



mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

RÈGLEMENTS MUTUALISTES MOBILITÉ MUTUELLE

Applicables à compter du 1^{er} janvier 2022

Approbation lors du Conseil d'Administration du 12 octobre 2021

9, rue de Clamart
92772 Boulogne-Billancourt Cedex
Tél. : 01 46 94 29 00 - Fax : 01 46 94 29 69
Email : sante@mobilitemutuelle.fr
Site internet : www.mobilitemutuelle.fr

Mobilité Mutuelle, la marque commerciale de Mutuelle Renault - SIREN 775 722 655 - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité

PARTIE 1 : REGLEMENT MUTUALISTE APPLICABLE AUX CONTRATS SANTE SOLIDAIRES ET RESPONSABLES..... 4

DÉFINITIONS	5
TITRE I – ADHÉSION	7
ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION	7
ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION	7
ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	8
ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE	9
ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION	9
TITRE II - GARANTIES	11
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES	11
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	11
ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES	22
GARANTIES	22
TITRE III – COTISATIONS	22
ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS	22
ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS	23
ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	23
ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	23
TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION	24
ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	24
TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	25
ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE	25
ARTICLE 15 – PRESCRIPTION	25
ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	26
ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION	26
ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE	27
ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES	27
ARTICLE 20 – COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE	30
ARTICLE 21 – ACCÈS AUX OEUVRES SANITAIRES ET SOCIALES	30

PARTIE 2 : REGLEMENT MUTUALISTE APPLICABLE AUX CONTRATS SANTE NE REMPLISSANT PAS LES CRITERES SOLIDAIRES ET RESPONSABLES.....31

TITRE I - ADHÉSION	33
ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION	33
ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION	34
ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	34
ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE	35
ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION	36
TITRE II - GARANTIES	37
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES	37
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	37
ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES	44
TITRE III - COTISATIONS	44
ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS	44
ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS	44

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	44
ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	45
TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION	46
ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	46
TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	46
ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE	46
ARTICLE 15 - PRESCRIPTION	47
ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES	47
ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION.....	48
ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE.....	48
ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES	48
ARTICLE 20 – COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE	52
ARTICLE 21 – ACCÈS AUX OEUVRES SANITAIRES ET SOCIALES.....	52
ANNEXES	53

PARTIE 1 : Règlement mutualiste applicable aux contrats santé solidaires et responsables

**Art : R.871-1 et R.871-2 du code de la
Sécurité sociale**

DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du Membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Ayants droit : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du Membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Contrat Responsable : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application :

- décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, loi n°2016-49 du 21 janvier 2016,
- décret 2019-21 du 11 janvier 2019, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements optiques, aides auditives, ainsi qu'à des soins et prothèses dentaires (100% santé*).

Contrat solidaire : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le Membre participant est la personne qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne Mobilité Mutuelle, marque de Mutuelle Renault dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro Siren 775 722 655, dont le siège social se situe à Boulogne Billancourt (92772), 9 rue de Clamart.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

Remboursement de la Sécurité sociale :

- *Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)* : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

- *Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)* : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- *Ticket modérateur (TM)* : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et la Mutuelle qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la Mutuelle comme le téléphone, Internet ou la voie postale),

100% santé : Ce dispositif encadré par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019, publié le 12 janvier 2019 au Journal Officiel, donne accès sans reste à charge à certains équipements optiques, à des aides auditives ainsi qu'à des soins et prothèses dentaires, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Le dispositif s'échelonne dans le temps depuis le 1er janvier 2020.

TITRE I – ADHÉSION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne domiciliée sur le territoire français et affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

Des critères d'accessibilité aux différents contrats existent en fonction de l'âge ou du régime du membre participant (actifs, retraités...). Cela est précisé dans les tableaux de garanties en fin de règlement.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres sans l'intervention de leur représentant légal.

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement et y indiquer notamment :

- les garanties frais de santé qu'il a choisi, résultat du choix d'une formule prédéfinie ou de la combinaison de différents niveaux de garanties des modules proposés ; L'ensemble des bénéficiaires, tels que définis à l'article 7.3, sont couverts par les mêmes garanties.
- les bénéficiaires de la garantie frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 7.3 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, par voie numérique ou papier, les Statuts, le Règlement Intérieur et le présent Règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. Dans le cadre de la Directive de la Distribution d'Assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance est transmis aux Membres participants.

Le membre participant peut s'opposer, sans frais, à l'utilisation du support numérique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé, dès l'entrée en relation contractuelle ou à n'importe quel moment durant la relation contractuelle.

Le membre participant est informé des modifications survenues exclusivement par voie électronique en cas de : modification du présent Règlement Mutualiste, qui ne peut l'être que par le Conseil d'Administration, et de manière générale du contrat conclu entre les deux parties.

Nos conseillers mutualistes sont rémunérés par commission pour la distribution des garanties le cas échéant. La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance de l'intégralité de la documentation précisée ci-avant.

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le Membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :

- la copie du dernier avis d'imposition du Membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, (ou à défaut, attestation sur l'honneur pour la première année du rattachement fiscal),
- le certificat de scolarité,
- la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
- la carte d'invalidité,
- l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
- la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de la pièce d'identité officielle en cours de validité (passeport, CNI). A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.
- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale et plus généralement de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique,

Le Membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle, de coordonnées postales et de domiciliation bancaire.

Les membres participants d'une garantie santé individuelle de Mobilité Mutuelle (hors garanties surcomplémentaires) peuvent demander la remise de la cotisation pour leurs enfants handicapés jusqu'à la date de leur vingtième anniversaire. Ils pourront ensuite être maintenus à la mutuelle avec la cotisation enfant, s'ils sont à leur charge juridique et sur présentation de justificatifs ou s'ils deviennent orphelins. Pour bénéficier de ces dispositions, une demande doit être formulée par écrit.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée aux conditions suspensives et cumulatives suivantes :

- 1 la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 2,
- 2 les vérifications de ces pièces justificatives ainsi que celles, réglementaires, incombant aux mutuelles soumises aux obligations des directives de Solvabilité 2.
- 3 le paiement effectif à la Mutuelle de la première cotisation et éventuellement d'un droit d'entrée.

L'adhésion devient définitive lorsque ces trois conditions sont satisfaites. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Dans ce cas, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant les caractéristiques de l'adhésion ainsi que la date de sa prise d'effet.

Celle-ci est fixée au plus tôt au premier jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de Membre participant.

Les soins dispensés avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. En dehors des contrats solidaires et responsables, l'adhésion à un autre contrat est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. Une carte est délivrée par assuré social. La carte mutualiste permet de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais :

- auprès du professionnel de santé ayant passé une convention,
- pour permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le Membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le Membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le Membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception.

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

« Je, soussigné(e)..... domicilié(e)...déclare renoncer à mon adhésion du .../.../.... au règlement mutualiste « Mobilité Mutuelle » et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.»

Fait à ..., le, (signature).

A adresser à : Mobilité Mutuelle / Direction Service Client – 9, rue de Clamart 92772 Boulogne Cedex.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION

5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le Membre participant ou la Mutuelle.

5.2 Cessation de l'adhésion

Chacune des parties signataires du présent contrat peut résilier le contrat DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

La résiliation à l'initiative de la Mutuelle s'effectue par lettre recommandée.

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

Le Membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an, dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification du Membre participant.

Lorsque le Membre participant a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix Membre participant

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Les dispositions du contrat traitant de la résiliation à l'initiative du Membre participant et faisant mention de « lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont ainsi remplacées par les modes de communication listé ci-dessus.

2 - Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

3 - Dans le cas où le Membre participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du Membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure. »

- À la demande de la Mutuelle : cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 11.

- À titre exceptionnel, le Membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

- En cas de décès du Membre participant

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès. La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES

Les exclusions suivantes ne donnent pas lieu aux garanties et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

- 1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :
 - accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;
 - accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
 - accidents en milieu scolaire couverts par une assurance spécifique.

Ces exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

- 2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale. Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

7.1 Contrat « responsable »

Le présent règlement respecte pour les garanties prévues les conditions mentionnées à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application pour répondre ainsi à la définition du contrat responsable.

A ce titre, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par l'assuré social pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale ;
- conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la Sécurité sociale, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la Sécurité sociale) ;
- conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par l'assuré social lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.

Cependant, la mutuelle commercialise également des contrats santé surcomplémentaires qui ne respectent pas les critères des contrats responsables présentés ci-dessus. Une taxation spécifique supplémentaire leur est appliquée

7.2 Choix et changement de garantie

Le portefeuille de la mutuelle se compose de plusieurs gammes santé :

- La gamme de base : garanties individuelles santé dans le cadre des contrats solidaires et responsables en commercialisation (A, AB, AC, AS, AM),
- La gamme Plus : garanties individuelles santé dans le cadre des contrats solidaires et responsables qui ne sont plus commercialisées depuis le 1^{er} janvier 2016
- La gamme Losange, garanties individuelles santé dans le cadre des contrats solidaires et responsables en cours de commercialisation.

Le membre participant peut prétendre à l'adhésion à l'ensemble des garanties commercialisées.

Tout changement pour une garantie (option) inférieure engage le Membre participant pour une durée minimale de 12 mois, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure.

Le membre participant anciennement bénéficiaire d'une garantie surcomplémentaire devra attendre 2 années, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure. Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc...) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le Membre participant.

7.3 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties frais de santé (les garanties des ayants droit sont identiques à celles du membre participant), sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le Membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que les enfants du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Membre participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans, être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,

- être âgés de moins de 21 ans, être non salarié et bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnu à charge par l'administration fiscale du Membre participant.

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20^{ème} anniversaire,

- être âgés de moins de 25 ans, et :

- être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,

- ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,

- ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,

- ou être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé, sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation,

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 25^{ème} anniversaire.

- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire.

- ainsi que les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Membre participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

En tout état de cause, l'adhésion de l'enfant cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il ne satisfait plus à la définition des enfants à charge.

La démission ou la radiation du Membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

7.4 Délais d'attente

Pour l'ensemble des options, le droit aux prestations prend effet dès l'adhésion pour tout membre justifiant de son affiliation pendant un an à un autre régime complémentaire et à condition que son adhésion soit dans la continuité de son précédent contrat. Il lui sera demandé un certificat de radiation qui devra être produit dans un délai de deux mois.

Le droit aux prestations forfaitaires, pour le membre participant et/ ou ses bénéficiaires ne remplissant pas les conditions ci-dessus, prend effet dans un délai de 3 mois pour l'ensemble des prestations, décompté à partir du premier jour du mois pour lequel la cotisation est payée. Ce délai passe à 6 mois après 60 ans d'âge.

Dans tous les cas, pour les contrats solidaires et responsables, la partie ticket modérateur des prestations ne subit pas de carence, de même que les valeurs planchers de certaines garanties telles que définies par la réglementation.

Le changement d'option se fera au 1er janvier suivant la date de la demande (ex : si la demande est faite le 1er juillet n, le changement d'option sera effectif au 1er janvier n+1) sous réserve que le courrier parvienne à la Mutuelle avant le 31 décembre de l'année en cours.

7.5 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement. Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité sociale Française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement définies ci-dessus.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non soumis à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le Membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1er de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir

l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Dès lors que le remboursement de la Mutuelle est exprimé forfaitairement en euros, celui-ci s'entend par bénéficiaire. En tout état de cause, après épuisement des forfaits, selon la formule/ module choisi, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

Certaines garanties, selon la formule / module choisi, présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

Hospitalisation chirurgicale :

- ✓ Frais chirurgicaux proprement dits,

Hospitalisation médicale :

- ✓ Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation,
- ✓ Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée par la Sécurité sociale.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- ✓ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
- ✓ Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- ✓ Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- ✓ Forfait ambulatoire.

Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé aux conditions particulières, les chambres particulières :

- expressément demandées par l'assuré;
- dont les tarifs sont publiquement affichés;
- faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, **ne peuvent donner lieu à remboursement :**

- les appartements privés;
- les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment: les frais de téléphone, télévision, internet,

blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.

- ✓ Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

A l'expiration de la limite de prise en charge de 365 jours ou 180 jours pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieurs à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- ✓ Participation forfaitaire pour les actes coûteux.
- ✓ Périodurale.

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,

Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Biologie médicale,

Participation forfaitaire pour les actes coûteux,

Ostéodensitométrie,

Amniocentèse.

Pharmacie :

- ✓ **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale,**
- ✓ **Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale,**
- ✓ **Vaccins,**
- ✓ **Pilules contraceptives,**
- ✓ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).**

Frais de Transport :

Structures mobiles d'urgence et de réanimation :

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle-:

Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Optique :

Classe A : les équipements inscrits dans cette classe, ainsi que le supplément des verres avec filtre, sont intégralement pris en charge, dans la limite des PLV (Prix Limites de Vente) fixés par la réglementation, tant pour la monture que pour les verres.

Classe B : les équipements qui ne sont pas inscrits en classe A, sans PLV, mais avec des minimum et maximum de remboursement selon les catégories de verre, et un maximum de remboursement pour la monture. Le maximum de remboursement intègre le remboursement de la Sécurité sociale.

Verres et monture : Equipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du type de verre (verre simple, complexe ou hypercomplexe), du défaut visuel (myopie, hypermétropie, astigmatisme) et de sa gravité selon une échelle de mesure définie comme suit :

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

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

Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries

Classe 1 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme <>2

Classe 2 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2/ Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme <>2

Classe 3 : Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 4,25 à 6 / Astigmatisme <>4

Classe 4 : Myopie, Hypermétropie de 6,25 à 8 / Astigmatisme <> 4 ou Myopie, Hypermétropie de 0 à 8 / Astigmatisme <>4,25

Classe 5 : Myopie, Hypermétropie 8,25 / Astigmatisme toutes corrections

Les prestations dépendent également du choix du professionnel de santé (opticien conventionné ou non conventionné dans le réseau) et de la formule/module souscrite.

Des forfaits « monture enfant », « monture adulte », « verre adulte » et « verre enfant » sont versés, dans les conditions précisées ci-dessous, sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale.

Les garanties indiquées en optique (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction de la Direction de la Sécurité sociale relative aux contrats d'assurance maladie

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

Les garanties du contrat peuvent prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il y a alors encadrement de la prise en charge en sus des tarifs de responsabilité des équipements d'optique médicale autres que 100% santé.

Prise en charge maximale des équipements d'optique médicale composés de verres ou d'une monture autres que 100% santé :

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optique, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats, conformément à la circulaire DSS 2019/116 du 29 mai 2019, ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans révolus pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;
- par période d'un an révolu pour les assurés de moins de 16 ans ;
- par période de six mois révolus pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue (cf. annexe 4).

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue, le remboursement se fera sur présentation de la première et de la seconde ordonnance. Le calcul de la période s'apprécie sur vingt-quatre mois glissants (ou douze mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date d'achat de l'équipement (ou du premier élément de l'équipement, verres ou monture) par le Membre participant.

Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par le Membre participant concerné. Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considérés individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

Lentilles correctives prises en charge ou non par la Sécurité sociale : ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire. Selon le niveau de garantie choisi, un complément « Lentilles » s'ajoute dans les mêmes conditions de versement.

Chirurgie réfractive : selon la formule / module choisi, un forfait est versé une seule fois par œil, sur présentation de la facture acquittée. Il est versé en cas de chirurgie de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie et de la presbytie.

Dentaire :

Les garanties indiquées dentaire (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie et ce dans le respect de l'instruction de la Direction de la Sécurité sociale relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116.

