



BE-2026A1.

A compter du 01/01/2026

**AVENANT N° 10 AUX DISPOSITIONS PARTICULIERES DU CONTRAT
D'ADHESION FRAIS DE SANTE N° E 88150.001 / E 88130.001 / E 88140.001**

Souscrit par l'**ASSOCIATION SOCIALE DES CABLES DE LYON** au profit de l'ensemble de son personnel et retraités auprès de **M comme Mutuelle**

Le présent avenant est conclu entre :

M comme Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 783 711 997 dont le siège social est situé 28, Rue des Arts – CS 90039 à Lille Cedex – 59046, représentée par Monsieur Jérôme REHLINGER en qualité de directeur, dûment habilité aux fins des présentes.

Ci-après désignée « la Mutuelle »,

D'une part,

Et

ASSOCIATION SOCIALE DES CABLES DE LYON, dont le siège social est situé 191 Rue des Hauts Champs à COULOGNE – 62137.

Ci-après désignée « le Membre honoraire »,

D'autre part.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIIT :

Article 1: Objet

Le présent avenant a pour objet de :

- définir le montant de la cotisation due au titre du contrat susvisé au cours de l'année 2026,
- modifier le tableau de garanties en vue de sa mise en conformité avec les dispositions relatives au contrat responsable,
- modifier l'article 5 des Conditions générales intitulé « *Protection des données à caractère personnel* »
- modifier l'article 13.2 des Conditions générales intitulé « *Indexation* »,
- modifier l'article 15 des Conditions générales intitulé « *Contrat solidaire et responsable* »,
- décrire les modalités de prise en charge des fauteuils roulants dans le cadre du dispositif « 100 % Santé »,
- décrire les modalités de prise en charge des prothèses capillaires dans le cadre du dispositif « 100 % Santé ».



Article 2 : Date d'effet

La date d'effet du présent avenant est fixée au **1^{er} janvier 2026**.

Toutefois, par dérogation à ce qui précède, les dispositions prévues à l'article 5 entreront en vigueur à compter du 11 août 2026.

Article 3 : Cotisations

A compter du 1^{er} janvier 2026, les cotisations mensuelles sont définies comme suit :



➤ **Régime STANDARD**

Tarifs au 01/01/2026		STANDARD		
		Montant HT	Taxe TSA	Montant TTC
Enfant*	Santé	26.85 €	3.56 €	30.41 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	28.39 €	3.56 €	31.95 €
Adulte de 19 à 25 ans	Santé	38.04 €	5.05 €	43.09 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	39.58 €	5.05 €	44.63 €
Adulte de 26 à 30 ans	Santé	45.38 €	6.02 €	51.04 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	46.92 €	6.02 €	52.94 €
Adulte de 31 à 40 ans	Santé	47.93 €	6.36 €	54.29 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	49.47 €	6.36 €	55.83 €
Adulte de 41 à 50 ans	Santé	51.63 €	6.85 €	58.48 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	53.17 €	6.85 €	60.02 €
Adulte de 51 à 60 ans	Santé	57.84 €	7.67 €	65.51 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	59.38 €	7.67 €	67.05 €
Adulte de 61 à 64 ans	Santé	60.22 €	7.99 €	68.21 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	61.76 €	7.99 €	69.75 €
Adulte de 65 à 70 ans	Santé	66.46 €	8.82 €	75.28 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	68.00 €	8.82 €	76.82 €
Adulte de 71 à 80 ans	Santé	75.07 €	9.96 €	85.03 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	76.61 €	9.96 €	86.57 €
Adulte de 81 ans et plus	Santé	81.87 €	10.86 €	92.73 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	83.41 €	10.86 €	94.27 €

TSA : Taxe de solidarité additionnelle

*Enfant jusqu'à 25 ans sur présentation annuelle d'un justificatif de poursuite d'études.

Ce montant correspond au montant reversé à l'Association Sociale des Câbles de Lyon d'un montant de 0.60 € / personne / mois.



