumulés avec ceux de l'implant.

PRESTATIONS

ARTICLE 9
LES REMBOURSEMENTS

Procédure, documents exigés (maladie, maternité, accident)

Pour que le remboursement des frais médicaux engagés soit pris en charge, vous devez adresser dès que possible à la Mutuelle :

1. tous les documents originaux justifiant des frais engagés et précisant la date et la nature des soins,
2. les originaux des feuilles de décompte du régime maladie obligatoire ou, le cas échéant, les factures originales acquittées mentionnant la non-prise en charge par le régime obligatoire,
3. pour les dépassements d'honoraires en clinique (si le participant a souscrit une telle garantie), le bordereau de facturation acquittée si la clinique est conventionnée ou la facture détaillée acquittée si elle ne l'est pas,
4. pour les frais d'optique non pris en charge par la Sécurité sociale, la facture acquittée de l'opticien et la notification de refus de la Sécurité sociale ; pour les lentilles, une facture acquittée de l'opticien mentionnant le type de lentilles et une copie de la prescription médicale,
5. pour les cures thermales, la facture détaillée acquittée de l'établissement thermal accompagnée des décomptes de Sécurité sociale reprenant les honoraires médicaux et de surveillance et le forfait thermal ainsi que les frais d'hébergement et de transport. Vous devez également faire parvenir à la Mutuelle les factures correspondant aux frais d'hébergement et de transport n'apparaissant pas sur les décomptes de Sécurité sociale, si ces frais sont pris en charge dans le cadre de ces garanties,
6. pour la garantie « Allocation maternité », un extrait d'acte de naissance de l'enfant,
7. pour la garantie « Adoption », une copie certifiée conforme du jugement d'adoption plénière rendu par une juridiction française. Lorsque l'adoption est réalisée à l'étranger, la prestation ne peut être payée qu'après que vous ayez adressé à la Mutuelle une copie certifiée conforme de la transcription de la décision d'adoption plénière sur les registres d'état civil français,
8. pour toutes les garanties non prises en charge par la Sécurité sociale, une facture acquittée délivrée par le professionnel de santé et précisant l'objet de la dépense,
9. un justificatif du remboursement par le premier organisme complémentaire le cas échéant,
10. lorsque la personne couverte s'acquitte uniquement du ticket modérateur, elle doit adresser à la Mutuelle la quittance, la facture ou le reçu délivré par le professionnel de santé.

Les documents visés au 2, sauf refus de prise en charge par la Sécurité sociale, ne sont pas nécessaires au paiement des prestations en cas de télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le bénéficiaire des soins et la Mutuelle. Dans ce cas, le décompte de Sécurité sociale informe le bénéficiaire des soins que la demande de prestations a été effectuée directement auprès de la Mutuelle. Il est de sa responsabilité de s'assurer que son décompte comporte bien cette mention. En l'absence de télétransmission il doit envoyer les décomptes du régime de Sécurité sociale à la Mutuelle.

Pour les ayants droit non attachés à une Caisse primaire d'assurance maladie (régime de Sécurité sociale des étudiants, etc.) , il leur appartient de se faire rembourser dans un premier temps par leur organisme de rattachement et dans un second de faire parvenir à la Mutuelle les décomptes originaux, accompagnés éventuellement des factures acquittées des frais réels, pour être remboursés de la part complémentaire.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

ARTICLE 10
DÉLAI DE TRANSMISSION DES DOCUMENTS

Les documents évoqués à l'article précédent doivent être adressés à la Mutuelle dans les 2 ans :

- à compter de la date des soins ;
- qui suivent la naissance ou la transcription du jugement d'adoption d'un enfant.

A défaut, l'intéressé peut se voir opposer la prescription prévue à l'article 26 ci-dessous.

ARTICLE 11
DÉLAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle verse ses prestations « Frais de santé » par virement sur le compte bancaire ou postal du membre participant :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie),
- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement en cas de traitement manuel des remboursements (délai de poste ou bancaire non compris).

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

ARTICLE 12
FRAIS GARANTIS EN CAS D'HOSPITALISATION

Pour que la Mutuelle prenne en charge les frais résultant d'une hospitalisation, il faut que la Sécurité sociale ait accordé sa prise en charge.

Dans ce cas, si les garanties souscrites le stipulent et dans les limites prévues par celles-ci, la Mutuelle pourra prendre en charge pour tout ou partie :

- le ticket modérateur afférent aux actes médicaux dispensés à l'affilié, aux frais de séjour et à la salle d'opération,
- le forfait journalier
- le supplément pour chambre particulière **sauf précision figurant dans le tableau des garanties, la Mutuelle effectue ses remboursements dans la limite du tarif le plus bas pratiqué par l'établissement,**
- les dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste dans les limites prévues par le tableau descriptif des garanties,
- les frais d'accompagnant pour l'accompagnement d'un enfant jusqu'au 12ème anniversaire,
- les frais d'accompagnement d'un enfant jusqu'au 12ème anniversaire **(hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière)**
- les frais d'hébergement pour l'accompagnant d'un enfant jusqu'au 12ème anniversaire **(hébergement hors structure hospitalière),**
- en cas d'accouchement, peuvent être pris en charge en fonction des garanties souscrites et dans les limites prévues par celles-ci, les actes d'obstétriques et le supplément pour chambre particulière.