En fonction de la formule/module retenu, la Mutuelle peut prendre en charge les garanties suivantes, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe :

- soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco- dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité Sociale,
- parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale. Les frais de blanchiment et des facettes ne sont pris en charge par la Mutuelle au titre du présent règlement,
- inlays – onlays pris en charge par la Sécurité sociale,
- implants non pris en charge par la Sécurité sociale. La Mutuelle verse éventuellement un forfait par dent et peut appliquer une limite annuelle civile,
- prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), réparations sur prothèses et inlay-core,
- prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité Sociale,
- orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale,
- orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale,

Selon la formule/module choisie, la Mutuelle verse un forfait par an et par bénéficiaire pour les garanties libellées ci-dessus, qui ne donneraient pas lieu à remboursement par la Sécurité sociale. Le calcul peut également se faire par reconstitution d'une base de remboursement Sécurité sociale.

Pour certaines des formules / modules, la prise en charge est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes soins dentaires et inlays / onlays). Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur.

Appareillage :

Selon la formule / module choisi, la Mutuelle prend en charge l'orthopédie, l'audioprothèse et les appareils médicaux, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale.

Les appareils d'aide à la vision peuvent être pris en charge à titre exceptionnel sur certaines formules / modules sur présentation d'une prescription médicale. Le montant remboursé correspond au forfait optique (monture et verres simples).

Les garanties indiquées pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction de la Direction de la Sécurité sociale relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaires et responsables du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116116 à partir du 1^{er} janvier 2021.

A partir de cette dernière date également, les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP ;

Les garanties du contrat peuvent prévoir, dans les limites présentées ci-dessous, une prise en charge des dépenses de santé de l'assuré au-delà du ticket modérateur lorsque les tarifs ou les prix de vente peuvent excéder le tarif de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il y a alors encadrement de la prise en charge en sus des tarifs de responsabilité des équipements des aides auditives autres que 100% santé.

Prise en charge maximale des aides auditives autres que 100% santé (Classe 2) :

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge de 1700 euros par aide auditive.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

- Périodicité de renouvellement des équipements des aides auditives

Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire est limité aux périodicités de prise en charge prévues notamment par la LPP et la classification commune des actes médicaux.

S'agissant plus spécifiquement des équipements des aides auditives, ils connaissent une périodicité minimale de renouvellement de leur prise en charge qui diffère selon certaines conditions.

Les aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé :

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces dispositions s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par le Membre participant concerné ;

Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale :

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Selon la formule/module choisi, la Mutuelle verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

Médecine douce ou alternative :

Selon la formule / module choisi, sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non reconnues par la Sécurité sociale.

Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes, les chiropracteurs, les kinésithérapeutes, les psychomotriciens, les psychologues, les homéopathes, les diététiciens, les nutritionnistes, les ergothérapeutes, les podologues et les acupuncteurs. Certains actes de pédicurie refusée, de micro-kinésie, ou des pilules contraceptives prescrites non remboursées par la Sécurité sociale peuvent faire également l'objet de contribution ou de complément.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire Adeli.

Un forfait est versé par séance, sur présentation de la facture détaillée, avec cachet du praticien. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

Enfin, les substituts tabagiques en patch ou médicament peuvent être pris en compte (dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique).

Prévention :

La Mutuelle prend en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention suivants ayant fait l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale :

- **le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures sur les 1^{ères} et 2^{ème} molaires permanentes des enfants avant leur 14^{ème} anniversaire, à raison d'une fois par dent,**
- **un détartrage annuel complet, effectué en 2 séances maximum,**
- **un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un 1^{er} bilan,**
- **le dépistage de l'hépatite B,**
- **le dépistage, une fois tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour les actes d'audiométrie tonale et/ou vocale (dans le bruit ou avec tympanométrie),**
- **l'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance Maladie (pour les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans),**
- **les vaccins suivants : Diphtérie, tétanos et poliomyélite (à tous âges) ; Coqueluche (avant 14 ans) ; Hépatite B (avant 14 ans) ; BCG (avant 6 ans) ; Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; Haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.**

7.6 Soins engagés hors de France

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge. La Mutuelle intervient en complément des bases de remboursement de la Sécurité sociale française éventuellement reconstitués et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité sociale française et les factures détaillées des soins, éventuellement traduites.

7.7 Tiers-Payant Généralisé

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, la Mutuelle met à la disposition du Membre participant et ses bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers-payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers-payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers-payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité. Le Membre participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Membre participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers-payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par la Mutuelle.

ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

8.1 Assistance et téléconsultation médicale

Les prestations d'assistance et de téléconsultation médicale décrites dans la notice annexée au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites aux garanties par le Membre participant. Elles sont assurées par l'assisteur mentionné dans ladite notice dont le règlement est en annexe jointe dénommée « Notice d'information Contrat 753947 ».

8.2 Fonds social

Le Membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle.

La gestion du fonds social est assurée par la Commission Solidarité Mutualiste (voir article 20 du règlement).

TITRE III – COTISATIONS

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par bénéficiaire.

Elles sont établies éventuellement pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites, (pour certaines garanties, le membre participant et ses ayants droit adhèrent systématiquement à la même option),
- pour certaines garanties, du département de résidence du Membre participant (pour les membres participants résidant hors de France métropolitaine, le département de la caisse de Sécurité sociale de rattachement sera retenu),
- pour certaines garanties du régime obligatoire d'assurance maladie,
- de l'âge, c'est-à-dire que pour certaines garanties comme Losange, si un changement du montant de cotisation est prévu au 1er janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation du conjoint (pour les garanties A, AB, AC, AS, AM, A Plus, AB Plus, AC Plus, AS Plus et AM Plus) est gratuite pendant une durée de 3 mois dans le cas d'un mariage ou d'un Pacte Civil de Solidarité sous réserve d'en faire la demande dans les 2 mois de l'acte. Un justificatif sera à fournir.

La cotisation « enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année de l'âge limite de la définition des enfants à charge prévue à l'article 7.3 du présent règlement.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^{ème} enfant affilié, tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge précitée.

La cotisation des nouveaux nés (pour les garanties, A, AB, AC, AS, AM, A Plus, AB Plus, AC Plus, AS Plus et AM Plus), dont l'un des parents est membre participant au présent règlement à la naissance, est offerte durant les douze premiers mois de leur adhésion, sous réserve de satisfaire aux conditions suivantes :

- la demande d'adhésion doit intervenir dans les 2 mois suivant leur naissance ;
- et l'adhésion doit prendre effet au jour de leur naissance.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables essentiellement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement et très exceptionnellement par chèque bancaire ou postale.

Elles sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique (en général le 10 du mois).

Le Membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement de sa dette en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Une fois sa dette acquittée, il pourra de nouveau prétendre au prélèvement automatique.

Si la date d'adhésion du Membre participant ne coïncide pas avec le 1^{er} jour du mois en cours, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours restant à courir jusqu'à la fin du mois.

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du Membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au Membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus au premier alinéa. L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la Mutualité).

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence.

Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du Membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15 %.

ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées sur décision du Conseil d'Administration. Elles sont modifiées, en règle générale, chaque 1^{er} janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire et des décisions prises (article précédent).

Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la**

modification. Le Membre participant peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat ».

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, le Membre participant peut toujours refuser la proposition de la Mutuelle dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par lettre tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L 221-10-3 du Code de la Mutualité**. Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre ou tout autre support durable de la Mutuelle, la Mutuelle considérera que le Membre participant a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION

ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Paiement des cotisations

Pour que le Membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au règlement Mobilité Mutuelle.

13.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du règlement, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander au Membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative et notamment celle établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli, etc...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

13.3 Justificatifs et contrôles

• Garantie frais de santé

Les demandes de prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs (liste en annexe) doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans et le trimestre en cours suivant :

- le remboursement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,

La date des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

13.4 Déchéance de garantie au sinistre

Le Membre participant ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- S'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- S'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à Mes poursuites pénales de la part de la Mutuelle.

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 15 – PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans et le trimestre en cours conformément aux pratiques de la Sécurité sociale à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,

- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

16.1 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour établir les relations précontractuelles avec le Membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

16.2 Langue utilisée

La Mutuelle et le Membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du Membre participant au présent règlement.

16.3 Fonds de garantie

Le Membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la Mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION

17.1 Demande d'informations

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent règlement, le Membre participant peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre de confirmation de son adhésion.

17.2 Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application du présent règlement, le membre participant peut contacter Mobilité Mutuelle à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Mobilité Mutuelle

9 rue de Clamart

92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur la lettre de confirmation de votre adhésion

A compter de la réception de la réclamation, la mutuelle apporte une réponse circonstanciée au Membre Participant dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la mutuelle adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Après épuisement des voies de recours internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par la Mutuelle, le membre participant, ses bénéficiaires ou la Mutuelle peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la mutualité française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le règlement de la médiation de la mutualité française est communiqué sur simple demande. Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF

255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

La saisine du médiateur de la mutualité française interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation devront être informées.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit du membre participant ou de l'ayant-droit d'intenter une action en justice.

ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

19.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le Membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties.

Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement. Toute modification du présent règlement sera notifiée au Membre participant.

19.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le Membre participant et les bénéficiaires sont informés par Mobilité Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Mobilité Mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel du Groupe Malakoff Humanis qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Mobilité Mutuelle ou de ses partenaires ;
- la gestion des avis du Membre participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Mobilité Mutuelle et de ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Membre participant et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non re-identification du Membre participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition au Membre participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Mobilité Mutuelle ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Mobilité Mutuelle s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Membre participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Mobilité Mutuelle utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du Membre participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du Membre participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Mobilité Mutuelle dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et co-assureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du Membre participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Mobilité Mutuelle et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Mobilité Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du Membre participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Mobilité Mutuelle s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le Membre participant et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Mobilité Mutuelle et des prescriptions légales applicables.

Mobilité Mutuelle et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données du Membre participant et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le Membre participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le Membre participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le Membre participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

19.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

En application des articles L. 223-1 à L. 223-7 du Code de la consommation, le Membre participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « Bloctel », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société Opposetel, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 Troyes.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le Membre participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de la Mutuelle, à l'adresse mentionnée à l'article 19.2, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

19.4 Recommandé Électronique

L'équivalence de l'envoi recommandé électronique à la lettre recommandée a été posée par l'ordonnance n°2017-1433 du 04 octobre 2017.

Ainsi, outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par le membre participant, par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de résiliation par le membre participant de l'adhésion individuelle de ses ayants-droit.

L'envoi recommandé électronique est également admis en cas de renonciation au contrat individuel conclu à distance selon les dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité. Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription :

- de l'action en paiement des cotisations, par la Mutuelle au Membre participant,
- de l'action relative au règlement de la prestation, par le Membre participant, le bénéficiaire ou ses ayants-droits à la Mutuelle.

ARTICLE 20 – COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE

Elle a en charge l'étude des dossiers justifiant une aide potentielle de Mobilité Mutuelle dans les cas de :

- maladies graves ou chroniques, de blessures ou d'infirmité et plus généralement de difficultés financières liées à une maladie.
- décès, en cas de difficultés financières.

Pour les membres participants ou un de leurs bénéficiaires, sur demande, après étude du dossier et sur présentation d'un acte de décès et d'une facture acquittée, une participation peut être attribuée à la personne ayant réglé les frais, en cas de frais d'obsèques et/ou de don du corps.

ARTICLE 21 – ACCÈS AUX OEUVRES SANITAIRES ET SOCIALES

La cotisation mensuelle pourra comprendre tous les frais d'adhésion aux Unions départementales permettant ainsi aux membres participants l'accès aux œuvres de celles-ci. Les membres participants de la mutuelle et leur famille peuvent bénéficier de certains avantages accordés par ces diverses institutions, suivant les conditions prévues par leurs statuts et règlements, en échange du versement de cotisations spéciales exigées par les œuvres sociales intégrées dans la Mutuelle et gérées par elle et par les organismes supérieurs auxquels la Mutuelle est affiliée.

**PARTIE 2 : Règlement mutualiste
applicable aux contrats santé ne
remplissant pas les critères solidaires
et responsables**

**Art : R.871-1 et R.871-2
du code de la Sécurité sociale**

DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du Membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Ayants droit : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du Membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Contrat Responsable : Contrat ayant pour objet le remboursement de Frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes réglementaires d'application :

- décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, loi n°2016-49 du 21 janvier 2016,
- décret 2019-21 du 11 janvier 2019, visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements optiques, aides auditives, ainsi qu'à des soins et prothèses dentaires (100% santé*).

Contrat solidaire : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le Membre participant est la personne qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne Mobilité Mutuelle, marque de Mutuelle Renault dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro Siren 775 722 655, dont le siège social se situe à Boulogne Billancourt (92772), 9 rue de Clamart.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

« *OPTAM / OPTAM-CO* » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / l'OPTAMCO prévue de 3 ans.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.
Remboursement de la Sécurité sociale :

- *Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)* : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

- *Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)* : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- *Ticket modérateur (TM)* : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et la Mutuelle qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la Mutuelle comme le téléphone, Internet ou la voie postale),

100% santé : Ce dispositif encadré par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019, publié le 12 janvier 2019 au Journal Officiel, donne accès sans reste à charge à certains équipements optiques, à des aides auditives ainsi qu'à des soins et prothèses dentaires, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Le dispositif s'échelonne dans le temps depuis le 1er janvier 2020.

TITRE I - ADHÉSION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne domiciliée sur le territoire français et affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

Des critères d'accessibilité aux différents contrats existent en fonction de l'âge ou du régime du membre participant (actifs, retraités...). Cela est précisé dans les tableaux de garanties en fin de règlement.

A leur demande expresse faite auprès de la mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres sans l'intervention de leur représentant légal.

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement et y indiquer notamment :

- les garanties frais de santé qu'il a choisi, résultat du choix d'une formule prédéfinie ou de la combinaison de différents niveaux de garanties des modules proposés ;

L'ensemble des bénéficiaires, tels que définis à l'article 7.3, sont couverts par les mêmes garanties.

- les bénéficiaires de la garantie frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 7.3 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du contrat ou du bulletin d'adhésion, par voie numérique ou papier, les Statuts, le Règlement Intérieur et le présent Règlement ou une fiche d'information sur les droits et obligations réciproques. Dans le cadre de la Directive de la Distribution d'Assurance, un document d'information normalisé sur le produit d'assurance est transmis aux Membres participants.

Le membre participant peut s'opposer, sans frais, à l'utilisation du support numérique et demander à ce qu'un support papier soit utilisé, dès l'entrée en relation contractuelle ou à n'importe quel moment durant la relation contractuelle.

Le membre participant est informé des modifications survenues exclusivement par voie électronique en cas de : modification du présent Règlement Mutualiste, qui ne peut l'être que par le Conseil d'Administration, et de manière générale du contrat conclu entre les deux parties.

Nos conseillers mutualistes sont rémunérés par commission pour la distribution des garanties le cas échéant. La rémunération de nos conseillers est composée d'une partie fixe et d'une partie variable.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance de l'intégralité de la documentation précisée ci-avant.

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le Membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du Membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, (ou à défaut, attestation sur l'honneur pour la première année du rattachement fiscal),
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - la carte d'invalidité,
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de la pièce d'identité officielle en cours de validité (passeport, CNI). A défaut, l'adhésion ne prend pas effet.
- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale et plus généralement de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique,

Le Membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle, de coordonnées postales et de domiciliation bancaire.

Les membres participants d'une garantie santé individuelle de Mobilité Mutuelle (hors garanties surcomplémentaires) peuvent demander la remise de la cotisation pour leurs enfants handicapés jusqu'à la date de leur vingtième anniversaire. Ils pourront ensuite être maintenus à la mutuelle avec la cotisation enfant, s'ils sont à leur charge juridique et sur présentation de justificatifs ou s'ils deviennent orphelins. Pour bénéficier de ces dispositions, une demande doit être formulée par écrit.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée aux conditions suspensives et cumulatives suivantes :

- 1 la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives visées à l'article 2,

2 les vérifications de ces pièces justificatives ainsi que celles, réglementaires, incombant aux mutuelles soumises aux obligations des directives de Solvabilité 2.