➤ Régime INTERMEDIAIRE

Tarifs au 01/01/2026		INTERMEDIAIRE		
		Montant HT	Taxe TSA	Montant TTC
Enfant*	Santé	31.96 €	4.24 €	36.20 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	33.50 €	4.24 €	37.74 €
Adulte de 19 à 25 ans	Santé	41.63 €	5.52 €	47.15 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	43.17 €	5.52 €	48.69 €
Adulte de 26 à 30 ans	Santé	44.69 €	5.93 €	50.62 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	46.23 €	5.93 €	52.16 €
Adulte de 31 à 40 ans	Santé	49.83 €	6.61 €	56.44 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	51.37 €	6.61 €	57.98 €
Adulte de 41 à 50 ans	Santé	56.25 €	7.46 €	63.71 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	57.79 €	7.46 €	65.25 €
Adulte de 51 à 60 ans	Santé	63.95 €	8.49 €	72.44 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	65.49 €	8.49 €	73.98 €
Adulte de 61 à 64 ans	Santé	72.93 €	9.68 €	82.61 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	74.47 €	9.68 €	84.15 €
Adulte de 65 à 70 ans	Santé	78.72 €	10.45 €	89.17 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	80.26 €	10.45 €	90.71 €
Adulte de 71 à 80 ans	Santé	89.64 €	11.89 €	101.53 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	91.18 €	11.89 €	103.07 €
Adulte de 81 ans et plus	Santé	101.17 €	13.43 €	114.60 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	102.71 €	13.43 €	116.14 €

TSA : Taxe de solidarité additionnelle

*Enfant jusqu'à 25 ans sur présentation annuelle d'un justificatif de poursuite d'études.

Ce montant correspond au montant reversé à l'Association Sociale des Câbles de Lyon d'un montant de 0.60 € / personne / mois.



➤ **Régime SUPERIEUR**

Tarifs au 01/01/2026		SUPERIEUR		
		Montant HT	Taxe TSA	Montant TTC
Enfant*	Santé	41.86 €	5.56 €	47.42 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	43.40 €	5.56 €	48.96 €
Adulte de 19 à 25 ans	Santé	70.89 €	9.41 €	80.30 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	72.43 €	9.41 €	81.84 €
Adulte de 26 à 30 ans	Santé	77.35 €	10.27 €	87.62 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	78.89 €	10.27 €	89.16 €
Adulte de 31 à 40 ans	Santé	85.88 €	11.40 €	97.28 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	87.42 €	11.40 €	98.82 €
Adulte de 41 à 50 ans	Santé	93.81 €	12.45 €	106.26 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	95.35 €	12.45 €	107.80 €
Adulte de 51 à 60 ans	Santé	101.38 €	13.45 €	114.83 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	102.92 €	13.45 €	116.37 €
Adulte de 61 à 64 ans	Santé	111.38 €	14.78 €	126.16 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	112.92 €	14.78 €	127.70 €
Adulte de 65 à 70 ans	Santé	119.18 €	15.81 €	134.99 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	120.72 €	15.81 €	136.53 €
Adulte de 71 à 80 ans	Santé	125.51 €	16.66 €	142.17 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	127.05 €	16.66 €	143.71 €
Adulte de 81 ans et plus	Santé	133.43 €	17.71 €	151.14 €
	Allocation Obsèques	0.94 €	0.00 €	0.94 €
	Montant Association**	0.60 €	0.00 €	0.60 €
	TOTAL	134.97 €	17.71 €	152.68 €

TSA : Taxe de solidarité additionnelle

*Enfant jusqu'à 25 ans sur présentation annuelle d'un justificatif de poursuite d'études.

Ce montant correspond au montant reversé à l'Association Sociale des Câbles de Lyon d'un montant de 0.60 € / personne / mois.

Article 4 : Garanties

A compter du 1^{er} janvier 2026, le tableau de garanties est modifié comme suit :

TABLEAU DE GARANTIES CABLES DE LYON - 1er janvier 2026	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)
MATERNITÉ 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 » <i>Consultations soumises à des prix limites de facturation dans la limite d'un nombre de séance par année civile et par bénéficiaire défini réglementairement</i>	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Actes de télésurveillance médicale prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR
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 :			
Prothèse capillaire - Renouvellement d'une prothèse capillaire après une période de 12 mois suivant la date de prise en charge précédente - délai également applicable pour la prise en charge de 3 accessoires			
- Prothèse capillaire (+ 1 accessoire textile inclus) « 100 % Santé »* (Classe II) - dans la limite des prix limites de vente	0 reste à charge	0 reste à charge	0 reste à charge
- Autres prothèses capillaires (+ 1 accessoire textile inclus) « hors 100 % Santé » - dans la limite des prix limites de vente existants	100 % BR *	150 % BR *	250 % BR *
- Accessoires capillaires (par lot de 3)	100 % BR *	150 % BR *	250 % BR *
Fauteuil roulant « 100 % Santé » - dans la limite des prix limites de vente	0 reste à charge	0 reste à charge	0 reste à charge
Location de courte durée d'un véhicule pour personne en situation de handicap (6)	0 reste à charge	0 reste à charge	0 reste à charge
Autres appareillages remboursés 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 (7) 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