Pour les hospitalisations en établissements non conventionnés par la Sécurité sociale :

- le régime de garanties auquel adhère le membre participant peut prévoir le versement d'un forfait par jour d'hospitalisation. Ce forfait est versé à l'exclusion de toute autre prestation liée à l'hospitalisation.

Ne font l'objet d'aucune prise en charge par la Mutuelle :

- **les frais annexes ne se rapportant pas directement au traitement médical de l'assuré tels que les dépenses pour confort personnel, de téléphone, de télévision, etc...,**
- **l'hospitalisation pour rééducation professionnelle,**
- **l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers,**
- **les séjours en maison de convalescence, de diététique, non pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **les soins dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,**
- **toute hospitalisation en vue d'un acte de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale,**
- **les hospitalisations antérieures. Cet événement n'étant pas aléatoire, il ne peut faire l'objet d'une prestation d'assurance (article 1964 du Code civil).**

ARTICLE 13
FRAIS D'OPTIQUE

13.1 Présentation des paniers de soins

Conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs au dispositif des « contrats responsables », le contrat prend obligatoirement en charge l'intégralité des frais d'acquisition des équipements d'optique médicale du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % Santé » dans la limite des prix limites de vente des montures et verres de Classe A.

Les équipements d'optique médicale ne faisant pas partie du panier de soins à prise en charge renforcée c'est-à-dire les montures et verres de Classe B font l'objet d'une prise en charge à hauteur des garanties souscrites et précisée dans le tableau de garanties.

13.2 Renouvellement d'un équipement

La prise en charge est limitée à un équipement optique (soit une monture et deux verres) :

- Par période de deux ans pour les membres participants âgés de 16 ans et plus ;
- Par période d'un an pour les membres participants de moins de 16 ans ;
- Par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation à ces principes, la période de deux ans qui s'applique aux membres participants de 16 ans et plus est réduite à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (monture et deux verres) en cas d'évolution de la vue définie règlementairement.

LPP, TITRE II Chapitre II VIII. 2
L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- *Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0.5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0.25 dioptrie pour chacun des deux verres ;*
- *Variation d'au moins 0.5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0.25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;*
- *Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0.5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;*
- *Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1.00 dioptrie ;*
- *Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1.25 à 4.00 dioptries ;*
- *Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4.00 dioptries*

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux membres participants de moins de 16 ans, pour l'acquisition de **verres uniquement**, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des **verres uniquement** n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liées à des situations médicales particulières définies règlementairement et justifiée par une prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

LPP, Titre II Chapitre II VIII.2
Liste des situations médicales particulières ouvrant droit au renouvellement sans délai des verres :
Les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique

- *Glaucome ;*
- *Hypertension intraoculaire isolée ;*
- *DMLA et atteintes maculaires évolutives ;*
- *Rétinopathie diabétique ;*
- *Opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;*
- *Cataracte évolutive à composante réfractive ;*
- *Tumeurs oculaires et palpébrales,*
- *Antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;*
- *Antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;*
- *Greffe de cornée datant de moins de 1 an ;*
- *Kératocône évolutif ;*
- *Kératopathies évolutives ;*
- *Dystrophie cornéenne ;*
- *Amblyopie ;*
- *Diplopie récente ou évolutive.*

Les troubles de réfraction associés à une pathologie générale

- *Diabète ;*
- *Maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaque, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;*
- *Hypertension artérielle mal contrôlée ;*
- *Sida ;*
- *Affections neurologiques à composante oculaire ;*
- *Cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique.*

Les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- *Corticoïdes ;*
- *Antipaludéens de synthèse ;*
- *Tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.*

Les périodes susmentionnées de deux ans, un an ou six mois s'apprécient à compter de la dernière facturation d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

ARTICLE 14
AIDES AUDITIVES

14.1 Présentation des paniers de soins

Conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs au dispositif des « contrats responsables », le contrat prend obligatoirement en charge l'intégralité des frais d'acquisition des aides auditives du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % Santé » dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de Classe I.

Les aides auditives ne faisant pas partie du panier de soins à prise en charge renforcée c'est-à-dire celles de Classe II font l'objet d'une prise en charge à hauteur des garanties souscrites et précisée dans le tableau de garanties.