3 le paiement effectif à la Mutuelle de la première cotisation et éventuellement d'un droit d'entrée.

L'adhésion devient définitive lorsque ces trois conditions sont satisfaites. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Dans ce cas, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant les caractéristiques de l'adhésion ainsi que la date de sa prise d'effet.

Celle-ci est fixée au plus tôt au premier jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de Membre participant.

Les soins dispensés avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. En dehors des contrats solidaires et responsables, l'adhésion à un autre contrat est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. Une carte est délivrée par assuré social. La carte mutualiste permet de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais :

- auprès du professionnel de santé ayant passé une convention,
- pour permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le Membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le Membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le Membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception.

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après : « Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../.... au règlement mutualiste « Mobilité Mutuelle

» et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.» Fait à, le, (signature).

A adresser à : Mobilité Mutuelle / Direction Service Client – 9, rue de Clamart 92772 Boulogne Cedex.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION

5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le Membre participant ou la Mutuelle.

5.2 Cessation de l'adhésion

Chacune des parties signataires du présent contrat peut résilier le contrat DEUX mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

La résiliation à l'initiative de la Mutuelle s'effectue par lettre recommandée.

Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

Le Membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an, dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par la Mutuelle de la notification du Membre participant.

Lorsque le Membre participant a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix Membre participant

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Les dispositions du contrat traitant de la résiliation à l'initiative du Membre participant et faisant mention de « lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont ainsi remplacées par les modes de communication listé ci-dessus.

2 - Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, le Membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

3 - Dans le cas où le Membre participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du Membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues

au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure. »

- À la demande de la Mutuelle : cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 11.

- À titre exceptionnel, le Membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).

La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

- En cas de décès du Membre participant

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

TITRE II - GARANTIES

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES

Les exclusions suivantes ne donnent pas lieu aux garanties et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :

- accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;
- accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- accidents en milieu scolaire couverts par une assurance spécifique.

Ces exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale.

2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale.

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

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

7.1 Choix et changement de garantie

Le portefeuille de la mutuelle se compose de plusieurs gammes santé :

- La garantie sur complémentaire GC, contrat hors cadre solidaire et responsable, qui n'est plus commercialisée depuis le 1^{er} janvier 2016,

- La garantie Hospi, contrat hors cadre solidaire et responsable en cours de commercialisation,
- La garantie Sérénité, contrat surcomplémentaire hors cadre solidaire et responsable en cours de commercialisation mais uniquement pour les membres participants au contrat collectif Renault bénéficiaires de la garantie socle (ou A pour le régime d'accueil) et de la complémentaire (ou B pour régime d'accueil),
- La gamme Confort, garanties individuelles santé surcomplémentaire hors cadre des contrats solidaires et responsables en cours de commercialisation.

Le Membre participant peut prétendre à l'adhésion à l'ensemble des garanties commercialisées.

Tout changement pour une garantie (option) inférieure engage l'adhérent pour une durée minimale de 12 mois, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure.

Le Membre participant anciennement bénéficiaire d'une garantie surcomplémentaire devra attendre 2 années, avant d'avoir de nouveau la possibilité de passer à une option supérieure. Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc...) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le Membre participant.

7.2 Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties frais de santé (les garanties des ayants droit sont identiques à celles du Membre participant), sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le Membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que les enfants du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Membre participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans, être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,

- être âgés de moins de 21 ans, être non salarié et bénéficiant d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du Membre participant.

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20ème anniversaire,

- être âgés de moins de 25 ans, et :

- être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,

- ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,

- ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,

- ou être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé, sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation,

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 25ème anniversaire.

- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire.

- ainsi que les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Membre participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

En tout état de cause, l'adhésion de l'enfant cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il ne satisfait plus à la définition des enfants à charge.

La démission ou la radiation du Membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

7.3 Délais d'attente

Le droit aux prestations forfaitaires, pour le membre participant et/ou ses bénéficiaires, prend effet dans un délai de 3 mois pour l'ensemble des prestations, décompté à partir du premier jour du mois pour lequel la cotisation est payée. Ce délai passe à 6 mois après 60 ans d'âge. Le changement d'option se fera au 1er janvier suivant la date de la demande (ex : si la demande est faite le 1er juillet n, le changement d'option sera effectif au 1er janvier n+1) sous réserve que le courrier parvienne à la Mutuelle avant le 31 décembre de l'année en cours.

7.4 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement. Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité sociale Française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement définies ci-dessus.

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non soumis à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le Membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1er de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Dès lors que le remboursement de la Mutuelle est exprimé forfaitairement en euros, celui-ci s'entend par bénéficiaire. En tout état de cause, après épuisement des forfaits, selon la formule/ module choisi, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

Certaines garanties, selon la formule / module choisi, présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après.

Frais d'hospitalisation en secteurs conventionné et non conventionné (y compris maternité) :

Hospitalisation chirurgicale :

- ✓ Frais chirurgicaux proprement dits,

Hospitalisation médicale :

- ✓ Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1er jour d'hospitalisation,
- ✓ Hospitalisation à domicile (HAD) remboursée par la Sécurité sociale.

Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations chirurgicales ou médicales :

- ✓ Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures diverses (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques).
- ✓ Honoraires : Honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire facturés par un médecin ayant signé ou non un Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).
- ✓ Forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).
- ✓ Forfait ambulatoire.

Frais de chambre particulière (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé aux conditions particulières, les chambres particulières :

- expressément demandées par l'assuré;
- dont les tarifs sont publiquement affichés;
- faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- les appartements privés;
- ✓ les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment: les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.
- ✓ Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale d'un enfant de moins de 12 ans bénéficiaire du contrat (**dans le cadre d'une hospitalisation médicale : limités à 365 jours ou en cas de séjour en psychiatrie à 180 jours**). Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des

deux parents de l'enfant facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents ».

A l'expiration de la limite de prise en charge de 365 jours ou 180 jours pour les frais de chambre particulière et les frais d'accompagnement, le bénéficiaire ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieurs à 90 jours continus et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la garantie.

- ✓ **Participation forfaitaire pour les actes coûteux.**
- ✓ **Péridurale.**

Soins de ville en secteurs conventionné et non conventionné :

Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste, ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Soins d'auxiliaires médicaux, frais de déplacement,

Petite chirurgie et actes de spécialité réalisés par un médecin spécialiste ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Imagerie médicale et actes cliniques d'imagerie réalisés par un médecin ayant signé ou non le Contrat d'Accès aux Soins, l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO),

Biologie médicale,

Participation forfaitaire pour les actes coûteux,

Ostéodensitométrie,

Amniocentèse.

Pharmacie :

- ✓ **Frais pharmaceutiques remboursés par la Sécurité sociale,**
- ✓ **Frais pharmaceutiques prescrits mais non remboursés par la Sécurité sociale,**
- ✓ **Vaccins,**
- ✓ **Pilules contraceptives,**
- ✓ **Dispositif d'aide à l'arrêt du tabac (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, hors cigarettes électroniques).**

Frais de Transport :

Structures mobiles d'urgence et de réanimation :

Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, ne donne pas lieu à remboursement de notre part, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au

remboursement. A ce titre, le contrat ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR).

Optique :

- ✓ Classe A : les équipements inscrits dans cette classe, ainsi que le supplément des verres avec filtre, sont intégralement pris en charge, dans la limite des PLV (Prix Limites de Vente) fixés par la réglementation, tant pour la monture que pour les verres.
- ✓ Classe B : les équipements qui ne sont pas inscrits en classe A, sans PLV, mais avec des minimum et maximum de remboursement selon les catégories de verre, et un maximum de remboursement pour la monture. Le maximum de remboursement intègre le remboursement de la Sécurité sociale.
- ✓ Verres et monture : Equipement optique pris en charge par la Sécurité sociale (deux verres et une monture) : les prestations dépendent du type de verre (verre simple, complexe ou hypercomplexe), du défaut visuel (myopie, hypermétropie, astigmatisme) et de sa gravité selon une échelle de mesure définie comme suit :
- ✓ Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries
- ✓ Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors-zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries verre multifocal ou progressif
- ✓ Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries verre multifocal ou progressif sphérique pour adulte dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries
- ✓ Classe 1 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme <>2
- ✓ Classe 2 : Myopie, Hypermétropie de 0 à 2 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme <>2
- ✓ Classe 3 : Myopie, Hypermétropie de 2,25 à 4 / Astigmatisme de 2,25 à 4 ou Myopie, Hypermétropie de 4,25 à 6 / Astigmatisme <>4
- ✓ Classe 4 : Myopie, Hypermétropie de 6,25 à 8 / Astigmatisme <> 4 ou Myopie, Hypermétropie de 0 à 8 / Astigmatisme <>4,25
- ✓ Classe 5 : Myopie, Hypermétropie 8,25 / Astigmatisme toutes corrections
- ✓ Les prestations dépendent également du choix du professionnel de santé (opticien conventionné ou non conventionné dans le réseau) et de la formule/module souscrite.

Des forfaits « monture enfant », « monture adulte », « verre adulte » et « verre enfant » sont versés, dans les conditions précisées ci-dessous, sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale et la complémentaire santé de 1er niveau.

Lentilles correctives prises en charge ou non par la Sécurité sociale : ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire. Selon le niveau de garantie choisi, un complément « Lentilles » s'ajoute dans les mêmes conditions de versement.

Chirurgie réfractive : selon la formule / module choisi, un forfait est versé une seule fois par œil, sur présentation de la facture acquittée.

Il est versé en cas de chirurgie de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie et de la presbytie.

Dentaire :

En fonction de la formule/module retenu, la Mutuelle peut prendre en charge les garanties suivantes, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe :

- soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco- dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité sociale,
- parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale. Les frais de blanchiment et des facettes ne sont pris en charge par la Mutuelle au titre du présent règlement,
- inlays – onlays pris en charge par la Sécurité sociale,

- implants non pris en charge par la Sécurité sociale. La Mutuelle verse éventuellement un forfait par dent et peut appliquer une limite annuelle civile,
- prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), réparations sur prothèses et inlay-core,
- prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale,
- orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale,
- orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale,

Selon la formule/module choisie, la Mutuelle verse un forfait par an et par bénéficiaire pour les garanties libellées ci-dessus, qui ne donneraient pas lieu à remboursement par la Sécurité sociale. Le calcul peut également se faire par reconstitution d'une base de remboursement Sécurité sociale.

Pour certaines des formules / modules, la prise en charge est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes soins dentaires et inlays / onlays). Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur.

Appareillage :

Selon la formule / module choisi, la Mutuelle prend en charge l'orthopédie, l'audioprothèse et les appareils médicaux, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale.

Les appareils d'aide à la vision peuvent être pris en charge à titre exceptionnel sur certaines formules / modules sur présentation d'une prescription médicale. Le montant remboursé correspond au forfait optique (monture et verres simples).

Cure thermique acceptée par la Sécurité sociale :

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Selon la formule/module choisi, la Mutuelle verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

Médecine douce ou alternative :

Selon la formule / module choisi, sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non reconnues par la Sécurité sociale.

Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes, les chiropracteurs, les kinésilogues, les psychomotriciens, les psychologues, les homéopathes, les diététiciens, les nutritionnistes, les ergothérapeutes, les podologues et les acupuncteurs. Certains actes de pédicurie refusée, de micro-kinésie, ou des pilules contraceptives prescrites non remboursées par la Sécurité sociale peuvent faire également l'objet de contribution ou de complément.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire Adeli.

Un forfait est versé par séance, sur présentation de la facture détaillée, avec cachet du praticien. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

Enfin, les substituts tabagiques en patch ou médicament peuvent être pris en compte (dispositifs d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique).

ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES

8.1 Fonds social

Le Membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale de la mutuelle. La gestion du fonds social est assurée par la Commission Solidarité Mutualiste (voir article 20 du règlement).

TITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par bénéficiaire.

Elles sont établies éventuellement pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites, (pour certaines garanties, le membre participant et ses ayants droit adhèrent systématiquement à la même option),
- pour certaines garanties, du département de résidence du Membre participant (pour les membres participants résidant hors de France métropolitaine, le département de la caisse de Sécurité sociale de rattachement sera retenu),
- pour certaines garanties du régime obligatoire d'assurance maladie,
- de l'âge, c'est-à-dire que pour certaines garanties comme Losange, si un changement du montant de cotisation est prévu au 1er janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation « Enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année de l'âge limite de la définition des enfants à charge prévue à l'article 7.2 du présent règlement.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3ème enfant affilié, tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge précitée.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, sont payables par essentiellement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou par virement et très exceptionnellement par chèque bancaire ou postal.

Elles sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique (en général le 10 du mois).

Le Membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement de sa dette en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Une fois sa dette acquittée, il pourra de nouveau prétendre au prélèvement automatique.

Si la date d'adhésion du Membre participant ne coïncide pas avec le 1er jour du mois en cours, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours restant à courir jusqu'à la fin du mois.

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du Membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au

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

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus au premier alinéa. L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la Mutualité).

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence.

Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du Membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15 %.

ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées sur décision du Conseil d'Administration. Elles sont modifiées, en règle générale, chaque 1^{er} janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire et des décisions prises (article précédent).

Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le contrat peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification. Le Membre participant peut toujours refuser la proposition en respectant les « Modalités de révision » prévues au contrat.**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Modalités de révision

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, **le Membre participant** peut toujours refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de résiliation par lettre tout autre support durable ou moyen prévu par l'article L 221-10-3 du Code de la Mutualité.** Le contrat est alors résilié dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification par lettre ou tout autre support durable de l'organisme assureur, l'organisme assureur considérera que le Membre participant a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat.

TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION

ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Paiement des cotisations

Pour que le Membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au règlement Mobilité Mutuelle.

13.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du règlement, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander au Membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative et notamment celle établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli, etc...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

13.3 Justificatifs et contrôles

• Garantie frais de santé

Les demandes de prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs (liste en annexe) doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans et le trimestre en cours suivant :

- le remboursement de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- la date des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

13.4 Déchéance de garantie au sinistre

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la mutuelle.

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n°85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans et le trimestre en cours conformément aux pratiques de la Sécurité sociale à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

16.1 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour établir les relations précontractuelles avec le Membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

16.2 Langue utilisée

La Mutuelle et le Membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du Membre participant au présent règlement.

16.3 Fonds de garantie

Le Membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la Mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION

17.1 Demande d'information

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent règlement, le Membre participant peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre de confirmation de son adhésion.

17.2 Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application du présent règlement, le membre participant peut contacter Mobilité Mutuelle à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Mobilité Mutuelle

9 rue de Clamart

92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex

Tél. (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur la lettre de confirmation de votre adhésion

A compter de la réception de la réclamation, la mutuelle apporte une réponse circonstanciée au Membre Participant dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la mutuelle adresse au demandeur un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Après épuisement des voies de recours internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par la Mutuelle, le membre participant, ses bénéficiaires ou la Mutuelle peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la mutualité française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le règlement de la médiation de la mutualité française est communiqué sur simple demande. Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF

65

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS Cedex 15

<https://www.mediateur-mutualite.fr/>

La saisine du médiateur de la mutualité française interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation devront être informées.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit du membre participant ou de l'ayant-droit d'intenter une action en justice.

ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

19.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,

- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le Membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties.

Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement. Toute modification du présent règlement sera notifiée au Membre participant.

19.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le Membre participant et les bénéficiaires sont informés par Mobilité Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Mobilité Mutuelle a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel du Groupe Malakoff Humanis qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Mobilité Mutuelle ou de ses partenaires ;
- la gestion des avis du Membre participant et des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Mobilité Mutuelle et de ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le Membre participant et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non re-identification du Membre participant et des bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;
- la proposition au Membre participant et aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Mobilité Mutuelle ou ses partenaires ;

- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré et des bénéficiaires.