Équipement "100 % Santé" ** (monture et/ou verres de Classe A) - Équipement soumis à des prix limites de vente

- Monture 100 % Santé	0 reste à charge	0 reste à charge	0 reste à charge
- Verres 100 % Santé (tous types de correction)			
- Prestation d'appariage et supplément verres avec filtre			

Équipement "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
Examen bucco-dentaire de prévention et soins associés pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, conformément aux dispositions du Code de la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR

PROTHESES :

Soins et prothèses "100 % Santé" ** (défini selon la localisation de la dent et le matériel 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 (8)	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 DENTAIRE :

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 (9)

Équipement "100 % Santé" ** (aides auditives de Classe I) - Équipement soumis à des prix limites de vente

Aides auditives 100 % Santé	0 reste à charge	0 reste à charge	0 reste à charge
-----------------------------	------------------	------------------	------------------

Équipement 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 (10)	35 € / an / bénéficiaire	35 € / an / bénéficiaire	35 € / an / bénéficiaire
Vaccination anti-grippe (sur prescription médicale, limitée 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 (11)	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)	Inclus	Inclus	Inclus



***Tels que définis réglementairement**

- (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) Dans la limite du prix des forfaits de location hebdomadaires fixés par la réglementation et d'une durée de 6 mois consécutifs par année glissante.
- (7) 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.
- (8) 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.
- (9) 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.
- (10) Soins et remboursements non remboursés par la Sécurité sociale sur prescription médicale.
- (11) 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

Article 5: Modification de l'article 5 des Conditions générales intitulé « Protection des données à caractère personnel »

Il est expressément convenu que la présente modification, prise en application de la loi n° 2025-594 du 30 juin 2025, entrera en vigueur à compter du 11 août 2026.

A cette date, l'article 5 des Conditions générales est abrogé et remplacé comme suit :

« ARTICLE 5. 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 liant le membre participant 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, le membre participant peut demander à accéder aux informations qui le concernent, pour les faire rectifier, modifier ou supprimer, pour s'opposer à leur traitement par M comme Mutuelle ou pour demander leur 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.

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est interdit de démarcher par téléphone, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers agissant pour son compte, un consommateur qui n'a pas exprimé préalablement son consentement à faire l'objet de prospections commerciales par ce moyen.

Pour toute question relative à ses données personnelles, le membre participant peut également contacter le délégué à la protection des données de la Mutuelle à l'adresse suivante : dpo@mcommemutuelle.com.

Il est rappelé également que le membre participant dispose 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 6 : Modification de l'article 13.2 des Conditions générales intitulé « Indexation »

L'article 13.2 des Conditions générales est abrogé et remplacé comme suit :

« ARTICLE 13.2 INDEXATION »

13.2.1 Révision annuelle des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'exercice et peuvent être modifiées chaque 1er janvier notamment en 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 et prévisible du prix des actes médicaux et du montant des frais donnant lieu à indemnisation.

La révision des cotisations est notifiée au membre honoraire, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. Elle prend effet au 1er janvier de l'année suivante.

13.2.2. Révision en cours de contrat des cotisations et des garanties

Les cotisations et / ou les garanties peuvent être modifiées en cours de contrat par la Mutuelle en fonction de l'évolution de la réglementation.

La révision des cotisations et/ ou des garanties est entérinée par un avenant entre la Mutuelle et le membre honoraire qui sera signé au plus tard trois mois avant la date de prise d'effet dudit changement. Cette date sera stipulée dans ledit avenant. Le membre honoraire informera les membres participants de cette modification dès la signature dudit avenant.

En cas de refus de la modification par le membre honoraire, celui-ci devra en aviser la Mutuelle un mois avant la date de prise d'effet de la modification stipulée sur le projet d'avenant. Le contrat sera alors résilié le jour précédant ladite date de prise d'effet.

A défaut, le membre honoraire sera réputé avoir accepté ladite modification qui sera en conséquence appliquée à la date stipulée dans l'avenant.

13.2.3 Indexation automatique des cotisations

Toute modification ou ajout de taxe fiscale ou parafiscale ou contribution sociale venant grever les cotisations sera imputé(e) sur celles-ci à compter de leur date d'entrée en vigueur.

Cette modification sera appliquée de plein droit aux cotisations, ne donnera pas lieu à l'établissement d'un avenant mais fera l'objet d'une notification au membre honoraire.