14.2 Renouvellement d'un équipement

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans.
Cette période de quatre ans s'apprécie à compter de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

ARTICLE 15
PROTHESES DENTAIRES

Conformément aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs au dispositif des « contrats responsables », le contrat prend obligatoirement en charge l'intégralité des frais des soins dentaires prothétiques du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % Santé » dans la limite des honoraires limites de facturation.
Les soins dentaires prothétiques ne faisant pas partie du panier de soins à prise en charge renforcée c'est-à-dire ceux relevant du panier maîtrisé ou libre font l'objet d'une prise en charge à hauteur des garanties souscrites et précisée dans le tableau de garanties.

ARTICLE 16
FRAIS EXCLUS DE LA GARANTIE « FRAIS MÉDICAUX »

Ne sont pas garantis et ne donnent donc pas lieu à prestation :

- **les soins antérieurs à la date d'adhésion,**
- **les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,**
- **les dépassements d'honoraires ou de tarifs effectués en violation des conventions conclues entre le régime obligatoire d'Assurance Maladie du participant et les professionnels de santé. Dans ce cas, la Mutuelle limite son remboursement, en fonction de l'étendue de la garantie souscrite par le participant, aux tarifs conventionnels ou aux dépassements qu'elle prend en charge,**
- **la chirurgie esthétique,**
- **les actes hors nomenclatures Sécurité sociale ou classification commune des actes médicaux, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties,**
- **la participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, acquittée par le membre participant ou ses ayants droit pour chaque acte ou consultation réalisé(e) 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, ainsi que pour tout acte de biologie médicale,**
- **la majoration du ticket modérateur appliquée au participant et/ou à ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant, tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, ou qui ont consulté un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant,**
- **la prise en charge des dépassements d'honoraires sanctionnant le non-respect du parcours de soins (article L.162-5 18° du code de la Sécurité sociale). Une franchise égale au montant maximal de ce dépassement sanction, dans la limite du dépassement réellement appliqué par le professionnel de santé, sera donc appliquée sur la prestation versée par la Mutuelle,**
- **le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale,**
- **la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.**

NOTA : L'omission ou l'utilisation intentionnelle de documents ou renseignements inexacts, notamment l'exagération frauduleuse du montant des frais médicaux, entraîne la perte du droit à prestation pour les actes correspondants, indépendamment des poursuites judiciaires que la Mutuelle pourrait engager.

ARTICLE 17
REMBOURSEMENTS « MÉDECINES DOUCES »

Vos garanties peuvent prévoir le remboursement de tout ou partie des actes de professionnels de santé dont la spécialité ou la pratique ne fait pas l'objet actuellement d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, afin de vous garantir une bonne qualité de soins la Mutuelle ne verse des prestations que si le professionnel de santé répond aux conditions suivantes :

- Ostéopathe : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être titulaire d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou du droit d'user de ce titre, délivré par une autorité administrative en application des articles 9 ou 16 du décret 2007-435 ;
- Chiropracteur : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit sur la liste de l'Agence Régionale de la Santé répertoriant les praticiens habilités à faire usage de ce titre ;
- Homéopathe : celui-ci doit être un médecin diplômé inscrit au conseil de l'ordre des médecins ;
- Acupuncture : elle doit être pratiquée par un docteur en médecine, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste ;
- Psychologue : il doit être titulaire du diplôme exigé par la loi 85.772 du 26 juillet 1985 ;
- Pédicure : elle doit être pratiquée par un podologue-pédicure diplômé d'Etat ;
- Diététicien : le professionnel doit être titulaire d'un diplôme d'Etat ;
- Psychomotricien : le professionnel doit être titulaire d'un diplôme d'Etat,
- Reflexologue : le praticien doit avoir été formé et diplômé par un organisme de formation agréé ;
- Sophrologue : le praticien doit se prévaloir d'une formation reconnue par l'Etat ;
- Etiopathe : le praticien doit être inscrit au registre national des étiopathes ;
- Ergothérapeute : le thérapeute doit être titulaire du diplôme d'Etat (DE) d'ergothérapeute.

Seules les médecines figurant au tableau de garanties font l'objet d'une prise en charge.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

ARTICLE 18
PRESTATION « ALLOCATION MATERNITE »

Cette prestation vise à vous indemniser des frais qui résultent d'une naissance ou d'une adoption plénière au sein de son foyer. Cette indemnisation s'effectue au moyen du versement d'une somme plafonnée dont le montant est déterminé dans le tableau descriptif des garanties. Seule la naissance de votre enfant (peu importe que vous soyez le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption plénière, vous devez être l'adoptant. La Mutuelle se réserve le droit d'exiger tout justificatif nécessaire au versement de sa prestation.

Lorsque les deux parents bénéficient d'une unique et même couverture, le premier en tant que membre participant et le second en tant qu'ayant droit, une seule allocation sera versée.