Mobilité Mutuelle s'engage à ne pas exploiter les données personnelles du Membre participant et des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, en sa qualité d'organisme d'assurance, Mobilité Mutuelle utilise le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») du Membre participant et des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du Membre participant et des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Mobilité Mutuelle dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et co-assureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé du Membre participant et des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Mobilité Mutuelle et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Mobilité Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé du Membre participant et des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel du Membre participant et des bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Mobilité Mutuelle s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec le Membre participant et les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Mobilité Mutuelle et des prescriptions légales applicables.

Mobilité Mutuelle et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté

au risque présenté par le traitement des données du Membre participant et des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Le Membre participant et les bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Le Membre participant et les bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le Membre participant et les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

19.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

En application des articles L. 223-1 à L. 223-7 du Code de la consommation, le Membre participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « Bloctel », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société Opposetel, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret – 10 000 Troyes.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le Membre participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de la Mutuelle, à l'adresse mentionnée à l'article 19.2, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

19.4 Recommandé Electronique

L'équivalence de l'envoi recommandé électronique à la lettre recommandée a été posée par l'ordonnance n°2017-1433 du 04 octobre 2017.

Ainsi, outre la résiliation annuelle du contrat par lettre recommandée, cette résiliation peut également être formalisée par le membre participant, par envoi recommandé électronique, dans les mêmes conditions de préavis et de prise d'effet définies au contrat. La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi recommandé électronique fait alors foi de la date d'envoi. Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de résiliation par le membre participant de l'adhésion individuelle de ses ayants-droit.

L'envoi recommandé électronique est également admis en cas de renonciation au contrat individuel conclu à distance selon les dispositions de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité. Le recommandé électronique avec accusé de réception peut également être envoyé au même titre que la lettre recommandée avec accusé de réception en vue d'interrompre la prescription :

- de l'action en paiement des cotisations, par la Mutuelle au membre participant,
- de l'action relative au règlement de la prestation, par le membre participant, le bénéficiaire ou ses ayants-droits à la Mutuelle.

ARTICLE 20 – COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE

Elle a en charge l'étude des dossiers justifiant une aide potentielle de la Mobilité Mutuelle dans les cas de :

- maladies graves ou chroniques, de blessures ou d'infirmité et plus généralement de difficultés financières liées à une maladie.
- décès, en cas de difficultés financières.

Pour les membres participants ou un de leurs bénéficiaires, sur demande, après étude du dossier et sur présentation d'un acte de décès et d'une facture acquittée, une participation peut être attribuée à la personne ayant réglé les frais, en cas de frais d'obsèques et/ou de don du corps.

ARTICLE 21 – ACCÈS AUX OEUVRES SANITAIRES ET SOCIALES

La cotisation mensuelle pourra comprendre tous les frais d'adhésion aux Unions départementales permettant ainsi aux membres participants l'accès aux œuvres de celles-ci. Les membres participants de la mutuelle et leur famille peuvent bénéficier de certains avantages accordés par ces diverses institutions, suivant les conditions prévues par leurs statuts et règlements, en échange du versement de cotisations spéciales exigées par les œuvres sociales intégrées dans la Mutuelle et gérées par elle et par les organismes supérieurs auxquels la Mutuelle est affiliée.

ANNEXES

- Liste des pièces justificatives**
- Garanties et cotisations 2022**
- Assistance et téléconsultation**

Liste des pièces justificatives

Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations

	<u>Bénéficiaire Noémie</u>
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation	Factures acquittées d'hébergement et de restauration Attestation sur l'honneur ou récapitulatif des frais de transport
Chambre particulière	Facture acquittée
Verres et monture	Facture acquittée + Prescription médicale En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - soit la nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
Forfait lentilles correctives	Prescription médicale + facture acquittée
Chirurgie réfractive	Facture acquittée nominative
Couronne dentaire provisoire	Facture acquittée nominative
Parodontologie	Facture acquittée nominative
Implantologie	Facture acquittée nominative
Orthodontie non prise en charge	Facture acquittée précisant la date des soins
Appareillage	Facture acquittée nominative
Forfait naissance	Extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille
Forfait adoption	Certificat définitif d'adoption
Frais d'hébergement et de transport cure thermique	Attestation ou facture de la cure thermique mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
Médecine alternative	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant le numéro ADEL ou le numéro d'immatriculation FINESS, les dates et le nombre des séances effectuées)
Traitement antitabac	Facture acquittée nominative
Examen de mesure de la densité osseuse	Facture acquittée nominative
Vaccins non remboursés	Facture acquittée nominative
Contraception	Facture acquittée nominative
Pharmacie prescrite et non remboursée	Prescription médicale + Facture acquittée nominative

	<u>Non Bénéficiaire Noémie</u>
Pour les soins pris en charge par la Sécurité Sociale	Décompte original de la Sécurité Sociale + Justificatifs ci-dessus

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité Sociale : facture originale acquittée

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative pour tenir compte, notamment, des spécificités des garanties souscrites.

Garanties et cotisations 2022

Garanties au 1 ^{er} janvier 2022 / Contrats santé respectant les critères solidaires et responsables Art ¹ : R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale	A	AB	AC
(y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)	Contrat en cours de commercialisation	Contrat en cours de commercialisation	Contrat en cours de commercialisation
Hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité et à domicile (secteur			
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour en établissement conventionné	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Signataires DPTM	120% BRSS	140% BRSS	150% BRSS
Honoraires - Non signataires DPTM	100% BRSS	120% BRSS	130% BRSS
Chambre particulière ambulatoire	10 €	20 €	25 €
Chambre particulière avec nuitée (par jour)	15 €	25 €	40 €
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans / par jour)	10 €	20 €	25 €
Soins courants			
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées signataires DPTM	100% BRSS	100% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées non signataires DPTM	100% BRSS	100% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes non conventionnées	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité signataires DPTM	100% BRSS	100% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité non signataires DPTM	100% BRSS	100% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie signataires DPTM	100% BRSS	100% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie non signataires DPTM	100% BRSS	100% BRSS	170% BRSS
Actes et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de transport médical accepté par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % et 15%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire pour acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR
Appareillage			
Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)	100% du BRSS	100% du BRSS + 153 €	100% du BRSS + 366 €
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...)	100% du BRSS	100% du BRSS + 153 €	100% du BRSS + 366 €
Aide Auditive			
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	100 % BR dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans	100 % BR + 305 € par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans	100 % BR + 671 € par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021)	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans		
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021)	100 % BR dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans	100 % BR + 305 € par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans	100 % BR + 671 € par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Dentaire			
Soins dentaires, consultations, radiographie, inlays-onlays, parodontologie remboursée par la SS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de soins prothétiques du panier 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR
Actes dentaires hors panier 100% santé : prothèses dentaires remboursées par la SS (couronne et adjonction de couronne, bridge, inter de bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core) et implants (plafond par an)	100% BRSS	100% BRSS + 112 €	100% BRSS + 341 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	100% BRSS	100% BRSS + 69 €	100% BRSS + 145 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	-	69 €	145 €
Optique*			
CLASSE A	CLASSE A	CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	100% FR	100% FR	100% FR
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	30 €	30 €	30 €
CLASSE B	CLASSE B	CLASSE B	CLASSE B
Monture + 2 verres simples	100 € dont 50 € max pour la monture	120 € dont 60 € max pour la monture	150 € dont 70 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 € dont 50 € max pour la monture	210 € dont 60 € max pour la monture	230 € dont 70 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes	200 € dont 50 € max pour la monture	210 € dont 60 € max pour la monture	230 € dont 70 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS	100% BRSS + 112 €	100% BRSS + 158 €
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	100 €	120 €	150 €
Cures thermales			
Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS	100% du BRSS + 138 €	100% du BRSS + 138 €
Médecine alternative			
Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropractie et kinésiothérapie (par acte/par an)**	-	20 € / 60 €	20 € / 80 €
Psychomotriciens et psychologues (par acte / par an)**	-	30 €	30 €
Parodontie (par acte/par an)**	-		
Substituts nicotiniques (patchs, médicaments) (par an)**	-		
Evénements familiaux			
Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit		
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit		
Assistance et téléconsultation			
Aide à domicile (assistance 7 jours sur 7 et 24h/24) et Téléconsultation	Oui	Oui	Oui

Garanties au 1 ^{er} janvier 2022 / Contrats santé respectant les critères solidaires et responsables Art ^o : R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale	AS	AM
(y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)	Contrat en cours de commercialisation	Contrat en cours de commercialisation
Hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité et à domicile (secteur		
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	100% FR	100% FR
Frais de séjour en établissement conventionné	100% BRSS	100% BRSS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Signataires DPTM	160% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Non signataires DPTM	140% BRSS	150% BRSS
Chambre particulière ambulatoire	30 €	35 €
Chambre particulière avec nuitée (par jour)	55 €	70 €
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans / par jour)	30 €	35 €
Soins courants		
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes non conventionnées	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS
Actes et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	100% BRSS	100% BRSS
Frais de transport médical accepté par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % et 15%	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire pour acte lourd	100% FR	100% FR
Appareillage		
Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)	100% du BRSS + 671€	100% du BRSS + 976€
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...)	100% du BRSS + 671€	100% du BRSS + 976€
Aide Auditive		
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	100 % BR + 1129€ par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans	100 % BR + 1587 € par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021)	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans	
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021)	100 % BR + 1129€ par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans	100 % BR + 1587 € par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Dentaire		
Soins dentaires, consultations, radiographie, inlays-onlays, parodontologie remboursée par la SS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de soins prothétiques du panier 100% santé	100% FR	100% FR
Actes dentaires hors panier 100% santé : prothèses dentaires remboursées par la SS (couronne et adjonction de couronne, bridge, inter de bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core) et implants (plafond par an)	100% BRSS + 675 €	100% BRSS + 1007 €
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	100% BRSS + 275 €	100% BRSS + 405 €
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	275 €	405 €
Optique*		
CLASSE A	CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	100% FR	100% FR
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	30 €	30 €
CLASSE B	CLASSE B	CLASSE B
Monture + 2 verres simples	210 € dont 90 € max pour la monture	270 € dont 100 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	260 € dont 90 € max pour la monture	340 € dont 100 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes	260 € dont 90 € max pour la monture	340 € dont 100 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS + 248 €	100% BRSS + 336 €
Supplément lentilles acceptées uniquement (par an)	-	-
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	210 €	270 €
Chirurgie laser de l'œil (par œil et par an)	-	380 €
Cures thermales		
Cure thermale remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS + 138€	100% du BRSS + 138 €
Médecine alternative		
Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropractie et kinésiothérapie (par acte/par an)**		
Psychomotriciens et psychologues (par acte / par an)**	20 € / 100 €	20 € / 120 €
Parodontie (par acte/par an)**		
Substituts nicotiniques (patches, médicaments) (par an)**	30 €	30 €
Evénements familiaux		
Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit	
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit	
Assistance et téléconsultation		
Aide à domicile (assistance 7 jours sur 7 et 24h/24) et Téléconsultation	Oui	Oui

Garanties au 1 ^{er} janvier 2022 / Contrats santé respectant les critères solidaires et responsables Art [°] : R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale	A Plus	AB Plus	AC Plus
(y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)	Arrêt de la commercialisation au 31/12/2015	Arrêt de la commercialisation au 31/12/2015	Arrêt de la commercialisation au 31/12/2015
Hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité et à domicile (secteur			
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR
Frais de séjour en établissement conventionné	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Signataires DPTM	200% BRSS	210% BRSS	220% BRSS
Honoraires - Non signataires DPTM	170% BRSS	180% BRSS	190% BRSS
Chambre particulière ambulatoire	10 €	20 €	25 €
Chambre particulière avec nuitée (par jour)	20 €	30 €	45 €
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans / par jour)	10 €	20 €	25 €
Soins courants			
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes non conventionnées	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS	170% BRSS
Actes et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de transport médical accepté par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % et 15%	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire pour acte lourd	100% FR	100% FR	100% FR
Appareillage			
Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)	220% du BRSS	220% du BRSS + 153€	220% du BRSS + 366 €
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...)	100% du BRSS	100% du BRSS + 153 €	100% du BRSS + 366 €
Aide Auditive			
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	220 % BR dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans	220 % BR + 305 € par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans	220 % BR + 671 € par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021)	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans		
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021)	220 % BR dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans	220 % BR + 305 € par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans	220 % BR + 671 € par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Dentaire			
Soins dentaires, consultations, radiographie, inlays-onlays, parodontologie remboursée par la SS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de soins prothétiques du panier 100% santé	100% FR	100% FR	100% FR
Actes dentaires hors panier 100% santé : prothèses dentaires remboursées par la SS (couronne et adjonction de couronne, bridge, inter de bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core) et implants (plafond par an)	100% BRSS + 200% RSS	100% BRSS + 112 € + 200% RSS	100% BRSS + 341 € + 200% RSS
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	100% BRSS + 200% RSS	100% BRSS + 69 € + 200% RSS	100% BRSS + 145 € + 200% RSS
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	-	69 €	145 €
Optique*			
CLASSE A	CLASSE A	CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	100% FR	100% FR	100% FR
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	30 €	30 €	30 €
CLASSE B	CLASSE B	CLASSE B	CLASSE B
Monture + 2 verres simples	100 € dont 50 € max pour la monture	160 € dont 60 € max pour la monture	210 € dont 70 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 € dont 50 € max pour la monture	230 € dont 60 € max pour la monture	290 € dont 70 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes	200 € dont 50 € max pour la monture	230 € dont 60 € max pour la monture	290 € dont 70 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS	100% BRSS + 112€	100% BRSS + 158€
Supplément lentilles acceptées uniquement (par an)	4% PMSS	4% PMSS	4% PMSS
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	100 €	160 €	210 €
Chirurgie laser de l'œil (par œil et par an)	-	-	-
Cures thermales			
Cure thermique remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS + 138 €	100% du BRSS + 138 €	100% du BRSS + 138 €
Médecine alternative			
Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropractie et kinésiologie (par acte/par an)**	-	20 € / 60 €	20 € / 80 €
Psychomotriciens et psychologues (par acte / par an)**	-		
Parodontie (par acte/par an)**	-		
Substituts nicotiniques (patches, médicaments) (par an)**	-	30 €	30 €
Événements familiaux			
Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit		
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit		
Assistance et téléconsultation			
Aide à domicile (assistance 7 jours sur 7 et 24h/24) et Téléconsultation	Oui	Oui	Oui