Le membre honoraire informera les membres participants de cette modification dès qu'il en aura été informé. »

Article 7: Modification de l'article 15 des Conditions générales intitulé « Contrat solidaire et responsable »

L'article 15 des Conditions générales est abrogé et remplacé comme suit :

« Article 15 CONTRAT SOLIDAIRE ET RESPONSABLE

Le contrat est solidaire car la Mutuelle ne pratique aucune sélection médicale.

Sauf mention contraire figurant sur le tableau des garanties, le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les Pouvoirs publics pour répondre aux définitions des « contrats responsables ». Il en 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 majoration ne pouvant donner lieu à une prise en charge dans le cadre du cahier des charges des « contrats responsables ».

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au cahier des charges des « contrats responsables », la Mutuelle informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées, de leur date de prise d'effet et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix.

Le membre honoraire informera les membres participants de cette modification dès qu'il en aura été informé.

En cas de refus de la modification par le membre honoraire, celui-ci devra en aviser la Mutuelle par écrit dans un délai de trente jours suivant la date de réception de la proposition écrite de modification adressée par la Mutuelle au membre honoraire.

Le contrat sera alors résilié le jour précédant la date de prise d'effet de la modification de la cotisation (art. L221-5 III du Code de la mutualité).

A défaut, le membre honoraire sera réputé avoir accepté ladite modification qui sera en conséquence appliquée à la date stipulée sur l'avis d'information. »

Article 8 : Location de courte durée des véhicules pour personnes en situation de handicap

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 de location de courte durée et de mise à disposition associée des véhicules pour personnes en situation de handicap du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % Santé », dans la limite des prix des forfaits de location hebdomadaires fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale et d'une durée de six mois consécutifs par année glissante.

Le renouvellement est possible selon la réglementation en vigueur.

[Dispositions applicables depuis le 1^{er} décembre 2025]

Article 9 : Prothèses capillaires

Article 9.1 Présentation des paniers de soins

9.1.1 Prothèses capillaires totales

Les prothèses capillaires totales sont réparties en quatre classes définies comme suit :

- Classe I : ces prothèses sont remboursées intégralement dans la limite du prix limite de vente.
- Classe II (dite « 100% Santé ») : ces prothèses qui relèvent du panier « 100% santé » font l'objet d'un prix de limite de vente.

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 prothèses capillaires du panier de soins à prise en charge renforcée dit « 100 % Santé » dans la limite des prix limites de vente des prothèses capillaires de classe II.

- Classe III : les tarifs de ces prothèses font l'objet d'un prix limite de vente. Elles font l'objet d'une prise en charge à hauteur des garanties souscrites dans la limite des prix limites de vente des prothèses capillaires de Classe III et précisée dans le tableau de garanties.
- Classe IV : les tarifs de ces prothèses sont librement fixés. Elles font l'objet d'une prise en charge à hauteur des garanties souscrites et précisée dans le tableau de garanties.

La prise en charge d'une prothèse capillaire totale s'accompagne de la prise en charge indissociable d'un accessoire textile.

9.1.2 Prothèses capillaires partielles

Ces prothèses sont remboursées intégralement dans la limite du prix limite de vente.

9.1.3 Accessoires

Si le bénéficiaire de la garantie ne souhaite pas de prothèse capillaire, trois accessoires peuvent être pris en charge parmi une liste définie par la réglementation en vigueur. Ils font l'objet d'une prise en charge à hauteur des garanties souscrites et précisée dans le tableau de garanties.

La prise en charge de trois accessoires exclut la possibilité d'un remboursement d'une prothèse capillaire de Classe I à IV.

Article 9.2 Renouvellement

La prise en charge d'une prothèse capillaire, et des accessoires éventuellement associés, peut être renouvelée après une période de 12 mois suivant la date de prise en charge précédente.



Cette période minimale de renouvellement est également applicable lorsque le bénéficiaire de la garantie a préféré bénéficier d'une prise en charge de trois accessoires.

Le contrat initial n° **E 88150.001 / E 88130.001 / E 88140.001** reste inchangé dans toutes ses autres dispositions.

Etabli en deux exemplaires originaux, dont l'un pour chacune des parties.

Fait à Lille, le 12 janvier 2026

Pour l'ASSOCIATION SOCIALE DES CABLES DE LYON

Pour M comme Mutuelle

Mme Nathalie BEVE

Directrice commerciale

Association Sociale des
Câbles de Lyon
José PRUGNIEL Président

M comme Mutuelle
28 rue des Arts
CS 90039
59046 LILLE CEDEX