ARTICLE 19
BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

• **Ensemble des prestations hors « allocation maternité »**

Les prestations sont versées par virement sur votre compte bancaire. Toutefois, vos ayants droit de plus de 16 ans peuvent demander au moyen d'un écrit adressé à la Mutuelle à ce que les prestations destinées à rembourser des dépenses qu'ils ont générées soient versées sur leur propre compte bancaire.

En cas d'utilisation du système dit de « tiers-payant », le remboursement est effectué directement auprès du professionnel de santé.

• **« Allocation maternité »**

La prestation est versée par virement sur votre compte bancaire.

ARTICLE 20
GARANTIE « ALLOCATION OBSÈQUES »

20.1 Définition et niveau des garanties

La présente garantie a pour objet de garantir le versement d'une prestation forfaitaire au bénéficiaire désigné ci-après, si vous ou votre conjoint/ concubin/partenaire ou l'un de vos enfants à charge affilié décédez. Si le contrat est à adhésion facultative, la garantie prend fin le jour du 60ème anniversaire de la personne couverte.

Aucune prestation (hors remboursement des frais réellement engagés au titre des obsèques) ne sera versée au titre du décès d'une personne sous tutelle ou placée dans un établissement psychiatrique ou d'un enfant à charge de moins de 12 ans.

Cette prestation relève du risque décès et n'est pas maintenue dans le cadre de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

20.2 Fait générateur

Le fait générateur de la prestation est votre décès ou celui de votre conjoint/concubin/partenaire ou de l'un de vos enfants à charge affilié à la Mutuelle en qualité d'ayant droit. Ce décès doit intervenir au cours de votre période d'adhésion.

20.3 Prestations

Pour que la prestation prévue par la garantie souscrite soit versée par la Mutuelle, le bénéficiaire doit lui adresser dès que possible :

- l'acte de décès et de naissance de la personne couverte,
- une photocopie du livret de famille du défunt certifiée conforme à l'original,
- un certificat médical attestant que le défunt est mort en raison d'une maladie ou d'un accident,
- s'il y a lieu, le rapport de police ou le procès-verbal de gendarmerie,
- tous les justificatifs nécessaires à l'établissement de la preuve de la qualité de concubin ou de partenaire.

La Mutuelle se réserve le droit d'exiger tous les justificatifs nécessaires au moment du versement de la prestation.

20.4 Exclusions propres à la garantie « Obsèques »

N'est pas garanti le décès d'une personne couverte conséquence de :

- **d'un suicide conscient ou inconscient au cours de la première année d'adhésion,**
- **du fait volontaire de la personne couverte (autre que le suicide),**
- **du meurtre de la personne couverte par le bénéficiaire, la garantie cesse alors de produire effet pour ce dernier,**
- **d'une guerre civile ou étrangère dès lors que la personne couverte a pris une part active à l'événement.**
- **en cas de sinistres survenus à la suite des effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutations de noyaux d'atomes**

NOTA : L'omission ou l'utilisation intentionnelle de documents ou renseignements inexacts entraîne la perte du droit à prestation pour les actes correspondants, indépendamment des poursuites judiciaires que la Mutuelle pourrait engager.

20.5 Bénéficiaire de la prestation

Si vous décédez, le bénéficiaire de la prestation est :

- votre conjoint, concubin ou partenaire tels que définis ci-dessus.
- à défaut, la prestation sera versée à vos enfants par part égale entre eux,
- à défaut, à vos père et mère ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, à vos héritiers selon les règles de dévolutions successorales.

En cas de décès de votre conjoint/concubin/partenaire ou de l'un de vos enfants à charge affilié à la Mutuelle en qualité d'ayant droit, la prestation vous est versée.

En cas de décès simultané des deux personnes couvertes, les règles de dévolutions stipulées ci-dessus pour votre décès s'appliquent

ARTICLE 21
FAUSSE DÉCLARATION

Toute fausse déclaration de votre part ou d'un de vos éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou à l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 22
PRINCIPE 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 la personne couverte après les remboursements de toute nature auxquels elle a droit.

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 règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 23
SUBROGATION

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

ARTICLE 24
CONTRÔLE

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. **En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.**

La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

ARTICLE 25
TERRITORIALITÉ

- Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. **Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ouverts dans un pays relevant de la zone SEPA.**
- Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'Assurance Maladie obligatoire de la personne couverte. **Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français** (*notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux*) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié le membre participant ou un de ses ayants droit.

En aucun cas, vous ou vos ayants droit ne pourrez demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, vous devrez lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

- Pour les soins effectués en Belgique par des ressortissants belges : la base de remboursement est le relevé de prestation de la mutualité belge. Toutefois, les remboursements de la Mutuelle sont calculés sur la base des tarifs français pour de tels actes ou soins. **Le bénéficiaire des soins ne peut percevoir des remboursements supérieurs à ceux dont il aurait bénéficié s'il avait été soigné en France.**
- Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par votre régime français d'Assurance Maladie obligatoire, la Mutuelle ne prendra en compte que les actes qu'elle aurait indemnisés malgré l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.