Garanties au 1 ^{er} janvier 2022 / Contrats santé respectant les critères solidaires et responsables Art ¹ : R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale	AS Plus	AM Plus
(y compris les remboursements du régime Sécurité Sociale)	Arrêt de la commercialisation au 31/12/2015	Arrêt de la commercialisation au 31/12/2015
Hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité et à domicile (secteur		
Forfait journalier hospitalier	100 % du forfait	100 % du forfait
Forfait acte lourd	100% FR	100% FR
Frais de séjour en établissement conventionné	100% BRSS	100% BRSS
Frais de séjour en établissement non conventionné	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Signataires DPTM	230% BRSS	240% BRSS
Honoraires - Non signataires DPTM	200% BRSS	200% BRSS
Chambre particulière ambulatoire	30 €	35 €
Chambre particulière avec nuitée (par jour)	60 €	75 €
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans / par jour)	30 €	35 €
Soins courants		
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes conventionnées non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Consultations et visites généralistes / spécialistes non conventionnées	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Petite chirurgie / actes de spécialité non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie signataires DPTM	190% BRSS	190% BRSS
Honoraires - Imagerie médicale / actes cliniques d'imagerie non signataires DPTM	170% BRSS	170% BRSS
Actes et examens de laboratoire	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...)	100% BRSS	100% BRSS
Frais de transport médical accepté par la Sécurité sociale	100% BRSS	100% BRSS
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %, 30 % et 15%	100% BRSS	100% BRSS
Participation forfaitaire pour acte lourd	100% FR	100% FR
Appareillage		
Prothèses diverses, orthopédie - petit appareillage (par appareil)	220% du BRSS + 671€	220% du BRSS + 976€
Grand appareillage (fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...)	100% du BRSS + 671€	100% du BRSS + 976€
Aide Auditive		
Aides auditives remboursées par la SS (jusqu'au 31/12/2020)	220 % BR + 1129€ par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans	220 % BR + 1587 € par an dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (à partir du 01/01/2021)	100 % des Frais réels dans la limite des PLV (Prix Limite de Vente) par aide auditive avec une aide par oreille tous les 4 ans	
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2 (à partir du 01/01/2021)	220 % BR + 1129€ par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans	220 % BR + 1587 € par an dans la limite de 1700€ par aide auditive et d'une aide par oreille tous les 4 ans
Dentaire		
Soins dentaires, consultations, radiographie, inlays-onlays, parodontologie remboursée par la SS	100% BRSS	100% BRSS
Frais de soins prothétiques du panier 100% santé	100% FR	100% FR
Actes dentaires hors panier 100% santé : prothèses dentaires remboursées par la SS (couronne et adjonction de couronne, bridge, inter de bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core) et implants (plafond par an)	100% BRSS + 675 € + 200% R55	100% BRSS + 1007 € + 200% R55
Orthodontie remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	100% BRSS + 275 € + 200%R55	100% BRSS + 405 € + 200%R55
Orthodontie non remboursée par la Sécurité Sociale (forfait par semestre)	275 €	405 €
Optique*		
CLASSE A	CLASSE A	CLASSE A
Verres quelque soient les dioptries	100% FR	100% FR
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	30 €	30 €
CLASSE B	CLASSE B	CLASSE B
Monture + 2 verres simples	270 € dont 90 € max pour la monture	340 € dont 100 € max pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	360 € dont 90 € max pour la monture	460 € dont 100 € max pour la monture
Monture + 2 verres à dioptries différentes	360 € dont 90 € max pour la monture	460 € dont 100 € max pour la monture
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100% BRSS + 248€	100% BRSS + 336€
Supplément lentilles acceptées uniquement (par an)	4% PMSS	4% PMSS
Appareillage d'aide à la vision sur prescription médicale (max par an)	270 €	340 €
Chirurgie laser de l'œil (par œil et par an)	-	380 €
Cures thermales		
Cure thermique remboursée par la Sécurité Sociale (par an)	100% du BRSS + 138	100% du BRSS + 138
Médecine alternative		
Médecines douces ou alternatives : ostéopathie, chiropractie et kinésiologie (par acte/par an)**	20 € / 100 €	20 € / 120 €
Psychomotriciens et psychologues (par acte / par an)**		
Parodontie (par acte/par an)**		
Substituts nicotiniques (patchs, médicaments) (par an)**	30 €	30 €
Evénements familiaux		
Naissance ou adoption	12 mois d'exonération de cotisations pour l'enfant inscrit	
Mariage ou PACS	3 mois d'exonération de cotisations pour le conjoint inscrit	
Assistance et téléconsultation		
Aide à domicile (assistance 7 jours sur 7 et 24h/24) et Téléconsultation	Oui	Oui

La garantie “ frais de santé ” de votre contrat prend en charge le Ticket Modérateur des 3 prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la Sécurité sociale. (cf : règlement mutualiste disponible sur le site internet de la Mutuelle et sur demande) Les montants et barèmes indiqués représentent la participation maximale de la Mutuelle dans la limite des frais engagés après déduction du remboursement Sécurité sociale éventuel.
DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée. Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signée par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-CO spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique). Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr. MR : Montant remboursé par la Sécurité Sociale / TM : Ticket Modérateur / FR : Frais Réels / RSS : Remboursement Sécurité sociale. PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale.
(*) PRECISION POUR POSTE OPTIQUE Concernant l'optique, la période est fixe et s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Limitation à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans pour les bénéficiaires de 16 ans et plus sauf changement de correction de 0,5 dioptrie Limitation à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans pour les bénéficiaires de - 16 ans sauf changement de correction de 0,5 dioptrie Limitation à une paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 6 mois pour les bénéficiaires jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur Verres simples : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie Verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 et +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00
Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction relative au contrats d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116
** A l'exception des séances de psychothérapie et de psychanalyse. Elles sont plafonnées globalement et annuellement en fonction de l'option choisie. Montant maximum par an pour l'ensemble de ces garanties : option AB / AB+ = 60 € ; option AC/AC+ = 80 € ; option AS/AS+ = 100€ ; option AM/AM+ = 120€

GARANTIES 2022

Les prestations s'entendent hors participation forfaitaire, majorations de participation ou dépassements d'honoraires qui seraient mis à la charge du bénéficiaire du fait du non-respect du parcours de soins ou de la non-présentation du dossier médical personnel. Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et de tout autre organisme assureur complémentaire d'assurance maladie. Les prestations s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros. En secteur non conventionné, la base de remboursement est égale au tarif d'autorité.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)

Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS

Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)

Praticiens adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels

Actes d'imagerie (radiologie)

Praticiens adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	100 % BRSS

Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens, Transports sanitaires et Médicaments

Honoraires paramédicaux	100 % BRSS
Analyses et examens de biologie	100 % BRSS
Transport remboursé par le RO	100 % BRSS
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	100 % BRSS
Médicaments : patchs et pilules contraceptifs prescrits non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	-

Matériel médical

Petit dispositif médical, appareillage et pansements remboursés par le RO	100 % BRSS
Orthopédie remboursée par le RO	100 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO (lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)	100 % BRSS

HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)

Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur conventionné)	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalescence)	-
Chambre particulière ambulatoire	-
Frais d'accompagnement (pour les moins de 16 ans et par jour)	-

DENTAIRE *

Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie et inlays-onlays ...)	100 % BRSS
Prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes, bridges ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	100 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	-
Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	-
Implantologie : pose du pilier implantaire (dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire)	-
Parodontologie non remboursée par le RO (tous les 3 ans par bénéficiaire)	-
Orthodontie remboursée par le RO	100 % BRSS
Orthodontie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-

OPTIQUE *

Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins pour les plus de 16 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 16 ans, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les six mois révolus, pour les moins de 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, sur prescription médicale.

Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit :

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

- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie.

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

Équipements 100 % Santé - Classe A

Verres quelques soient les dioptries (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge

Équipements à tarif libre - Classe B

Monture + 2 verres simples	100 % BRSS
Monture + 2 verres complexes	100 % BRSS
Monture + 2 verres très complexes	100 % BRSS
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	100 % BRSS
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	100 % BRSS
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	100 % BRSS

Lentilles et autres prestations optique

Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale	100 % BRSS
Lentilles non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation	-
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) (par œil)	-
Implants oculaires mutifocaux non remboursés par le RO	-

AIDES AUDITIVES (dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans) *

Équipements 100 % Santé - Classe 1

Aide auditive adulte (20 ans et plus)	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive
Aide auditive enfant (moins de 20 ans) et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive

Équipements à tarif libre - Classe 2

Aides auditives remboursées par le RO (dans la limite de 1 700 € par aide auditive, remboursement RO compris)	100 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le RO	100 % BRSS

BIEN-ETRE - ASSISTANCE & TELECONSULTATION - PREVENTION

Cure thermale remboursée par le RO	100 % BRSS
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, diététique, nutrition, acupuncture, ergothérapie, pédicurie non remboursée par le RO, podologie, micro-kinésie	-
Aide à domicile (assistance 7/7 jours et 24/24 heures) et Téléconsultation	Oui
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

* Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116.

GARANTIES 2022

Les prestations s'entendent hors participation forfaitaire, majorations de participation ou dépassements d'honoraires qui seraient mis à la charge du bénéficiaire du fait du non-respect du parcours de soins ou de la non-présentation du dossier médical personnel. Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et de tout autre organisme assureur complémentaire d'assurance maladie. Les prestations s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros. En secteur non conventionné, la base de remboursement est égale au tarif d'autorité.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)

Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	125 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS

Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)

Praticiens adhérents au DPTM	125 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels

Actes d'imagerie (radiologie)

Praticiens adhérents au DPTM	125 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	100 % BRSS

Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens, Transports sanitaires et Médicaments

Honoraires paramédicaux	125 % BRSS
Analyses et examens de biologie	125 % BRSS
Transport remboursé par le RO	125 % BRSS
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	100 % BRSS
Médicaments : patchs et pilules contraceptifs prescrits non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	25 €

Matériel médical

Petit dispositif médical, appareillage et pansements remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS + 100 €
Orthopédie remboursée par le RO	150 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO (lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)	150 % BRSS

HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)

Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	150 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	130 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur conventionné)	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalescence)	20 €
Chambre particulière ambulatoire	20 €
Frais d'accompagnement (pour les moins de 16 ans et par jour)	15 €

DENTAIRE *

Limitation commune à 2000 € par an et par bénéficiaire, pour l'implantologie (implant et pilier implantaire) et les prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO. Au-delà de ce plafond, seuls les tickets modérateurs seront remboursés.

Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie et inlays-onlays ...)	100 % BRSS
Prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes, bridges ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	150 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	-
Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	-
Implantologie : pose du pilier implantaire (dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire)	-
Parodontologie non remboursée par le RO (tous les 3 ans par bénéficiaire)	-
Orthodontie remboursée par le RO	200 % BRSS
Orthodontie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-

OPTIQUE *

Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins pour les plus de 16 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 16 ans, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les six mois révolus, pour les moins de 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, sur prescription médicale.

Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit :

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

- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie.

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

Équipements 100 % Santé - Classe A

Verres quelconques soient les dioptries (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge

Équipements à tarif libre - Classe B

Monture + 2 verres simples	100 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	200 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	300 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	150 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	250 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	275 € dont 50 € maximum pour la monture

Lentilles et autres prestations optique

Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale	100 % BRSS
Lentilles non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation	-
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) (par œil)	-
Implants oculaires mutifocaux non remboursés par le RO	-

AIDES AUDITIVES (dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans) *

Équipements 100 % Santé - Classe 1

Aide auditive adulte (20 ans et plus)	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive
Aide auditive enfant (moins de 20 ans) et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive

Équipements à tarif libre - Classe 2

Aides auditives remboursées par le RO (dans la limite de 1 700 € par aide auditive, remboursement RO compris)	200 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le RO	200 % BRSS

BIEN-ETRE - ASSISTANCE & TELECONSULTATION - PREVENTION

Cure thermique remboursée par le RO	100 % BRSS
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, diététique, nutrition, acupuncture, ergothérapie, pédicurie non remboursée par le RO, podologie, micro-kinésie	20 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Aide à domicile (assistance 7/7 jours et 24/24 heures) et Téléconsultation	Oui
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

* Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116.

GARANTIES 2022

Les prestations s'entendent hors participation forfaitaire, majorations de participation ou dépassements d'honoraires qui seraient mis à la charge du bénéficiaire du fait du non-respect du parcours de soins ou de la non-présentation du dossier médical personnel. Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et de tout autre organisme assureur complémentaire d'assurance maladie. Les prestations s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros. En secteur non conventionné, la base de remboursement est égale au tarif d'autorité.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)

Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	175 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	155 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS

Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)

Praticiens adhérents au DPTM	150 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	130 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels

Actes d'imagerie (radiologie)

Praticiens adhérents au DPTM	180 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	160 % BRSS

Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens, Transports sanitaires et Médicaments

Honoraires paramédicaux	140 % BRSS
Analyses et examens de biologie	140 % BRSS
Transport remboursé par le RO	140 % BRSS
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	100 % BRSS
Médicaments : patchs et pilules contraceptifs prescrits non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	75 €

Matériel médical

Petit dispositif médical, appareillage et pansements remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS + 200 €
Orthopédie remboursée par le RO	200 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO (lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)	200 % BRSS

HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)

Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	200 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	180 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur conventionné)	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalescence)	40 €
Chambre particulière ambulatoire	40 €
Frais d'accompagnement (pour les moins de 16 ans et par jour)	20 €

DENTAIRE *

Limitation commune à 2000 € par an et par bénéficiaire, pour l'implantologie (implant et pilier implantaire) et les prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO. Au-delà de ce plafond, seuls les tickets modérateurs seront remboursés.

Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie et inlays-onlays ...)	150 % BRSS
Prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes, bridges ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	250 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	-
Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	-
Implantologie : pose du pilier implantaire (dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire)	-
Parodontologie non remboursée par le RO (tous les 3 ans par bénéficiaire)	140 €
Orthodontie remboursée par le RO	250 % BRSS

Orthodontie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-
OPTIQUE *	
Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins pour les plus de 16 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 16 ans, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les six mois révolus, pour les moins de 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, sur prescription médicale. Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit : - Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00. - Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie. - Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.	
Équipements 100 % Santé - Classe A	
Verres quelques soient les dioptries (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge
Équipements à tarif libre - Classe B	
Monture + 2 verres simples	150 € dont 80 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	300 € dont 80 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	500 € dont 80 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	200 € dont 80 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	300 € dont 80 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	400 € dont 80 € maximum pour la monture
Lentilles et autres prestations optique	
Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale	100 % BRSS + 150 €
Lentilles non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation	par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) (par œil)	250 €
Implants oculaires mutifocaux non remboursés par le RO	-
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans) *	
Équipements 100 % Santé - Classe 1	
Aide auditive adulte (20 ans et plus)	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive
Aide auditive enfant (moins de 20 ans) et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive
Équipements à tarif libre - Classe 2	
Aides auditives remboursées par le RO (dans la limite de 1 700 € par aide auditive, remboursement RO compris)	300 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le RO	300 % BRSS
BIEN-ETRE - ASSISTANCE & TELECONSULTATION - PREVENTION	
Cure thermale remboursée par le RO	150 % BRSS
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, diététique, nutrition, acupuncture, ergothérapie, pédicurie non remboursée par le RO, podologie, micro-kinésie	30 € par séance dans la limite de 3 séances par an et par bénéficiaire
Aide à domicile (assistance 7/7 jours et 24/24 heures) et Téléconsultation	Oui
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

* Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale // DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée // RO : Régime Obligatoire // PLV : Prix Limite de Vente
Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 30 septembre 2021

GARANTIES 2022

Les prestations s'entendent hors participation forfaitaire, majorations de participation ou dépassements d'honoraires qui seraient mis à la charge du bénéficiaire du fait du non-respect du parcours de soins ou de la non-présentation du dossier médical personnel. Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et de tout autre organisme assureur complémentaire d'assurance maladie. Les prestations s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros. En secteur non conventionné, la base de remboursement est égale au tarif d'autorité.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)

Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	215 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	195 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS

Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)

Praticiens adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	150 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels

Actes d'imagerie (radiologie)

Praticiens adhérents au DPTM	220 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	200 % BRSS

Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens, Transports sanitaires et Médicaments

Honoraires paramédicaux	160 % BRSS
Analyses et examens de biologie	160 % BRSS
Transport remboursé par le RO	165 % BRSS
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	100 % BRSS
Médicaments : patchs et pilules contraceptifs prescrits non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	150 €

Matériel médical

Petit dispositif médical, appareillage et pansements remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS + 300 €
Orthopédie remboursée par le RO	250 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO (lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)	250 % BRSS

HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)

Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	300 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	200 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur conventionné)	180 % BRSS
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalescence)	60 €
Chambre particulière ambulatoire	60 €
Frais d'accompagnement (pour les moins de 16 ans et par jour)	40 €

DENTAIRE *

Limitation commune à 2500 € par an et par bénéficiaire, pour l'implantologie (implant et pilier implantaire) et les prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO. Au-delà de ce plafond, seuls les tickets modérateurs seront remboursés.

Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie et inlays-onlays ...)	270 % BRSS
Prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes, bridges ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	350 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	-
Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	300 € par pose d'implant
Implantologie : pose du pilier implantaire (dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire)	200 € par pose de pilier
Parodontologie non remboursée par le RO (tous les 3 ans par bénéficiaire)	300 €
Orthodontie remboursée par le RO	300 % BRSS
Orthodontie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	-

OPTIQUE *

Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins pour les plus de 16 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 16 ans, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les six mois révolus, pour les moins de 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, sur prescription médicale.

Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit :

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

- Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie.

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

Équipements 100 % Santé - Classe A

Verres quelconques soient les dioptries (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge
Monture (remboursement maximum à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge

Équipements à tarif libre - Classe B

Monture + 2 verres simples	200 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	400 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	600 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	300 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	400 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	500 € dont 100 € maximum pour la monture

Lentilles et autres prestations optique

Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale	100 % BRSS + 175 €
Lentilles non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation	par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie) (par œil)	500 €
Implants oculaires mutifocaux non remboursés par le RO	-

AIDES AUDITIVES (dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans) *

Équipements 100 % Santé - Classe 1

Aide auditive adulte (20 ans et plus)	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive
Aide auditive enfant (moins de 20 ans) et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive

Équipements à tarif libre - Classe 2

Aides auditives remboursées par le RO (dans la limite de 1 700 € par aide auditive, remboursement RO compris)	300 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le RO	300 % BRSS

BIEN-ETRE - ASSISTANCE & TELECONSULTATION - PREVENTION

Cure thermique remboursée par le RO	170 % BRSS
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, diététique, nutrition, acupuncture, ergothérapie, pédicurie non remboursée par le RO, podologie, micro-kinésie	30 € par séance dans la limite de 4 séances par an et par bénéficiaire
Aide à domicile (assistance 7/7 jours et 24/24 heures) et Téléconsultation	Oui
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

* Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116.

GARANTIES 2022

Les prestations s'entendent hors participation forfaitaire, majorations de participation ou dépassements d'honoraires qui seraient mis à la charge du bénéficiaire du fait du non-respect du parcours de soins ou de la non-présentation du dossier médical personnel. Le montant des prestations servies ne peut excéder les frais réellement engagés, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et de tout autre organisme assureur complémentaire d'assurance maladie. Les prestations s'entendent y compris le remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros. En secteur non conventionné, la base de remboursement est égale au tarif d'autorité.

SOINS COURANTS

Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)

Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	215 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	195 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS

Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)

Praticiens adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	150 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels

Actes d'imagerie (radiologie)

Praticiens adhérents au DPTM	320 % BRSS
Praticiens non adhérents au DPTM	200 % BRSS

Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens, Transports sanitaires et Médicaments

Honoraires paramédicaux	160 % BRSS
Analyses et examens de biologie	160 % BRSS
Transport remboursé par le RO	165 % BRSS
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	100 % BRSS
Médicaments : patchs et pilules contraceptifs prescrits non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	150 €

Matériel médical

Petit dispositif médical, appareillage et pansements remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS + 300 €
Orthopédie remboursée par le RO	250 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO (lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)	250 % BRSS

HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)

Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	400 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	200 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur conventionné)	230 % BRSS
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalescence)	90 €
Chambre particulière ambulatoire	90 €
Frais d'accompagnement (pour les moins de 16 ans et par jour)	40 €

DENTAIRE *

Limitation commune à 3000 € par an et par bénéficiaire, pour l'implantologie (implant et pilier implantaire) et les prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO. Au-delà de ce plafond, seuls les tickets modérateurs seront remboursés.

Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie et inlays-onlays ...)	300 % BRSS
Prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes, bridges ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	350 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	-
Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	300 € par pose d'implant
Implantologie : pose du pilier implantaire (dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire)	200 € par pose de pilier
Parodontologie non remboursée par le RO (tous les 3 ans par bénéficiaire)	400 €
Orthodontie remboursée par le RO	300 % BRSS

Orthodontie non remboursée par le RO (<i>par an et par bénéficiaire</i>)	400 €
OPTIQUE *	
Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans révolus. Cependant, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins pour les plus de 16 ans et sur présentation de la première et de la seconde ordonnance, une seconde paire pourra être accordée au bout d'un an révolu. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les ans révolus, pour les moins de 16 ans, en cas de correction de dioptrie de 0,5 au moins. Limitation à 1 paire de lunettes (1 monture + 2 verres) tous les six mois révolus, pour les moins de 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, sur prescription médicale. Les catégories de verres sont issues de la nomenclature Sécurité Sociale avec le détail comme suit : - Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00. - Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est supérieure à -6,00 ou +6,00 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 et verre multifocal ou progressif et pour le matériel pour amblyopie. - Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.	
Équipements 100 % Santé - Classe A	
Verres quelques soient les dioptries (<i>remboursement maximum à hauteur du prix de vente</i>)	sans reste à charge
Monture (<i>remboursement maximum à hauteur du prix de vente</i>)	sans reste à charge
Équipements à tarif libre - Classe B	
Monture + 2 verres simples	300 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	500 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	600 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	400 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	425 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	525 € dont 100 € maximum pour la monture
Lentilles et autres prestations optique	
Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale	100 % BRSS + 225 €
Lentilles non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation	par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (<i>myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie</i>) (<i>par œil</i>)	500 €
Implants oculaires mutifocaux non remboursés par le RO	-
AIDES AUDITIVES (dans la limite d'une aide par oreille tous les 4 ans) *	
Équipements 100 % Santé - Classe 1	
Aide auditive adulte (<i>20 ans et plus</i>)	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive
Aide auditive enfant (<i>moins de 20 ans</i>) et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des PLV par aide auditive
Équipements à tarif libre - Classe 2	
Aides auditives remboursées par le RO (<i>dans la limite de 1 700 € par aide auditive, remboursement RO compris</i>)	300 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (<i>piles, produits d'entretien, petits accessoires</i>) remboursés par le RO	300 % BRSS
BIEN-ETRE - ASSISTANCE & TELECONSULTATION - PREVENTION	
Cure thermale remboursée par le RO (<i>par an et par bénéficiaire</i>)	170 % BRSS + 150 €
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie, psychothérapie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, diététique, nutrition, acupuncture, ergothérapie, pédicurie non remboursée par le RO, podologie, micro-kinésie	30 € par séance dans la limite de 6 séances par an et par bénéficiaire
Aide à domicile (<i>assistance 7/7 jours et 24/24 heures</i>) et Téléconsultation	Oui
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

* Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitées aux plafonds prévus par l'instruction relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire solidaire et responsable du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale // DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée // RO : Régime Obligatoire // PLV : Prix Limite de Vente
 Losange Or n'est plus commercialisée - Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 15 octobre 2021

Contrats santé ne respectant pas les critères solidaires et responsables Art [°] : R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale			
Garanties Sur-Complémentaires au 1er janvier 2022	CONFORT 1	CONFORT 2	GC
(en complément des remboursements du régime Sécurité Sociale et de la complémentaire santé)	Contrat en cours de commercialisation	Contrat en cours de commercialisation	Arrêt de la commercialisation au 31/12/2015
Médecine de ville (secteur conventionné)			
Consultations, visites - Médecin traitant ou généraliste (par acte)	-	10 €	-
Consultations, visites - Médecin ou spécialiste secteur 2 (par acte)	20 €	40 €	1% PMSS
Consultations, visites - Professeurs (par acte)	40 €	80 €	2% PMSS
Médecine douce ou alternative (par an)*	30 €	60 €	-
Hospitalisation (secteur conventionné en médecine et chirurgie, hors maternité)			
Chambre particulière (par jour)**	20 €	40 €	80% PMSS
Lit d'accompagnement (enfant de -12 ans) (par jour)**	20 €	40 €	
Dépassements d'honoraires	100 % BRSS	200 % BRSS	
Hospitalisation à l'étranger (remboursée par la Sécurité sociale)	-	-	200% BRSS
Actes dentaires	Max 500 € par an	Max 1000 € par an	
Prothèse dentaire acceptée par la Sécurité Sociale (hors 100% santé)	100 % BRSS 200 e	200 % BRSS 400 e	200% BRSS
Implant (par an)	200 €	400 €	10% PMSS
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	-	-	
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100 % BRSS	200 % BRSS	200% BRSS
Parodontologie *	30 €	60 €	-
Optique (en complément des remboursements Mutuelle / Classe B / hors 100% santé)			
Monture + 2 verres simples ***	40 € dont monture max 10 €	80 € dont monture max 20 €	2% PMSS
Monture + 2 verres à dioptries différentes ***	80 € dont monture max 10 €	120 € dont monture max 20 €	4% PMSS
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes ***	120 € dont monture max 10 €	180 € dont monture max 20 €	4% PMSS
Lentilles acceptées ou refusées sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an)	100 €	200 €	4% PMSS
Appareillage, prothèses, acoustique			
Orthopédie, appareillage et accessoires	50 % BRSS	150 % BRSS	200% BRSS
Prothèses auditives (dont piles et entretien)	50 % BRSS	150 % BRSS	200% BRSS

Ces prestations sont remboursées dans la limite des frais engagés et ne concernent pas le ticket modérateur. Le détail des prestations figure dans le règlement mutualiste de

Garanties SERENITE au 1er janvier 2022 / Contrat santé ne respectant pas les critères solidaires et responsables Art° : R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale. L'adhésion de l'ensemble du foyer au régime optionnel facultatif est obligatoire pour bénéficier de la sur-complémentaire SÉRÉNITÉ SANTÉ. Garanties Y COMPRIS les remboursements de la Sécurité sociale		SERENITE SANTE
HOSPITALISATION CHIRURGICALE, MEDICALE, MATERNITE ET A DOMICILE ⁽¹⁾		
Forfait journalier hospitalier		-
Participation forfaitaire pour les actes coûteux		-
HONORAIRES	Praticiens signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	Complément maximum de 2500,00 € par an et par bénéficiaire pour les frais de dépassements d'honoraires, de chambre particulière et d'accompagnement d'enfants de moins de 16 ans
	Praticiens conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	
	Praticiens non conventionnés	
FRAIS DE SEJOUR	Frais de séjour conventionnés	
	Frais de séjour non conventionnés	
Chambre particulière (limité à 60 jours/an/bénéficiaire en maison de repos et de convalescence)		
Forfait ambulatoire (hospitalisation de moins de 24 heures)		
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)		
SOINS COURANTS ⁽¹⁾		
HONORAIRES MEDICAUX	Consultations et visites généralistes/spécialistes signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	30 € par acte chez un généraliste et 60 € par acte chez un spécialiste *
	Consultations et visites généralistes/spécialistes conventionnés non signataires OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	
OPTIQUE		
Equipement 100% santé (classe A)	Equipement optique entièrement remboursé (cf. onglet "annexe 100% santé")	-
Equipement autre que 100% santé (classe B)	Equipement a : monture + 2 verres simples	+ 60 € par équipement
	Equipement c : monture + 2 verres complexes	+ 120 € par équipement
	Equipement f : monture + 2 verres très complexes	+ 120 € par équipement
	Equipement b : monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	+ 90 € par équipement
	Equipement d : monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	+ 90 € par équipement
	Equipement e : monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	+ 120 € par équipement
Lentilles remboursées par la SS et non remboursées par la SS (y compris jetables)		+ 190 € par an
Chirurgie réfractive, traitements chirurgicaux des troubles visuels (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)		-
DENTAIRE		
Actes dentaires hors panier 100% santé : prothèses dentaires remboursées par la SS (couronne et adjonction de couronne, bridge, inter de bridge, couronne sur implant, prothèse dentaire amovible, réparation sur prothèse ou pilier, inlay-core)		+ 200 % RSS
Orthodontie remboursée par la SS		+ 100 % RSS
Orthodontie non remboursée par la SS		+ 400 € par an
Implants		+ 300 € par an
Piliers implantaires		
AIDES AUDITIVES		
Aides auditives remboursées par la SS Classe 1 (cf. onglet "annexe 100% santé")		-
Aides auditives remboursées par la SS Classe 2		+ 200 % RSS
Accessoires et fournitures pour prothèses auditives remboursées par la SS		-
APPAREILLAGE		
Grand Appareillage (prothèses oculaires et faciales, orthoprothèses, véhicules pour handicapé physique)		+ 200% RSS**
Orthopédie		+ 200 % RSS
Pansements, accessoires, petit appareillage remboursés par la SS		-

(1) En secteur non conventionné, les remboursements sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

(2) L' « OPTAM / OPTAM-CO » remplace, à compter du 1er janvier 2017, le CAS. Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM / OPTAM-CO.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale / FR : Frais Réels

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie

TFR : Tarif Forfaitaire de Responsabilité / CAS : Contrat d'Accès aux Soins

SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / Valeur 2020 = 3428 €

RSS : Remboursement de la Sécurité sociale

Ces prestations sont remboursées en complément du régime optionnel du contrat collectif santé dans les limites des frais engagés et ne concernant pas le ticket modérateur.

* Maximum cumulé de 300 € pour l'année. Les pénalités laissées à votre charge par votre organisme complémentaire pour les actes reconnus hors parcours de soins par la Sécurité Sociale ne sont pas remboursées.

** Hors exceptions spécifiques. Exemple : fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...

« Le droit aux prestations de la garantie sur-complémentaire Sérénité prend effet 3 mois après l'adhésion ou 6 mois à partir de 60 ans (délai de carence) ».

Contrats santé ne respectant pas les critères solidaires et responsables Art°: R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale	
Garanties au 1er janvier 2022	HOSPI
(en complément des remboursements du régime Sécurité Sociale et de la complémentaire santé)	Contrat commercialisé
Frais médicaux	
Médecins généralistes, spécialistes, professeurs, radiologie des secteurs 1 et 2: consultations-visites-actes de spécialités	-
Forfait acte lourd	20 €
Analyses - auxiliaires médicaux - soins infirmiers - transport remboursé par la sécurité sociale	40 €
Densitométrie osseuse refusée par la sécurité sociale (tous les 2 ans)	30 €
Pharmacie	
Pharmacie remboursée par la sécurité sociale à 65 %, 30% et 15 %	20 €
Hospitalisation chirurgicale, médicale, maternité et à domicile (secteur conventionné)	Max 500 € par an
Frais de séjour (secteur conventionné ou non conventionné)	100 % BRSS 200 e
Forfait journalier hospitalier	200 €
Forfait acte lourd	-
Chambre particulière ambulatoire (dans la limite de 180 jours/an)	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuité	30 €
Lit d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans)	40 € dont monture max 10 €
Dépassement d'honoraires - Médecins signataires OPTAM - OPTAM CO	80 € dont monture max 10 €
Dépassement d'honoraires - Médecins non signataires OPTAM - OPTAM CO	120 € dont monture max 10 €

MOBILITE MUTUELLE ASSISTANCE

CONDITIONS GENERALES VALANT NOTICE D'INFORMATION – REF : 753 947 / INDIV - SENIORS

SOMMAIRE

OBJET DE L'ASSISTANCE

DÉFINITIONS

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

LES GARANTIES PROPOSÉES

DESCRIPTION DES GARANTIES

CADRE JURIDIQUE

Objet de l'assistance

La convention d'assistance se propose d'apporter une aide à l'assuré du contrat collectif de santé conclu auprès de Mobilité Mutuelle.

Définitions

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle sur la personne du bénéficiaire, résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Les maladies, même si elles se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque ...), ne sont pas des accidents.

Etat de perte d'autonomie

L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque l'Ascendant est classé dans les groupes iso-ressources (GIR) 1, 2 ou 3 de la grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso-Ressources (AGGIR), tels que ces groupes sont définis, à titre indicatif, ci-dessous :

	Degrés de dépendance
Gir 1	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants - ou personne en fin de vie.
Gir 2	- Personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante. - ou personne dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer et qui nécessite une surveillance permanente.
Gir 3	Personne ayant conservé son autonomie mentale, partiellement son autonomie locomotrice, mais qui a besoin quotidiennement et plusieurs fois par jour d'une aide pour les soins corporels.