ARTICLE 26
DÉLAI DE PRESCRIPTION

Prescription (articles L.221-11, L.221-12 et L.221-1 du Code de la Mutualité)

Article L.221-11 du Code le Mutualité :
« *Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.*
Toutefois ce délai ne court :

1- *en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,*
2- *en cas de réalisation du sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.*

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la 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 dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2° ; les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

La prescription permet à la Mutuelle de se libérer de son obligation de garantie. Elle est une fin de non-recevoir (Article 122 du Code de Procédure civile) à une action judiciaire et elle peut être soulevée à tous les stades de la procédure (Article 123 du Code de Procédure civile).
La prescription biennale concerne notamment :

- les actions en nullité ou en résiliation du contrat ;
- les actions en paiement de sinistre intentées par le membre participant contre la Mutuelle ;
- les actions nées de la violation de l'obligation de renseignement de la Mutuelle ;
- les actions en responsabilité intentées par le membre participant contre la Mutuelle.

L'expression « événement qui y donne naissance » visée à l'article L.114-1 du Code des Assurances s'entend pour le règlement du sinistre, de la date de survenance de celui-ci.

Article L.221-12 du Code de la Mutualité :
« *La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et 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 prime et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (articles 2240 à 2249 du Code Civil) telles que :

- reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant,
- citation en justice, même en référé,
- conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure,
- action d'exécution forcée,
- commandement,
- saisie,
- et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. Cette interruption ne peut avoir d'effet contre la Mutuelle que si celle-ci a été convoquée ou a participé aux opérations d'expertise.

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 prime et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
L'envoi d'une lettre simple, même s'il en est accusé réception par la

Mutuelle, ne peut avoir l'effet interruptif prévu par l'article L.114-2 du Code des Assurances.

Article L.221-12-1 du Code de la Mutualité :
« Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

ARTICLE 27
PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

M comme Mutuelle, en sa qualité d'organisme assureur, recueille des données personnelles protégées par la loi du 6 janvier 1978. Ces informations sont indispensables à la bonne gestion du contrat. La Mutuelle est responsable du traitement de ces données qu'elle utilise pour les finalités suivantes : gestion de la relation d'assurance, prospection, animation commerciale, études statistiques, enquêtes, sondages, lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription du membre participant sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces données peuvent être transmises aux sous-traitants de la Mutuelle pour les finalités précédemment décrites ou à ses partenaires commerciaux pour l'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de celle-ci ou de l'assuré. Ces données sont conservées, en fonction des obligations légales applicables, pendant une durée de 5 à 10 ans à compter de la fin de la relation contractuelle vous liant à la Mutuelle.

Conformément à la loi française « Informatique et Libertés » n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen 2016/679, vous pouvez demander à accéder aux informations qui vous concernent, pour les faire rectifier, modifier ou supprimer, pour s'opposer à leur traitement par M comme Mutuelle ou pour demander la portabilité en écrivant au service Protection Clientèle de M comme Mutuelle (28 Rue des Arts – CS 90039 – 59046 LILLE Cedex). Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.
Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous bénéficiez du droit de vous inscrire gratuitement sur la liste dite « Bloctel » d'opposition au démarchage téléphonique, accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr, conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation.

Pour toute question relative aux données personnelles, vous pouvez également contacter le délégué à la protection des données de la Mutuelle à l'adresse suivante : dpo@mcommemutuelle.com.

Il est également rappelé que vous disposez d'un droit de recours auprès de la CNIL, autorité nationale de contrôle, en cas de violation de la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel.

ARTICLE 28
ORGANISME DE CONTROLE

La présente notice est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4, Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 29
MÉDIATION

Vous pouvez contacter la Mutuelle pour toute difficulté d'interprétation ou d'application de la présente notice à l'adresse suivante :

M comme Mutuelle
Service Protection Clientèle
28 Rue des Arts – CS 90039 – 59046 LILLE
☎03.28.38.74.02
protection-clientele@mcommemutuelle.com

Si le désaccord persiste après la réponse fournie, vous pouvez solliciter par écrit l'intervention d'un Médiateur.
En application de l'ordonnance n°2015-1033 du 20 août 2015 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation, complétée par un décret n°2015-1382 du 30 octobre 2015 relatif à la médiation des litiges de consommation, M comme Mutuelle a choisi de désigner le Centre de Médiation et d'Arbitrage de Paris (CMAP) en tant que médiateur de la consommation.

Conformément aux dispositions de l'article R.612-1 du Code de la Consommation, cette procédure de médiation est gratuite pour le réclamant à l'exception des frais prévus aux 3° et 4° du même article.
Restent ainsi à la charge des parties :

- les frais de représentation par un avocat ou d'assistance par toute personne de leur choix à tous les stades de la médiation ;
- les frais d'expertise, lorsque celle-ci est sollicitée, étant précisé qu'en cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

La saisine du médiateur peut s'effectuer de trois manières différentes :

- soit en remplissant le formulaire dédié disponible en ligne sur le site du CMAP (**www.cmap.fr**);
- soit par courrier électronique (**consommation@cmap.fr**);
- soit par courrier postal envoyé à l'adresse suivante :

CMAP – Service Médiation de la consommation
39, Avenue F.D Roosevelt
75 008 PARIS

Les conditions préalables à cette démarche sont d'avoir épuisé toutes les procédures internes de règlement amiable du litige, contractuelles ou autres, propres à la Mutuelle contre laquelle est dirigée la réclamation et ne pas avoir saisi les tribunaux.
L'intervention du médiateur se traduit par un avis écrit et motivé.
Le délai d'instruction du dossier est de 90 jours à compter de la date à laquelle le Médiateur a notifié aux parties, par voie électronique ou par courrier simple, sa saisine.

ARTICLE 30
RÉPÉTITION DE L'INDU

Les prestations versées à tort par la Mutuelle font l'objet d'action à répétition dans les conditions prévues aux articles 1235 et 1376 et suivants du Code Civil dans les 2 années qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la Mutuelle.

ARTICLE 31
TIERS PAYANT

Le tiers payant est un dispositif permettant, en fonction des garanties souscrites, de vous dispenser de faire l'avance de frais auprès des professionnels de santé, grâce au règlement mis en œuvre directement entre le professionnel de santé et la Mutuelle. La carte mutualiste vous est adressée, par défaut, sous format dématérialisé.

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% Santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% Santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.

ARTICLE 32
DEMATERIALISATION – COMMUNICATION D'INFORMATIONS OU DE DOCUMENTS SUR SUPPORT DURABLE

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la Mutualité, vous pouvez vous opposer, dès l'entrée en relation ou à tout moment, à l'utilisation du support durale que la Mutuelle utilise pour vous communiquer des informations et documents en vue de revenir à l'utilisation du support papier.
Selon le Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant ou à la Mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées.

ANNEXE : TABLEAU DE VOS GARANTIES

TABLEAU DE GARANTIES CABLES DE LYON - 1er janvier 2025	PRESTATIONS DE LA MUTUELLE - y compris le remboursement de la Sécurité Sociale - dans la limite des frais réels engagés - dans le cadre du respect du parcours de soins		
	STANDARD	INTERMEDIAIRE Régime de base inclus	SUPERIEURE Régime de base inclus
HOSPITALISATION			
Frais de séjour	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires et actes médicaux de médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (anesthésie, chirurgie, obstétrique) (1)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
Honoraires et actes médicaux de médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (anesthésie, chirurgie, obstétrique) (1)	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Chambre particulière (2)	15 € / jour **limité à 30 jours / an / bénéficiaire (année civile)**	40 € / jour **limité à 45 jours / an / bénéficiaire (année civile)**	50 € / jour **limité à 60 jours / an / bénéficiaire (année civile)**
Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait patient urgences	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait pour l'accompagnant d'un enfant jusqu'à 12 ans inclus	-	11 € / jour **limité à 45 jours / an / bénéficiaire (année civile)**	11 € / jour **limité à 60 jours / an / bénéficiaire (année civile)**
MATERNITE ET ADOPTION			
Allocation maternité ou adoption (sur présentation d'un justificatif) (3)	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire	100 € / an / bénéficiaire
SOINS COURANTS			
Honoraires médicaux :			
- Consultations, imagerie médicale et actes techniques médicaux de médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100 % BR	150 % BR	200 % BR
- Consultations, imagerie médicale et actes techniques médicaux de médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultations de psychologues entrant dans le cadre du dispositif « ***Mon Soutien Psy*** » *Consultations soumises à des prix limites de facturation dans la limite d'un nombre de séance par année civile et par bénéficiaire défini règlementairement*	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Honoraires paramédicaux (auxiliaires dont infirmières, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire (4)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport accepté par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursables (5)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Matériel médical : Autres prothèses que dentaires et auditives remboursées par la Sécurité sociale	100 % BR *	150 % BR *	250 % BR *
**** Dans limite de 2000 € / an / bénéficiaire. Au-delà de ce plafond : remboursement à hauteur du ticket modérateur***			
OPTIQUE			
Limité à la prise en charge d'un équipement (monture + 2 verres) par période de 2 ans (6) sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue			
Equipement "100 % Santé" ** (monture et/ou verres de Classe A) - *Equipement soumis à des prix limites de vente* - Monture 100 % Santé - Verres 100 % Santé (tous types de correction) - Prestation d'appairage et supplément verres avec filtre	**0 reste à charge**	**0 reste à charge**	**0 reste à charge**
Equipement "hors 100 % Santé" (monture et/ou verres de Classe B)			
- Monture	50 €	75 €	100 €
- Verre simple (par verre)	35 €	40 €	50 €
- Verre complexe (par verre)	75 €	80 €	100 €
- Verre très complexe (par verre)	75 €	80 €	100 €
- Supplément verres avec filtre	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres actes et équipements			
Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale	100 % BR + 60 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 75 € / an / bénéficiaire	100 % BR + 90 € / an / bénéficiaire
Chirurgie réfractive	50 € / œil	120 € / œil	200 € / œil
Prestation d'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Autres suppléments pris en charge par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE			
SOINS CONSERVATEURS, DE PREVENTION ou CHIRURGICAUX :			
Soins dentaires pratiqués par un chirurgien-dentiste	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires pratiqués par un stomatologue adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins dentaires pratiqués par un stomatologue non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (1)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
PROTHESES :			
Soins et prothèses "100 % Santé" ** (défini selon la localisation de la dent et le matériau choisi) - *Soins et prothèses soumis à des honoraires limites de facturation* Soins et prothèses dentaires "100 % Santé"	**0 reste à charge**	**0 reste à charge**	**0 reste à charge**
Soins et prothèses du panier maîtrisé ou libre ("hors 100 % Santé") *Panier maîtrisé : soins et prothèses soumis à des honoraires limites de facturation*			
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale, appareils fixes ou amovibles (7)	120 % BR ***	250 % BR ***	370 % BR ***
***** dans la limite de 1500 € / an / bénéficiaire. Au-delà de ce plafond : remboursement à hauteur du ticket modérateur**			
Prothèses dentaires refusées par la Sécurité sociale, appareils fixes ou amovibles (hors implants) (PDT, PFC, RPN avec base de remboursement égale à 0)	50 € / dent ****	70 € / dent ****	100 € / dent ****
****** dans la limite de 1500 € / an / bénéficiaire**			
AUTRES ACTES DENTAIRES :			
Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale	120 % BR	200 % BR	300 % BR

AIDES AUDITIVES			
Renouvellement d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à compter de la date de facturation du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité Sociale (8)			
Equipement "100 % Santé" ** (aides auditives de Classe I) - *Equipement soumis à des prix limites de vente* Aides auditives 100 % Santé	**0 reste à charge**	**0 reste à charge**	**0 reste à charge**
Equipement hors "100 % Santé" (aides auditives de Classe II)			
Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale pour un adulte de 21 ans et plus	100 % BR	100 % BR + 400 € / aide auditive	100 % BR + 900 € / aide auditive
Aide auditive remboursée par la Sécurité sociale pour un enfant de moins de 21 ans ou un adulte déficient auditif souffrant de cécité	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Piles, accessoires et entretien de l'appareil auditif	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BIEN ETRE ET PREVENTION			
Cures thermales:			
- Honoraires de surveillance	100 % BR	100 % BR	100 % BR
- Forfait cure, sur présentation du forfait de surveillance (frais d'hébergement et de transport)	-	-	-
- Soins	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Substituts nicotiniques (9)	35 € / an / bénéficiaire	35 € / an / bénéficiaire	35 € / an / bénéficiaire
Vaccination anti-grippe (sur prescription médicale, limité à 1 / an / bénéficiaire)	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Médecines douces : ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, acupuncteur, psychologue, pédicure, diététicien, psychomotricien par un praticien diplômé ou un professionnel médical ou paramédical	Forfait global de 90 € / an / bénéficiaire	Forfait global de 120 € / an / bénéficiaire	Forfait global de 150 € / an / bénéficiaire
Ostéodensitométrie	40 € / an / bénéficiaire (année civile)	40 € / an / bénéficiaire (année civile)	40 € / an / bénéficiaire (année civile)

LES PLUS			
Allocation obsèques (10)	1 200 €	1 200 €	1 200 €
Participation forfaitaire aux actes médicaux lourds supérieurs à 120 €	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Actes de prévention des contrats responsables	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Tiers payant	Inclus	Inclus	Inclus
Assistance assurée par FILASSISTANCE (Cf. notice jointe)	Incluse	Incluse	Incluse

***Tels que définis règlementairement**

(1) Le site ameli-direct.fr permet de vérifier si le professionnel de santé est signataire d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

(2) Les dépenses pour confort personnel (téléphone, télévision, fax,...) ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.

(3) Seuls les enfants conçus ou adoptés par le membre participant ouvrent droit à l'allocation naissance.

(4) Les actes effectués en secteur non conventionné sont remboursés sur les mêmes bases (BR) que les actes effectués en secteur conventionné.

(5) Cette prise en charge s'applique aux montants facturés pour les médicaments ainsi qu'aux honoraires de dispensation y afférents facturés par les pharmaciens d'officine.

(6) La période de 2 ans s'apprécie à compter de la date de facturation du dernier équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Les forfaits s'entendent y compris ticket modérateur.

(7) Si l'acte est refusé par la Sécurité sociale, le montant versé par la Mutuelle sera identique au remboursement d'un acte accepté par la Sécurité sociale.

(8) La période de 4 ans s'apprécie à compter de la date de délivrance de l'aide auditive (par oreille). L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la 1ère année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

(9) Soins et remboursements non remboursés par la Sécurité sociale sur prescription médicale.

(10) L'allocation obsèques ne sera versée que si l'adhésion intervient avant l'âge de 55 ans. Aucune prestation (hors remboursement des frais réellement engagés au titre des obsèques) ne sera versée au titre du décès d'une personne sous tutelle ou placée dans un établissement psychiatrique ou d'un enfant à charge de moins de 12 ans.

BR : Base de remboursement
FR : Frais réels

DEFINITIONS :

Verres simples :

- *verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries ;*
- *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;*
- *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.*

Verres complexes :

- *verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries ;*
- *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;*
- *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;*
- *verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;*
- *verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries ;*
- *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;*
- *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.*

Verres très complexes :

- *verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries ;*
- *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;*
- *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;*
- *verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.*

Prestation d'appairage : *il s'agit d'une prestation effectuée par l'opticien lorsque l'équipement optique comporte des verres de corrections différentes. Cette prestation d'appairage permet d'éviter un grossissement trop différent entre les verres.*

RÉFORME 100% SANTÉ

VOTRE CONTRAT INTÈGRE LE « 100 % SANTÉ ».

M comme Mutuelle

QU'EST-CE QUE LE 100 % SANTÉ ?

Ce dispositif vous permet d'accéder à un ensemble de prestations en optique, aides auditives et prothèses dentaires intégralement prises en charge par l'action combinée de la Sécurité sociale et votre complémentaire santé.

Vous demeurez libre de choisir entre les prestations relevant du dispositif «100 % Santé» et les autres prestations :

- Si vous optez pour des prestations comprises dans les paniers «100 % Santé», votre dépense sera intégralement remboursée,
- Si vous choisissez le panier «libre», les remboursements s'effectueront selon les niveaux de garanties prévus dans le tableau de garanties.

QUE CONTIENNENT LES PANIERS « 100 % SANTÉ » ?

L'OPTIQUE

Le PANIER « 100 % SANTÉ » comprend :

UNE MONTURE

- Respectant les normes européennes
- Parmi une sélection de minimum 17 montures pour les adultes et 10 montures pour les enfants
- D'une valeur maximale de 30 €, garantie 2 ans

DES VERRES

- Respectant les normes européennes
- Traitant l'ensemble des troubles visuels
- Avec amincissement en fonction du trouble visuel, traitement anti-rayures et traitement anti-reflet obligatoires

Dès le 1er janvier 2020

CONDITION : *renouvellement de l'équipement optique (monture + 2 verres)* ***tous les 2 ans*** *(sauf dérogations).*

LES PROTHÈSES DENTAIRES

Les soins et actes compris dans le PANIER « 100 % Santé » dépendent de la localisation de la dent et du matériau choisi.

Seront pris en charge dans le panier « 100 % Santé » :

- Couronnes céramiques monolithiques (autres que zircone) et céramo-métalliques sur les dents visibles **(incisives, canines et 1ère prémolaires)** ; couronnes céramiques monolithiques zircones **(incisives, canines et prémolaires)**, couronnes métalliques toute localisation
- Inlays-core et couronnes transitoires liées aux couronnes définitives 100 % Santé
- Bridges céramo-métalliques **(incisives)** et bridges métalliques toute localisation
- Prothèses amovibles à base de résine

Dès le 1er janvier 2020 pour les couronnes, inlays-core et bridges

À partir du 1er janvier 2021 pour les prothèses amovibles

LES AIDES AUDITIVES

Le PANIER « 100 % SANTÉ » comprend :

- **Tous types d'appareils parmi une sélection définie règlementairement :** contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire
- **4 ans de garantie et une période d'essai de 30 jours**
- **Avec au minimum 3 options parmi les suivantes :** système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruits du vent, synchronisation binaurale, directivité microphonique adaptive, bande passante élargie 6000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération

À partir du 1er janvier 2021

CONDITION : *renouvellement d'une aide auditive par oreille* ***tous les 4 ans.***

BON À SAVOIR !

Les professionnels de santé concernés (opticien, chirurgien-dentiste et audioprothésiste) ont l'obligation de vous proposer une offre « 100 % Santé » dès lors que cela est possible et d'établir un double devis. Renseignez-vous auprès de ces derniers pour bénéficier des paniers 100 % Santé !