Ces définitions pourront être revues si cette grille venait à être modifiée.

L'Etat de perte d'autonomie de l'Aidé doit être consolidé et permanent. Il est reconnu par le médecin traitant qui délivre une attestation de perte d'autonomie.

Etat d'invalidité

L'état d'Invalidité est reconnu à l'Ascendant, lorsqu'il est classé en invalidité de 3ème catégorie, au sens du Code de la Sécurité sociale, c'est à dire en cas d'altération substantielle, durable ou définitive d'au moins une fonction physique, sensorielle, mentale, cognitive ou psychique, rendant impossible l'exercice d'une activité professionnelle et rendant obligatoire le recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne.

Ascendant dépendant

La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes :

- Etre le père ou la mère de l'Assuré (par filiation au sens de la législation française) ;
- Etre atteint d'une dépendance médicalement constatée :
 - Soit en état d'invalidité : voir ci-dessus.
 - Soit en état de perte d'autonomie : voir ci-dessus.

La dépendance doit être consolidée.

Assisteur

AUXIA ASSISTANCE : entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital entièrement libéré de 1 780 000 euros - RCS de Paris 351 733 761 - siège social au 21, rue Laffitte 75009 Paris.

L'organisme chargé du contrôle de l'Assisteur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

Adhérent

La personne physique âgée de plus de 60 ans assurée par Mobilité Mutuelle et adhérent au Contrat collectif d'assistance.

Bénéficiaires

- L'Adhérent,
- Les ayants droit de l'Adhérent.

Domicile

Lieu de domiciliation de l'Adhérent en

- France métropolitaine,
- Principauté de Monaco,
- Outre Mer (Martinique, Guyane, et Guadeloupe).

Durée de validité

Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement en cas de sinistre survenant pendant la durée de validité du contrat d'assistance liant Mobilité Mutuelle et Auxia Assistance et tant que la société cliente en bénéficie.

Enfants

Les enfants de l'Adhérent, qui sont âgés de moins de 16 ans au jour de la mise en œuvre des garanties, et qui sont fiscalement à la charge de l'Adhérent.

Hospitalisation :

- **Hospitalisation imprévue**

Tout séjour imprévu, prescrit en urgence par un médecin. Cette hospitalisation a lieu dans un établissement de soins privé ou public. Elle est consécutive à un accident ou à une maladie.

- **Hospitalisation programmée**

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public ou toute hospitalisation à domicile prescrit en dehors d'une situation d'urgence pour le traitement d'une affection ou dans le cadre d'un traitement en cours (maladie/soins chroniques/chimiothérapie/radiologie).

Immobilisation au domicile

Tout repos au domicile prescrit par un médecin à l'occasion d'un accident ou d'une maladie soudaine et aigue entraînant une impossibilité physique du bénéficiaire de se déplacer.

Outre-Mer

Les Outre-Mer au titre de ce contrat sont uniquement la Martinique, la Guyane, la Guadeloupe.

Souscripteur du contrat collectif

Mobilité Mutuelle : Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la Mutualité,

Immatriculée au Répertoire SIRENE sous le numéro 775 722 655

Dont le siège social est à BOULOGNE BILLANCOURT (92772), 9 Rue de CLAMART.

Territorialité

Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France métropolitaine, en Principauté de Monaco ou en Outre-mer

telle que définie ci-dessus. Quand une prestation implique le déplacement d'une personne, le domicile du Bénéficiaire et le domicile de l'autre personne doivent être situés sur le même territoire.

Transport

Les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train (billet de 1ère classe) pour les trajets durant moins de 5 heures ou par avion en classe économique pour les trajets durant au moins 5 heures.

MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES

En cas d'urgence, le premier réflexe doit être l'appel aux services de secours publics (le 15 ou le 112 pour joindre le SAMU ; le 17 pour joindre les services de la police ; le 18 pour joindre les pompiers) ou au médecin traitant. L'Assisteur peut, en dernier lieu, conseiller le bénéficiaire quant à la nature des intervenants qu'il convient d'appeler.

Les services d'assistance de l'Assisteur ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs. **L'Assisteur ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.**

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations d'assistance de cette convention doit être obligatoirement formulée dans un délai de 30 jours maximum suivant l'évènement par le bénéficiaire ou par ses proches par téléphone au : 0 986 860 374, en indiquant :

- Le numéro de la convention d'assistance concernée : 753 947,
- L'identité de l'Adhérent et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone),
- l'identité du Bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone),
- Le nom du contrat : **Mobilité Mutuelle Assistance** .

Le service d'assistance est accessible du lundi au samedi de 8 heures à 20 heures (hors jours fériés).

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 30 jours entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne permet plus à l'Assisteur de mettre en œuvre ses garanties dans des conditions conformes à ses engagements.

LES GARANTIES PROPOSÉES

Sur demande téléphonique, l'Assisteur met à disposition des bénéficiaires

➤ Dés l'adhésion

- Les informations sur la santé
- Les informations sociales et administratives

- Recherche d'un médecin
- Recherche et envoi d'une infirmière
- Recherche d'intervenants médicaux
- En cas d'immobilisation au domicile du Bénéficiaire
 - Livraison des médicaments
- En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs ou ou d'hospitalisation supérieure à deux jours consécutifs de l'Adhérent ou de son Conjoint
 - La venue d'un proche au chevet du Bénéficiaire
 - Et/ou une aide ménagère
 - Et/ou la prise en charge des enfants
 - Et/ou la prise en charge des ascendants
 - Et/ou la garde des animaux domestiques familiers
- En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs de l'adhérent ou de son conjoint
 - Transport en ambulance
- En cas de traitement oncologique de l'adhérent, de son conjoint, ou de leurs enfants
 - Aide ménagère
 - Prise en charge des enfants
- En cas de séjour en maternité de plus de 8 jours consécutifs de l'adhérent ou de son conjoint
 - Aide ménagère
 - Prise en charge des enfants
- En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de plus de 14 jours consécutifs de l'enfant de moins de 16 ans
 - Soutien scolaire à domicile
- En cas d'immobilisation de plus de 2 jours consécutifs de l'enfant de moins de 12 ans
 - Garde à domicile des enfants de moins de 16 ans
 - Et/ou venue d'un proche
- En cas de décès
 - Aide aux tâches ménagères
 - Et/ou prise en charge des enfants de moins de 16 ans
 - Et/ou prise en charge des ascendants
 - Et/ou garde des animaux domestiques familiers.

DESCRIPTION DES GARANTIES

- Dès l'adhésion et en toutes circonstances
 - Les informations sur la santé

AUXIA ASSISTANCE met à la disposition du Bénéficiaire un service de renseignements téléphoniques pour obtenir des informations :

- Sur les maladies liées à l'âge, les addictions, sur les différentes associations de malades,
- Sur les différentes pathologies et leurs conséquences ; les maladies neurodégénératives, les pathologies ostéo-articulaires, les maladies cardio-vasculaires, les ALD,
- Sur la nutrition : comment bien se nourrir, les compléments alimentaires, le BIO, les régimes en fonction de l'âge et des pathologies. AUXIA ASSISTANCE fournit sur demande les coordonnées de nutritionnistes proches du domicile.

Ces informations ne constituent pas une préconisation de régime alimentaire. La communication des coordonnées de nutritionnistes ne signifie pas qu'AUXIA ASSISTANCE recommande ces professionnels. AUXIA ASSISTANCE prend en compte le critère de la proximité avec le domicile du Bénéficiaire. Le Bénéficiaire reste libre de ne consulter aucun nutritionniste, ou de consulter celui de son choix, y compris s'il ne fait pas partie de ceux mentionnés par AUXIA ASSISTANCE.

- **Les informations sociales et administratives**

Sur simple appel téléphonique du Bénéficiaire, l'Assisteur écoute, informe sur toute demande de nature sociale ou administrative et oriente, si besoin, le Bénéficiaire vers les organismes qualifiés. Les demandes peuvent concerner les domaines suivants : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles le Bénéficiaire peut prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap.

- **Recherche d'un médecin**

En cas d'absence ou d'indisponibilité du médecin traitant du Bénéficiaire, et dès lors que l'événement ne relève pas de l'urgence, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire à rechercher un médecin. Le coût de l'éventuelle consultation demeure entièrement à la charge du Bénéficiaire. L'Assisteur n'assure pas le transport du Bénéficiaire vers le cabinet médical (ou vers l'hôpital), ni son retour à son Domicile (ou dans tout autre lieu).

- **Recherche et envoi d'une infirmière**

L'Assisteur peut, **sur prescription médicale**, aider le Bénéficiaire à rechercher une infirmière pouvant se rendre au Domicile du Bénéficiaire. Le coût occasionné par les actes de l'infirmière n'est pas pris en charge par l'Assisteur. Le transport de l'infirmière jusqu'au Domicile du Bénéficiaire reste à la charge du Bénéficiaire.

- **Recherche d'intervenants médicaux**

En dehors des heures d'ouverture des cabinets et officines, l'Assisteur peut aider le Bénéficiaire en difficulté dans sa recherche d'intervenants paramédicaux. Le coût de

l'intervention de ces intervenants, et le transport de ceux-ci jusqu'au Domicile du Bénéficiaire ne sont pas à la charge de l'Assisteur.

➤ **En cas d'immobilisation au domicile du Bénéficiaire**

- **Livraison de médicaments**

Si le Bénéficiaire est dans l'incapacité temporaire de se déplacer (notamment à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine), Auxia Assistance organise et prend en charge le transport des médicaments prescrits par le médecin traitant du Bénéficiaire. Le coût des médicaments reste à la charge exclusive du Bénéficiaire.

Auxia Assistance n'est pas responsable des prescriptions médicales fournies.

Les médicaments ne sont livrés ni le dimanche, ni les jours fériés, ni de 19h à 8h.

La distance à parcourir (aller et retour) entre le Domicile du Bénéficiaire et la pharmacie ne doit pas dépasser 30 kilomètres.

La cause de l'incapacité temporaire de déplacement doit être médicalement constatée pour permettre la mise en œuvre de la garantie.

➤ **En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs ou ou d'hospitalisation supérieure à deux jours consécutifs de l'Adhérent ou de son Conjoint**

- **La venue d'un proche au chevet du Bénéficiaire**

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche du Bénéficiaire à compter du premier jour du fait générateur et, si besoin, son hébergement, dans la limite de 2 nuits consécutives, à concurrence de 92 € TTC au total, petit-déjeuner inclus.

- **Une aide ménagère**

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant un mois à compter du 1^{er} jour du fait générateur.

- **La prise en charge des enfants**

La venue d'un proche

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

Le transfert chez un proche

Dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du Bénéficiaire, AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

La garde au domicile

Lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, AUXIA ASSISTANCE organise et missionne un intervenant autorisé.

Cette garde est prévue pour une durée maximale de 15 heures, réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour de l'hospitalisation.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

- La prise en charge des ascendants

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de ce dernier.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant, afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche désigné par l'Ascendant en état de perte d'autonomie/l'Assuré ne peut s'occuper du parent concerné, AUXIA ASSISTANCE organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures réparties sur un mois à compter du 1^{er} jour de l'hospitalisation.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

- La garde des animaux domestiques familiers

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter », le soin quotidien de l'animal familier au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

AUXIA ASSISTANCE évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie peut être demandée au maximum 1 fois par an.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition pour le «pet sitter» des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,
- les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1^{ère} et 2^e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus.
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

➤ [En cas d'immobilisation au domicile de plus de 5 jours consécutifs de l'adhérent ou de son conjoint](#)

- [Transport en ambulance](#)

Hors urgence médicale, AUXIA ASSISTANCE organise, **sur prescription médicale**, le transport du Bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son Domicile et un établissement de soins de son choix.

Si son état de santé le nécessite, AUXIA ASSISTANCE organise son retour au Domicile par l'un de ces moyens.

Le nombre de transports en ambulance est limité à 2 aller/retour par événement.

L'établissement de soins doit être situé au maximum à 50 kilomètres du Domicile du Bénéficiaire

➤ [En cas de traitement oncologique de l'adhérent, de son conjoint, ou de leurs enfants](#)

- Une aide ménagère

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant la durée du protocole médical.

- La prise en charge des enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

ou

Le transfert chez un proche

Dans le cas où personne ne peut se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou

La garde au domicile

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge l'enfant, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant à domicile

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures.

Et

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées.

Le service de conduite est accordé pendant la durée du protocole médical.

- En cas d'hospitalisation de plus de 8 jours consécutifs pour une maternité

- Aide ménagère au domicile

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant un mois à compter du 1^{er} jour de l'hospitalisation.

- Prise en charge des enfants

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

ou

Le transfert chez un proche

Dans le cas où personne ne peut se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou

La garde au domicile

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge l'enfant, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant à domicile.

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures.

Et

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées.

Le service de conduite est accordé pendant un mois à partir du 1^{er} jour de l'hospitalisation.

➤ En cas d'hospitalisation ou d'immobilisation de plus de 14 jours consécutifs de l'enfant de moins de 16 ans

- Soutien scolaire à domicile

Si votre Enfant est immobilisé au domicile pour une durée supérieure à 14 jours consécutifs et s'il ne peut assister aux cours (primaire ou secondaire) à distance, l'Assisteur prend en charge un répétiteur scolaire afin d'assurer le soutien pédagogique.

Ce soutien consiste en des cours particuliers sur les matières principales (mathématiques, français, histoire/géographie, anglais) donnés au domicile de l'assuré.

Sur autorisation des parents, l'intervenant pourra se mettre en rapport avec l'établissement fréquenté afin d'évaluer avec les enseignants de l'Enfant le programme à étudier.

Cette garantie est accordée pendant l'année scolaire en cours. Elle cesse dès que l'Enfant est en capacité de reprendre les cours et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire.

Chaque intervention est d'une durée minimale d'une heure et maximale de 3 heures par jour ouvrable, à raison de 15 heures par semaine, hors vacances scolaires.

➤ En cas d'immobilisation de plus de 2 jours consécutifs de l'enfant de moins de 12 ans

- Garde à domicile des enfants de moins de 16 ans

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge ces enfants, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour les garder à domicile.

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures.

- **Venue d'un proche**

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche, pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

➤ **En cas de décès**

- **Aide ménagères**

Intervention d'un prestataire missionné par AUXIA ASSISTANCE pour la réalisation de petits travaux de ménage (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du Bénéficiaire. Chaque intervention dure au minimum 2 heures dans la limite d'un total de 30 heures réparties pendant un mois à compter du décès.

- **Et/ou prise en charge des enfants de moins de 16 ans**

La venue d'un proche

L'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) d'un proche pour s'occuper des Enfants, au domicile du Bénéficiaire.

ou

Le transfert chez un proche

Dans le cas où personne ne peut se déplacer, l'Assisteur organise et prend en charge le transport (aller-retour) des Enfants chez un proche.

Ou

La garde au domicile

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible pour prendre en charge l'enfant, l'Assisteur missionne un intervenant autorisé pour garder l'enfant à domicile.

Cette garde est accordée pour une durée maximale de 30 heures.

Et

La conduite à l'école ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'Assisteur prend en charge le trajet (aller/retour) des Enfants deux fois par jour, dans la limite de 5 journées.

Le service de conduite est accordé pendant un mois à partir du 1^{er} jour du décès.

- **Et/ou prise en charge des ascendants**

La venue d'un proche

Le déplacement (aller et retour) d'un proche susceptible de s'occuper de l'Ascendant au Domicile de ce dernier.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

Le transfert chez un proche

Le déplacement (aller et retour) de l'Ascendant, afin qu'il rejoigne le domicile d'un proche désigné.

Un unique déplacement sera pris en charge par fait générateur.

La garde au domicile par un(e) auxiliaire de vie

Dans le cas où aucun proche désigné par l'Ascendant en état de perte d'autonomie/l'Assuré ne peut s'occuper du parent concerné, AUXIA ASSISTANCE organise et missionne un professionnel agréé pour le garder.

Cette garde dure au maximum 30 heures réparties sur un mois à compter du décès.

Seule l'une des trois garanties ci-dessus pourra être demandée.

- **Garde des animaux domestiques familiers**

AUXIA ASSISTANCE organise et prend en charge, par l'intervention d'un « pet sitter », le soin quotidien de l'animal familial au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation recouvre les activités de préparation et de mise à disposition de nourriture, changement de litière, brossage, promenade. L'achat du matériel et de la nourriture reste à la charge des Bénéficiaires. Le toilettage et les soins vétérinaires sont exclus.

AUXIA ASSISTANCE évalue la situation avec le Bénéficiaire, pour adapter les modalités d'intervention.

Le Bénéficiaire, lors de la demande de mise en œuvre de la garantie, indique le nombre de passages quotidiens qu'il souhaite. Le Bénéficiaire pourra demander jusqu'à trois passages par jour. La prestation est réalisée au maximum dans les trente jours qui suivent la date de l'événement qui a suscité la mise en œuvre de la garantie.

Cette garantie peut être demandée au maximum 1 fois par an.

Cette garantie ne s'applique que si les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- Il y a mise à disposition pour le «pet sitter» des clés et/ou du code d'accès de l'habitation et des conditions d'accessibilité en toute sécurité aux locaux,
- Une prise en charge portera au maximum sur trois animaux familiers,
- les animaux domestiques sont les animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du Bénéficiaire et à sa charge,
- Les chiens de 1ère et 2e catégorie (chiens d'attaque / chiens de garde et de défense) mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 pris en application de l'article L211-12 du Code rural sont exclus.
- Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires,
- Les animaux sont identifiés (puçage, tatouage). A cet effet, il pourra être demandé, le passeport européen et le carnet de santé de l'animal.

✓ Les garanties décrites dans la présente convention ne peuvent être mises en œuvre que sous réserve des disponibilités locales.

✓ Pour les garanties concernant la recherche de professionnels :

Dans tous les cas, l'Assisteur prend en compte le critère de la proximité du professionnel par rapport au Domicile, pour proposer des coordonnées.

L'Assisteur n'est pas responsable de la qualité du travail réalisé par les professionnels dont les coordonnées ont été communiquées.

Le Bénéficiaire reste libre de contacter le professionnel de son choix, qui peut être l'un de ceux indiqués par l'Assisteur ou tout autre professionnel.

✓ Pour les prestations concernant les Enfants :

La personne missionnée au domicile de l'Enfant bénéficiaire prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent. L'Assisteur intervient à la demande des parents et ne peut être tenu responsable des événements pouvant survenir pendant les prises en charge des Enfants confiés.

✓ Certaines garanties de cette notice prévoient la communication d'informations au Bénéficiaire. Nous attirons votre attention sur les garanties visant à fournir des informations :

- Toutes les questions du Bénéficiaire devront concerner le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit.

Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate. Selon le cas, l'Assisteur devra se documenter ou effectuer des recherches. Dans ce cas, le Bénéficiaire sera rappelé pour que les informations nécessaires lui soient communiquées.

Les informations fournies dans le cadre de ces garanties sont des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. La responsabilité de l'Assisteur ne pourra en aucun cas être engagée quant à l'interprétation des informations transmises, ou aux conséquences éventuelles de cette interprétation (notamment, l'utilisation que le Bénéficiaire décidera d'en faire.)

En particulier :

- Les informations à caractère médical ne pourront pas être considérées comme des consultations médicales.
- Aucune information communiquée ne pourra être assimilée à une consultation juridique.

L'Assisteur ne communiquera aucune confirmation écrite des informations données.

LE CADRE JURIDIQUE

AUXIA ASSISTANCE intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Seules les garanties organisées par ou en accord avec AUXIA ASSISTANCE sont prises en charge.

AUXIA ASSISTANCE n'intervient pas dans les cas où le demandeur aurait commis de façon volontaire des infractions à la législation en vigueur.

Durée des garanties

Les garanties de la présente convention sont acquises jusqu'au premier des termes suivants :

- La date à laquelle l'Adhérent quitte les effectifs assurés de l'entreprise employeur,
- La date à laquelle le contrat collectif souscrit par l'employeur de l'Adhérent prend fin pour quelque raison que ce soit.

Transmission des pièces justificatives

Compte tenu de la nature des services d'assistance proposés, AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de demander des pièces médicales justificatives de l'état de santé du Bénéficiaire avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

Conformément à la loi n°2002-303 du 4 mars 2003 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé et afin de permettre à AUXIA ASSISTANCE de préserver la confidentialité des informations transmises, le bénéficiaire est invité à transmettre les pièces médicales sous pli cacheté destiné au Médecin conseil désigné par AUXIA ASSISTANCE dont l'adresse lui sera communiquée par téléphone.

Les services d'AUXIA ASSISTANCE sont organisés pour garantir la confidentialité des données de santé et ne communiquent aux services administratifs d'AUXIA ASSISTANCE aucuns détails sur la pathologie du bénéficiaire.

CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

- Absence de responsabilité d'AUXIA ASSISTANCE

- **Dommege professionnel ou commercial**

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable d'un quelconque dommege à caractère professionnel ou commercial, subi à la suite d'un événement ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

- **Circonstances exceptionnelles**

AUXIA ASSISTANCE ne peut non plus être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de grève, émeute, mouvements populaires, représailles, restriction à la libre circulation, sabotage, et tout autre cas fortuit ou de force majeure.

- **Limitations de garantie**

- **Déclaration mensongère et non remboursement d'une avance de frais**

En cas de déclaration mensongère du Bénéficiaire ou de non remboursement d'une avance de frais, les faits seront portés à la connaissance d'AUXIA ASSISTANCE.

AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ces comportements.

- **Subrogation**

AUXIA ASSISTANCE est subrogé dans les droits et actions de toute personne bénéficiaire de tout ou partie des garanties d'assistance figurant au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché son intervention à concurrence des frais engagés par AUXIA ASSISTANCE en exécution du présent contrat.

- **Déchéance des garanties**

Le non-respect par le Bénéficiaire de ses obligations contractuelles entraîne la déchéance de ses droits au titre de l'événement survenu, si AUXIA ASSISTANCE prouve que le Bénéficiaire a tardé à déclarer le sinistre et que ce retard :

- n'est pas dû à un cas fortuit ou à la force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement du Bénéficiaire est susceptible de constituer un délit ou un crime (exemple discrimination, harcèlement ou atteintes aux personnes mandatées par l'assisteur pour délivrer le service), AUXIA ASSISTANCE se réserve le droit de suspendre l'exécution des prestations jusqu'à ce qu'une autorité administrative prononce une décision définitive sur la qualification des faits. AUXIA ASSISTANCE réclamera s'il y a lieu le remboursement de tout

ou partie des frais qui pourraient être considérés comme la conséquence directe de ce comportement.

❖ Cas d'exclusion

Dans les cas listés ci-après, les garanties ne sont pas applicables :

- Les frais engagés sans l'accord préalable d'AUXIA ASSISTANCE,
- Toute prestation non expressément prévue par les clauses du présent contrat,
- Les frais non justifiés par des documents originaux,
- Les sinistres survenus avant la date de prise d'effet du présent contrat ou après le terme de ce contrat,
- Les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile,
- Les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement et de l'usage abusif d'alcool (selon le seuil fixé par le Code de la route français à l'article R234-1),
- Les conséquences des actes intentionnels et/ou dolosifs du Bénéficiaire,
- La participation du Bénéficiaire à un crime, à un délit ou une rixe, sauf en cas de légitime défense,
- La tentative de suicide du Bénéficiaire,
- Les événements survenus lors de la pratique de sports dangereux (sports de combat, sports aériens, sports mécaniques) ou de la participation en tant que concurrent à des compétitions, paris ou défis,
- Les conséquences des interventions à caractère esthétique sur la personne du Bénéficiaire.

❖ Fausse déclaration intentionnelle de sinistre

Si le Bénéficiaire fait sciemment une fausse déclaration portant sur la nature ou les conséquences d'un sinistre, il peut être déchu de tout droit à la garantie pour le sinistre (article L113-8 du Code des assurances). Le cas échéant, les frais engagés à tort par AUXIA ASSISTANCE devront être remboursés.

❖ Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 du Code des assurances, « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance se prescrivent 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, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur 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 l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

La prescription est interrompue dans les conditions énoncées à l'article L.114-2 du Code des assurances. Cet article prévoit que « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. 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 l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Les causes ordinaires de prescription prévues par le Code civil sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- La demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécutions ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2245 du Code civil),
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

L'article L.114-3 du Code des assurances prévoit que, « 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 ».

❖ Loi Informatique et libertés

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les Bénéficiaires sont informés par AUXIA ASSISTANCE, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

AUXIA ASSISTANCE a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des Bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des Bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par les Bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des Bénéficiaires ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) ;

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des Bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à sa santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des Bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des Bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de AUXIA ASSISTANCE dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des Bénéficiaires sont destinées au Service médical désigné par AUXIA ASSISTANCE et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical, exclusivement aux fins de la passation, la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ce que les données à caractère personnel des Bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des Bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Si des données à caractère personnel des Bénéficiaires venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, AUXIA ASSISTANCE s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les Bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de AUXIA ASSISTANCE et des prescriptions légales applicables.

AUXIA ASSISTANCE et ses partenaires s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des Bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer ces derniers en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les Bénéficiaires disposent également d'un droit de s'opposer au traitement à tout moment pour des raisons tenant à leur situation particulière, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les Bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les Bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

❖ Règlement des litiges

Le service Réclamation

En cas de désaccord sur l'application de la convention, nous vous invitons à adresser une réclamation écrite à :

AUXIA ASSISTANCE

Service réclamation

TSA 10001

78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX

Ou par mail à l'adresse suivante : service-reclamations@auxia.com

Notre service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Le dispositif de médiation

Lorsque aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée avec l'Assisteur, vous pouvez vous adresser au médiateur de l'Assurance, à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris cedex 09 ou par voie électronique : www.mediation-assurance.org, dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de la réclamation écrite à l'Assisteur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

<u>Résumé des garanties</u>
PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHÉSION (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)

Service téléphonique d'informations sur la santé	Informations médicales de la vie courante
Informations sociales et administratives	Ecoute, information sur toute demande de nature sociale ou administrative et oriente si besoin les bénéficiaires vers les organismes qualifiés
Recherche d'un médecin	Aide le bénéficiaire à rechercher un médecin
Recherche et envoi d'une infirmière	Sur prescription médicale, aide le bénéficiaire à rechercher une infirmière à son domicile
Recherche d'intervenants médicaux	Assiste les bénéficiaires en difficulté dans leur recherche d'intervenants paramédicaux
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE D'UN BÉNÉFICIAIRE	
Livraison de médicaments	En cas d'incapacité temporaire à se déplacer du bénéficiaire, prise en charge de la recherche et de l'acheminement des médicaments prescrits par le médecin traitant.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE A 5 JOURS OU D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 2 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)	
La venue d'un proche au chevet du bénéficiaire	Organisation et prise en charge du transport A/R d'un proche du bénéficiaire résidant en France Métropolitaine à compter du premier jour d'hospitalisation et, si besoin, de son hébergement, dans la limite de 2 nuits, à concurrence de 92€ TTC au total, PDJ inclus.
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 sur une période d'un mois à partir du 1er jour d'hospitalisation
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 15h00 réparties sur un mois à partir de la date du 1er jour d'hospitalisation.
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS	
La garde à domicile par un auxiliaire de vie	Organisation et missionnement d'un professionnel agréé pour garder l'ascendant dépendant, dans la limite de 30h00, réparties sur 1 mois à compter de la date d'hospitalisation
Le transfert chez un proche	Prise en charge du déplacement A/R des ascendants en France Métropolitaine au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.
La venue d'un proche	Prise en charge du déplacement A/R en France Métropolitaine d'un proche, désigné par le bénéficiaire, susceptible de s'occuper de l'ascendant au domicile.
Garde des animaux domestiques familiers (chiens et chats uniquement)	Organisation et prise en charge de la garde des animaux domestiques vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 30 jours à partir de la date de l'évènement.
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE A 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	

Transport en ambulance	Sur prescription médicale, organisation du transport du bénéficiaire par ambulance ou véhicule sanitaire léger, entre son domicile et un établissement de soins de son choix, proche de son domicile et médicalement adapté.
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT ONCOLOGIQUE DE L'ADHÉRENT, DE SON CONJOINT OU DE LEURS ENFANTS	
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 réparties pendant la durée du protocole médical.
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties pendant la durée du protocole médical.
Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires	Prise en charge de la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un des prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées pendant la durée du protocole médical.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ SUPÉRIEUR À 8 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 sur une période d'un mois à partir du 1er jour d'hospitalisation
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties sur un mois à partir de la date du 1er jour d'hospitalisation.
Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires	Prise en charge de la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un des prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées réparties sur une période de 1 mois à partir du jour de l'hospitalisation.
PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURES À 14 JOURS DE L'ENFANT AGÉ DE MOINS DE 16 ANS, DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT	
Soutien scolaire à domicile	Prise en charge d'un répétiteur scolaire afin d'assurer le soutien pédagogique de l'enfant, jusqu'à ce qu'il puisse reprendre l'école. Chaque intervention est d'une durée maximale de 3h00 par jour ouvrable, à raison de 15h00 par semaine, hors vacances scolaires. Elle cesse dès que l'enfant est en capacité de reprendre les cours et, au plus tard, à la fin de l'année scolaire.
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 2 JOURS DE L'ENFANT AGÉ DE MOINS DE 12 ANS, DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)	
GARDE OU TRANSFERT DES FRÈRES ET SŒURS AGES DE MOINS DE 12 ANS	
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties sur un mois à partir du 1er jour d'immobilisation.

La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS (Les garanties décrites ci-dessous peuvent se cumuler)	
Aide ménagère	Prise en charge aide ménagère (repassage, ménage, préparation des repas) limitée à 30h00 réparties sur 1 mois à partir de la date du décès.
GARDE OU TRANSFERT DES ENFANTS AGES DE MOINS DE 16 ANS	
La venue d'un proche	Transport A/R d'un proche résidant en France Métropolitaine par train (billet de 1ère classe) ou par avion (classe économique)
Le transfert des enfants	Dans le cas où un proche ne peut se déplacer au domicile du bénéficiaire, prise en charge du transport A/R des enfants chez un proche
La garde à domicile	Garde des enfants de moins de 16 ans dans la limite de 30h00 réparties sur un mois à partir de la date du 1er jour d'hospitalisation.
Conduite à l'école ou aux activités extrascolaires	Prise en charge de la conduite à l'école et le retour des enfants au domicile par l'un des prestataires, 2 fois par jour, dans la limite de 5 journées réparties sur une période de 1 mois à partir du jour de l'hospitalisation.
GARDE OU TRANSFERT DES ASCENDANTS	
La venue d'un proche	Prise en charge du déplacement A/R en France Métropolitaine d'un proche, désigné par le bénéficiaire, susceptible de s'occuper de l'ascendant au domicile.
Le transfert chez un proche	Prise en charge du déplacement A/R des ascendants en France Métropolitaine au domicile d'un proche désigné par le bénéficiaire.
La garde à domicile par un auxiliaire de vie	Organisation et missionnement d'un professionnel agréé pour garder l'ascendant dépendant, dans la limite de 30h00, réparties sur 1 mois à compter de la date d'hospitalisation
Garde des animaux domestiques familiers (chiens et chats uniquement)	Organisation et prise en charge de la garde des animaux domestiques vivant au domicile du bénéficiaire, dans la limite de 30 jours à partir de la date de l'évènement.

mobilemutuelle.fr

Mobilité Mutuelle est la marque commerciale de Mutuelle Renault - Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 775 722 655 - siège social : 9 rue de Clamart 92772 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex.