RÈGLEMENTS MUTUALISTES MUTUELLE RENAULT - MOBILITÉ MUTUELLE

Applicables à compter du 1er janvier 2025

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 12
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES 12
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 12
ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES 25

TITRE III – COTISATIONS 25
ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS 25
ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS 26
ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 26
ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES 26

TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION 27
ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS 27

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 28
ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE 28
ARTICLE 15 – PRESCRIPTION 28
ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES 29
ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION 29
ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE 30
ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES 30
ARTICLE 20 – COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE 33
ARTICLE 21 – ACCÈS AUX OEUVRES SANITAIRES ET SOCIALES 33

PARTIE 2 : REGLEMENT MUTUALISTE APPLICABLE AUX CONTRATS SANTE NE REMPLISSANT PAS LES CRITERES SOLIDAIRES ET RESPONSABLES 34

TITRE I - ADHÉSION 36
ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION 36
ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION 37
ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION 37
ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE 38
ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION 39

TITRE II - GARANTIES 40
ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES 40
ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ 40
ARTICLE 8 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINES GARANTIES 47

TITRE III - COTISATIONS 47
ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS 47
ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS 47

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS 47
ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES 48

TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION 49
ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS 49

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 49
ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE 49
ARTICLE 15 - PRESCRIPTION 50
ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES 50
ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION - RÉCLAMATION - MÉDIATION 51
ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE 51
ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES 51
ARTICLE 20 – COMMISSION SOLIDARITÉ MUTUALISTE 55
ARTICLE 21 – ACCÈS AUX OEUVRES SANITAIRES ET SOCIALES 55

ANNEXES 56

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 maitrise 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 bulletind'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 à France Travail,
- 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.

Les dispositions relatives à la résiliation sont complétées comme suit :
L'article 17 de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022 prévoit la possibilité de résilier le contrat par voie électronique à compter du 1er juin 2023.
A cet effet, la demande de résiliation du contrat ou de l'affiliation facultative peut être formulée directement sur le site internet mobilitemutuelle.fr notamment.
Lorsque la gestion du contrat est déléguée, les modalités de contacts peuvent être différentes.

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 1er 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 règlementaires d'application pourrépondre 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 1er 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 bénéficier 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 à France Travail,
- 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.

7.4 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) sousréserve 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 définis 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 privatifs;
- 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 engagésdans 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 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).

Le contrat ne peut pas prendre en charge la minoration du remboursement appliquée par la Sécurité sociale sur les frais de transport sanitaires programmés, en cas de refus du patient du transport partagé proposé.

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

complémentaire solidaires et responsables du 29 mai 2019 n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/SD5D/2019/116

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 dela 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 1er 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.

Les dispositions relatives aux garanties sont complétées comme suit :
« Concernant la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement.
Les actes "codés" NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale ».

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 1er 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 1er 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 kinésiologues, 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).

Télésurveillance médicale

Le périmètre du contrat responsable a été modifié par les lois de financement de la sécurité sociale pour 2022 ete2023.
A compter du 1er juillet 2023, le contrat responsable doit prévoir également la prise en charge intégrale du ticket modérateur pour les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique

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 1ères et 2ème molaires permanentes des enfants avant leur 14ème 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 1er 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 ; Haemophilusinfluenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.**

Le contrat santé donne accès à des services qui facilitent l'accès aux soins ou bien encore participent à la prévention de risques santé.

Les services d'accès aux soins aident l'assuré à trouver facilement et simplement un professionnel de santé ou un établissement de soins. Ils permettent de limiter son reste à charge final, notamment par le biais d'accords tarifaires très avantageux.

Les services de prévention permettent à l'assuré une meilleure prise en charge de sa santé, grâce à des conseils de santé personnalisés et des actions qui l'aident à mieux connaitre ses risques et à les prévenir.
Ces services comprennent également des aides pratiques en cas de maladie, pour mieux l'accompagner.
L'ensemble de ces services est détaillé sur l'espace adhérent ou sur le site mobilitemutulle.com.

Devis conseil
Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires, la mutuelle peut proposer, en fonction du contrat, un service d'analyse tarifaire des devis établis préalablement aux soins par le praticien. C'est notamment le cas pour les frais d'optique.

L'opticien envoie le devis aux services de l'assureur afin que celui-ci soit analysé ; l'assuré reçoit le montant du reste à charge éventuel par SMS et le complément de l'analyse sur le prix pratiqué par mail.

Divers

Le contrat prend en charge le ticket modérateur, dans les conditions réglementaires à paraître :

- des protections hygiéniques réutilisables remboursées par la Sécurité sociale

- des frais du parcours coordonné de bilan, de diagnostic et d'accompagnement du handicap pour les enfants de moins de 6 ans visé à l'article L2134-1 du code de la santé publique

- des frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours coordonnés renforcés visés à l'article 4012-1 du code de la santé publique.

Réseau professionnel de sante

La mutuelle donne accès à une plateforme de santé Kalixia.

Cette plateforme peut passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé.

KALIXIA a notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et ostéopathes constituant un réseau permettant à l'assuré de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées.

En outre, l'assuré a accès à un comparateur hospitalier (Kalixiahospit) qui lui permet de

facilement comparer et choisir l'hôpital qui répond le mieux à son besoin. Il accède également aux établissements hospitaliers recommandés par Kalixia pour leur performance et la qualité de leur prise en charge dans certaines spécialités chirurgicales programmées.

La liste des professionnels de santé et établissements hospitaliers appartenant aux réseaux Kalixia et le comparateur Kalixia Hospit sont disponibles sur l'espace adhérent.

Si le contrat le prévoit, des prestations plus élevées peuvent être accordées pour les dépenses engagées dans le réseau aux bénéficiaires qui ont recours au tiers payant. Ces prestations dans le réseau ne sont pas cumulables avec celles hors réseau.

En tout état de cause, l'assuré conserve le libre choix de son praticien et de son établissement hospitalier

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 Civile 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 3ème 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 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 1er janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire et des décisions prises (article précédent).

Evolutions règlementaires

En cas d'évolution législative, règlementaire 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 ou 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-mutualité.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 règlementation 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 deMobilité 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, règlementaires 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 à l'assuré et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par La Mutuelle ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités;
- 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.

L'assuré a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier.

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 règlementation 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 envoyéau 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 dondu 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 bulletind'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 à France Travail,
- 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.

Les dispositions relatives à la résiliation sont complétées comme suit :
L'article 17 de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022 prévoit la possibilité de résilier le contrat par voie électronique à compter du 1er juin 2023.
A cet effet, la demande de résiliation du contrat ou de l'affiliation facultative peut être formulée directement sur le site internet mobilitemutuelle.fr notamment.
Lorsque la gestion du contrat est déléguée les modalités de contacts peuvent être différentes.

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 1er 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 1er 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 bénéficier 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 à France Travail,
- 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) sousréserve 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 définis 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 privatifs;
- ✓ 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.

Les dispositions relatives aux garanties sont complétées comme suit :
« Concernant la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date font l'objet d'un remboursement.
Les actes "codés" NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale ».

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 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 kinésiologues, 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 1er janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire et des décisions prises (article précédent).

Evolutions règlementaires

En cas d'évolution législative, règlementaire 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 ou 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
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15
https://www.mediateur-mutualité.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 règlementation 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 deMobilité 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, règlementaires 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 à la personne assurée et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par la mutuelle ou ses partenaires et en lien avec le parcours médical pour les adhérents ou des situations de fragilités;

- 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.

L'assuré a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier.

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 règlementation 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 envoyéau 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 dondu 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 2024**
- **Téléconsultation et assistance**

Liste des pièces justificatives

Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations

	Bénéficiaire Noémie
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 thermale	Attestation ou facture de la cure thermale mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
Médecine alternative	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant le numéro ADELI 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

	Non Bénéficiaire Noémie
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.

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

A

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 65 ans

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, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et 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 en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	120 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	15 €
Chambre particulière ambulatoire *	10 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	10 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé*	100 % BRSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...)*	-
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	-
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 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	200 € dont 50 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation	100 % BRSS
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement *(par an)*	-
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	100 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	-
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	-
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO	100 % BRSS
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
29,49 €	40,49 €	56,92 €	21,24 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AB

Age limite d'adhésion : 65 ans

GARANTIES **2025**

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, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	100 % BRSS + 153 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)*	100 % BRSS + 153 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	140 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	120 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	25 €
Chambre particulière ambulatoire *	20 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	20 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 112 €
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 69 €
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
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	120 € dont 60 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	210 € dont 60 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	210 € dont 60 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 112 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement *(par an)*	-
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	120 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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 + 305 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	100 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 60 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
44,97 €	64,55 €	85,79 €	28,89 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AC

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 65 ans

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	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	100 % BRSS + 366 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)*	100 % BRSS + 366 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	150 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	130 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	40 €
Chambre particulière ambulatoire *	25 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	25 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 341 €
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 145 €
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
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 70 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	230 € dont 70 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	230 € dont 70 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 158 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement *(par an)*	-
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	150 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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 + 671 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	100 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 80 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
53,79 €	77,81 €	106,81 €	33,22 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AS

Age limite d'adhésion : 65 ans

GARANTIES **2025**

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	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	100 % BRSS + 671 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)*	100 % BRSS + 671 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	160 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	140 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	55 €
Chambre particulière ambulatoire *	30 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	30 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 675 €
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 275 €
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
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	210 € dont 90 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	260 € dont 90 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	260 € dont 90 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 248 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement *(par an)*	-
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	210 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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 + 1 129 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	100 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 100 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
70,25 €	97,94 €	130,76 €	45,39 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AM

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 65 ans

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	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes «lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	38 €
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	100 % BRSS + 976 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)*	100 % BRSS + 976 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	150 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	70 €
Chambre particulière ambulatoire *	35 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	35 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 1 007 €
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 405 €
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
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	270 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	340 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	340 € dont 100 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 336 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement *(par an)*	-
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)* par œil et par an	380 €
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	270 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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 + 1 587 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	100 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 120 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
88,63 €	123,12 €	160,46 €	57,66 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

A Plus

Ce contrat santé n'est plus commercialisé

GARANTIES **2025**

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	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	220 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)*	100 % BRSS
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	200 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	20 €
Chambre particulière ambulatoire *	10 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	10 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé*	100 % BRSS + 200 % RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...)*	
Suppléments prothèses dentaires non remboursées par le RO *(par an)*	10 % PMSS
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 200 % RSS
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
Suppléments orthodontie non remboursée par le RO *(par an)*	10 % PMSS
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 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	200 € dont 50 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	200 € dont 50 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement *(par an)*	4 % PMSS
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	100 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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)*	220 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	220 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	-
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	-
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO	100 % BRSS
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
42,70 €	57,08 €	76,56 €	27,88 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*
PMSS : *Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (pour 2024 = 3 864 €)*
RO : *Régime Obligatoire*
RSS : *Remboursement de la Sécurité Sociale*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AB Plus

Ce contrat santé n'est plus commercialisé

GARANTIES **2025**

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	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	220 % BRSS + 153 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique...)*	100 % BRSS + 153 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	210 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	180 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	30 €
Chambre particulière ambulatoire *	20 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	20 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 112 € + 200 % RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Suppléments prothèses dentaires non remboursées par le RO *(par an)*	10 % PMSS
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 69 € + 200 % RSS
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
Suppléments orthodontie non remboursée par le RO *(par an)*	10 % PMSS
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	160 € dont 60 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	230 € dont 60 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	230 € dont 60 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 112 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement (par an)	4 % PMSS
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	160 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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)*	220 % BRSS + 305 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	220 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 60 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
56,16 €	74,87 €	102,16 €	34,48 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*
PMSS : *Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (pour 2024 = 3 864 €)*
RO : *Régime Obligatoire*
RSS : *Remboursement de la Sécurité Sociale*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AC Plus

Ce contrat santé n'est plus commercialisé

GARANTIES **2025**

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	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	220 % BRSS + 366 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique ...)*	100 % BRSS + 366 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	220 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	190 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	45 €
Chambre particulière ambulatoire *	25 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	25 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 341 € + 200 % RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Suppléments prothèses dentaires non remboursées par le RO *(par an)*	10 % PMSS
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 145 € + 200 % RSS
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
Suppléments orthodontie non remboursée par le RO *(par an)*	10 % PMSS
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	210 € dont 70 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	290 € dont 70 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	290 € dont 70 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 158 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement (par an)	4 % PMSS
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	210 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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)*	220 % BRSS + 671 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	220 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 80 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
64,11 €	87,11 €	121,59 €	38,61 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*
PMSS : *Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (pour 2024 = 3 864€)*
RO : *Régime Obligatoire*
RSS : *Remboursement de la Sécurité Sociale*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AS Plus

Ce contrat santé n'est plus commercialisé

GARANTIES **2025**

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)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	220 % BRSS + 671 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique...)*	100 % BRSS + 671 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	230 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	200 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *(par jour)* *	60 €
Chambre particulière ambulatoire *	30 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	30 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 675 € + 200 % RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Suppléments prothèses dentaires non remboursées par le RO *(par an)*	10 % PMSS
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 275 € + 200 % RSS
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
Suppléments orthodontie non remboursée par le RO *(par an)*	10 % PMSS
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	270 € dont 90 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	360 € dont 90 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	360 € dont 90 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 248 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement (par an)	4 % PMSS
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	270 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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)*	220 % BRSS + 1 129 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	220 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 100 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
82,69 €	109,71 €	149,10 €	51,74 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*
PMSS : *Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (pour 2024 = 3 864 €)*
RO : *Régime Obligatoire*
RSS : *Remboursement de la Sécurité Sociale*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

AM Plus

Ce contrat santé n'est plus commercialisé

GARANTIES **2025**

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	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	190 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	170 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	38 €
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
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	220 % BRSS + 976 €
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique...)*	100 % BRSS + 976 €
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	240 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	200 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	75 €
Chambre particulière ambulatoire *	35 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	35 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	sans reste à charge
Soins et actes dentaires 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 ...)* *dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé, par an*	100 % BRSS + 1 007 € + 200 % RSS
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Suppléments prothèses dentaires non remboursées par le RO *(par an)*	10 % PMSS
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	100 % BRSS + 405 € + 200 % RSS
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
Suppléments orthodontie non remboursée par le RO *(par an)*	10 % PMSS
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	340 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	460 € dont 100 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres à dioptrie différente	460 € dont 100 € maximum pour la monture
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 % BRSS + 336 €
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement (par an)	4 % PMSS
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)* par œil et par an	380 €
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	340 €
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 prix limite de vente par aide auditive
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente 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)*	220 % BRSS + 1 587 € par an
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	220 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement dans la limite de 120 €)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	20 €
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	30 €
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO *(par an)*	100 % BRSS + 138 €
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	12 mois d'exonération
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	3 mois d'exonération
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	Oui
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	100 % BRSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **moins de 30 ans**	Adulte de **30 à 59 ans**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
96,00 €	128,10 €	169,98 €	60,78 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*
PMSS : *Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (pour 2024 = 3 864 €)*
RO : *Régime Obligatoire*
RSS : *Remboursement de la Sécurité Sociale*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Essentielle
LOSANGE

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 80 ans

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 et Transports sanitaires**	
Honoraires paramédicaux	100 % BRSS
Analyses et examens de biologie	100 % BRSS
Transport remboursé par le RO	100 % BRSS
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 handicap physique ...)*	100 % BRSS
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
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)*	-
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
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 (consultations), 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.*

***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 15 juillet 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Equilibre
LOSANGE

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 80 ans

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 et Transports sanitaires**	
Honoraires paramédicaux	125 % BRSS
Analyses et examens de biologie	125 % BRSS
Transport remboursé par le RO	125 % BRSS
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 handicap physique ...)*	150 % BRSS
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
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 €
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
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 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 € 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 thermale remboursée par le RO	100 % BRSS
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie (consultations), 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.*

***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 15 juillet 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Supérieure
LOSANGE

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 80 ans

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 et Transports sanitaires**	
Honoraires paramédicaux	140 % BRSS
Analyses et examens de biologie	140 % BRSS
Transport remboursé par le RO	140 % BRSS
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 handicap physique ...)*	200 % BRSS
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
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 €
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
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 € par an et par bénéficiaire
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)*	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 (consultations), 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 15 juillet 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Argent
LOSANGE

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 80 ans

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 et Transports sanitaires**	
Honoraires paramédicaux	160 % BRSS
Analyses et examens de biologie	160 % BRSS
Transport remboursé par le RO	165 % BRSS
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 handicap physique ...)*	250 % BRSS
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
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 €
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
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 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	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 € par an et par bénéficiaire
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)*	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 thermale remboursée par le RO	170 % BRSS
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie (consultations), 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.*

***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 15 juillet 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Or

LOSANGE

Ce contrat santé n'est plus commercialisé

GARANTIES **2025**

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 et Transports sanitaires**	
Honoraires paramédicaux	160 % BRSS
Analyses et examens de biologie	160 % BRSS
Transport remboursé par le RO	165 % BRSS
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 handicap physique ...)*	250 % BRSS
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
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 €
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
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 *(par an et par bénéficiaire)*	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 *(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	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 € par an et par bénéficiaire
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)*	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 thermale remboursée par le RO *(par an et par bénéficiaire)*	170 % BRSS + 150 €
Médecine douce : Ostéopathie, homéopathie (consultations), 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 *(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 15 juillet 2024

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

LOSANGE

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

	ESSENT. (1)	EQUIL. (2)	SUPER. (3)	ARGENT (4)	OR (5)
ADULTE					
< 20 ans	26,25 €	31,52 €	43,81 €	63,31 €	86,11 €
20 ans	26,25 €	31,52 €	43,81 €	63,31 €	86,11 €
21 ans	26,80 €	32,21 €	44,54 €	64,15 €	87,10 €
22 ans	27,40 €	32,91 €	45,28 €	65,06 €	88,18 €
23 ans	28,01 €	33,65 €	46,06 €	66,01 €	89,34 €
24 ans	28,64 €	34,40 €	46,91 €	67,04 €	90,58 €
25 ans	29,27 €	35,21 €	47,77 €	68,10 €	91,90 €
26 ans	29,96 €	36,02 €	48,67 €	69,22 €	93,31 €
27 ans	30,64 €	36,88 €	49,60 €	70,40 €	94,78 €
28 ans	31,37 €	37,76 €	50,58 €	71,62 €	96,36 €
29 ans	32,12 €	38,67 €	51,58 €	72,92 €	97,97 €
30 ans	32,87 €	39,58 €	52,62 €	74,26 €	99,67 €
31 ans	33,68 €	40,55 €	53,71 €	75,65 €	101,46 €
32 ans	34,51 €	41,54 €	54,84 €	77,12 €	103,33 €
33 ans	35,35 €	42,60 €	55,99 €	78,62 €	105,27 €
34 ans	36,21 €	43,65 €	57,21 €	80,19 €	107,29 €
35 ans	37,12 €	44,76 €	58,45 €	81,80 €	109,39 €
36 ans	38,08 €	45,90 €	59,73 €	83,50 €	111,60 €
37 ans	39,04 €	47,06 €	61,07 €	85,24 €	113,84 €
38 ans	40,04 €	48,30 €	62,46 €	87,04 €	116,21 €
39 ans	41,08 €	49,55 €	63,87 €	88,92 €	118,64 €
40 ans	42,13 €	50,84 €	65,34 €	90,85 €	121,17 €
41 ans	43,26 €	52,20 €	66,88 €	92,88 €	123,80 €
42 ans	44,42 €	53,58 €	68,48 €	94,96 €	126,53 €
43 ans	45,61 €	55,03 €	70,10 €	97,12 €	129,36 €
44 ans	46,86 €	56,51 €	71,80 €	99,34 €	132,28 €
45 ans	48,13 €	58,06 €	73,55 €	100,97 €	134,87 €
46 ans	49,45 €	59,65 €	75,35 €	102,60 €	137,48 €
47 ans	50,82 €	61,30 €	77,20 €	104,21 €	140,06 €
48 ans	52,25 €	62,98 €	79,15 €	105,85 €	142,66 €
49 ans	53,71 €	64,76 €	81,12 €	107,49 €	145,26 €
50 ans	55,24 €	66,57 €	83,18 €	109,12 €	147,85 €
51 ans	56,80 €	68,46 €	85,30 €	110,74 €	150,44 €
52 ans	58,41 €	70,39 €	87,48 €	112,37 €	153,04 €
53 ans	60,09 €	72,40 €	89,73 €	113,99 €	155,64 €
54 ans	61,82 €	74,48 €	92,07 €	115,61 €	158,24 €
55 ans	63,63 €	76,61 €	94,50 €	117,24 €	160,82 €
56 ans	65,50 €	78,82 €	97,00 €	121,43 €	166,63 €
57 ans	67,40 €	81,13 €	99,57 €	127,01 €	170,96 €
58 ans	69,41 €	83,51 €	102,24 €	131,18 €	175,32 €
59 ans	71,48 €	85,95 €	104,99 €	135,39 €	181,11 €
60 ans	73,62 €	88,48 €	107,84 €	140,97 €	185,46 €
61 ans	75,86 €	91,12 €	110,79 €	145,16 €	191,25 €
62 ans	78,18 €	93,85 €	113,87 €	150,75 €	195,59 €
63 ans	80,58 €	96,70 €	117,04 €	154,92 €	201,40 €
64 ans	83,07 €	99,60 €	120,32 €	159,11 €	207,19 €
65 ans	85,64 €	102,64 €	123,71 €	164,69 €	212,98 €
66 ans	88,31 €	105,77 €	127,23 €	171,67 €	220,23 €
67 ans	91,07 €	109,00 €	130,87 €	175,86 €	226,02 €
68 ans	93,94 €	112,37 €	134,62 €	181,45 €	234,72 €
69 ans	96,91 €	115,85 €	138,47 €	185,62 €	241,96 €
70 ans	99,98 €	119,43 €	142,50 €	189,81 €	249,21 €
71 ans	103,17 €	123,17 €	146,66 €	194,01 €	256,44 €
72 ans	106,48 €	127,01 €	150,94 €	199,58 €	263,68 €
73 ans	109,88 €	131,01 €	155,40 €	203,79 €	270,95 €
74 ans	113,43 €	135,15 €	159,99 €	209,36 €	279,63 €
75 ans	117,12 €	139,44 €	164,74 €	214,94 €	286,88 €
76 ans	120,93 €	143,88 €	169,67 €	220,53 €	294,13 €
77 ans	124,89 €	148,48 €	174,77 €	226,10 €	299,93 €
78 ans	128,97 €	153,25 €	180,05 €	231,69 €	307,17 €
79 ans	133,23 €	158,18 €	185,52 €	237,28 €	312,96 €
80 ans	137,64 €	163,31 €	191,17 €	242,86 €	320,20 €
81 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
82 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
83 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
84 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
85 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
86 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
87 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
88 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
89 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
90 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
91 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
92 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
93 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
94 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
95 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
96 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
97 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
98 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
99 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
100 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
> 100 ans	142,20 €	168,61 €	197,03 €	254,02 €	331,81 €
ENFANT	*(gratuité à compter du 3ème)*				
	22,08 €	26,05 €	36,50 €	57,21 €	76,80 €

NB : La tarification ne correspond pas nécessairement à l'âge réel de l'adhérent. Elle correspond à l'âge de l'adhérent qu'il aura au 31 décembre de l'année en cours. Exemple : un adhérent né le 2 novembre 1973 a 50 ans du 1er janvier au 1er novembre 2024, puis 51 ans à partir du 2 novembre 2024. Pour toute l'année 2024, sa cotisation sera donc celle dédiée aux adhérents de 51 ans.

(1) Losange ESSENTIELLE - (2) Losange EQUILIBRE - (3) Losange SUPERIEURE
(4) Losange ARGENT - (5) Losange OR

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Confort 1

GARANTIES **2025**

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, et ne concerne pas le ticket modérateur. Les prestations s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance et du remboursement de la complémentaire santé, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros.

SOINS COURANTS en secteur conventionné	
Praticiens généralistes *(consultations, visites, en ligne)*	-
Praticiens spécialistes *(consultations, visites, en ligne)*	20 €
Praticiens professeurs *(consultations, visites, en ligne)*	40 €
Petit dispositif médical, appareillage, orthopédie remboursée par le RO et accessoires	50 % BRSS
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale et à domicile, hors maternité)	
Praticiens conventionnés : *dépassements d'honoraires*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	20 €
Chambre particulière ambulatoire *	20 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	20 €
DENTAIRE (dans la limite de 500 € par an et par bénéficiaire)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	100 % BRSS
Implants *(par an)*	200 €
Parodontologie non remboursée par le RO **	30 €
Orthodontie remboursée par le RO	100 % BRSS
OPTIQUE	
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.*	
Monture + 2 verres simples	40 € dont 10 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	120 € dont 10 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres hypercomplexes	120 € dont 10 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	80 € dont 10 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre hypercomplexe	80 € dont 10 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe	120 € dont 10 € maximum pour la monture
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	100 €
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives remboursées par le RO	50 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	50 % BRSS
**MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE ** (plafonnée globalement et annuellement)	
Ostéopathie, chiropractie, parodontologie non remboursée par le RO, psychomotricité, psychologie, kinésiologie *(par acte et par an)*	30 €

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **59 ans et moins**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
13,95 €	19,21 €	7,46 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement.*

***** Ces garanties regroupent les actes d'ostéopathie, de chiropractie, de parodontologie non remboursée par le RO, de kinésiologie, de psychomotricité et de psychologie (à l'exception des séances de psychothérapie et de psychanalyse). Elles sont plafonnées globalement et annuellement à 30 €.***

BRSS : *Base de Remboursement de la Sécurité Sociale // **RO :** Régime Obligatoire //* *Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 7 octobre 2024*

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Confort 2

GARANTIES **2025**

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, et ne concerne pas le ticket modérateur. Les prestations s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance et du remboursement de la complémentaire santé, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros.

SOINS COURANTS en secteur conventionné	
Praticiens généralistes *(consultations, visites, en ligne)*	10 €
Praticiens spécialistes *(consultations, visites, en ligne)*	40 €
Praticiens professeurs *(consultations, visites, en ligne)*	80 €
Petit dispositif médical, appareillage, orthopédie remboursée par le RO et accessoires	150 % BRSS
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale et à domicile, hors maternité)	
Praticiens conventionnés : *dépassements d'honoraires*	200 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	40 €
Chambre particulière ambulatoire *	40 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	40 €
DENTAIRE (dans la limite de 1 000 € par an et par bénéficiaire)	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	200 % BRSS
Implants *(par an)*	400 €
Parodontologie non remboursée par le RO **	60 €
Orthodontie remboursée par le RO	200 % BRSS
OPTIQUE	
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.*	
Monture + 2 verres simples	80 € dont 20 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres complexes	180 € dont 20 € maximum pour la monture
Monture + 2 verres hypercomplexes	180 € dont 20 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	120 € dont 20 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre simple + 1 verre hypercomplexe	120 € dont 20 € maximum pour la monture
Monture + 1 verre complexe + 1 verre hypercomplexe	180 € dont 20 € maximum pour la monture
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	200 €
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives remboursées par le RO	150 % BRSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	150 % BRSS
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE ** (plafonnée globalement et annuellement)	
Ostéopathie, chiropractie, parodontologie non remboursée par le RO, psychomotricité, psychologie, kinésiologie *(par acte et par an)*	60 €

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **59 ans et moins**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
26,51 €	35,07 €	13,10 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement.*

***** Ces garanties regroupent les actes d'ostéopathie, de chiropractie, de parodontologie non remboursée par le RO, de kinésiologie, de psychomotricité et de psychologie (à l'exception des séances de psychothérapie et de psychanalyse). Elles sont plafonnées globalement et annuellement à 60 €.***

***BRSS :** Base de Remboursement de la Sécurité Sociale // **RO :** Régime Obligatoire //* *Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 7 octobre 2024*

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

GC

Ce contrat santé n'est plus commercialisé

GARANTIES **2025**

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, et ne concerne pas le ticket modérateur. Les prestations s'entendent en complément du remboursement de la Sécurité sociale du régime d'appartenance et du remboursement de la complémentaire santé, qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement (BR) ou en forfait en euros.

SOINS COURANTS	
Praticiens spécialistes *(consultations, visites, en ligne) (par acte)* *	38,64 €, soit 1 % PMSS
Praticiens professeurs *(consultations, visites, en ligne) (par acte)* *	77,28 €, soit 2 % PMSS
Actes techniques médicaux et actes de spécialité *(chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements) (par acte)* *	38,64 €, soit 1 % PMSS
Petit dispositif médical, appareillage, orthopédie remboursée par le RO, prothèses diverses et accessoires	200 % RSS
Grand appareillage *(fauteuil roulant, lit médicalisé, matelas anti-escarres...)*	-
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale et à domicile, hors maternité)	
Praticiens conventionnés *: frais de séjour, dépassements d'honoraires, chambre particulière avec nuitée ou ambulatoire, frais de lit d'accompagnement (pour les moins de 12 ans)*	3.091,20 € par an, soit 80 % PMSS
Praticiens non conventionnés *: frais de séjour, dépassements d'honoraires, chambre particulière avec nuitée ou ambulatoire, frais de lit d'accompagnement (pour les moins de 12 ans)*	90 % des frais réels avec un maximum de 300 % RSS, et dans la limite de 3.091,20 € par an, soit 80 % PMSS
DENTAIRE	
Prothèses dentaires et implantologie remboursées par le RO	200 % RSS
Orthodontie remboursée par le RO	200 % RSS
Prothèses dentaires et implantologie non remboursées par le RO *(par an)*	386,40 €, soit 10 % PMSS
Orthodontie non remboursée par le RO *(par an)*	
OPTIQUE	
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.*	
Monture + 2 verres simples	77,28 €, soit 2 % PMSS
Monture + 2 verres dont au moins 1 verre complexe ou hypercomplexe	154,56 €, soit 4 % PMSS
Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale *(par an)*	154,56 €, soit 4 % PMSS
AIDES AUDITIVES	
Aides auditives remboursées par le RO	200 % RSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	200 % RSS

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte de **59 ans et moins**	Adulte de **60 ans et plus**	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
14,69 €	22,62 €	8,07 €

** Dans la limite de 386,40 € pour 2024. Les pénalités laissées à la charge du bénéficiaire par l'organisme complémentaire pour les actes reconnus hors parcours de soins par la Sécurité sociale ne sont pas remboursées.*

RO : Régime Obligatoire // RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale // *Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 7 octobre 2024*

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

GARANTIES 2025 - SÉRÉNITÉ

	SÉRÉNITÉ surcomplémentaire
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)	
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 30 € par acte pour spécialiste, 60 € par acte pour un professeur dans la limite de 300 € par an et par bénéficiaire
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	
Praticiens généralistes non conventionnés	-
Praticiens spécialistes non conventionnés	-
Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Forfait sur les actes «lourds »	-
Actes d'imagerie (radiologie)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens et Transports sanitaires	
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	-
Transport remboursé par le RO (hors SMUR)	-
Matériel médical et Appareillage	
Petit dispositif médical, accessoires, petit appareillage, divers orthèses (DVO) et pansements remboursés par le RO	-
Autre orthopédie remboursée par le RO	+ 200 % RSS
Grand appareillage remboursé par le RO (orthoprothèses, prothèses faciales et oculaires, véhicule pour handicap physique ...)	-
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	-
Vaccins prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	-
Patch et pilules contraceptifs prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	-
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier (hors maisons d'accueil spécialisées, de retraite et EHPAD)	-
Forfait patient urgences	-
Forfait sur les actes « lourds »	-
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 2500 € par an et par bénéficiaire
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	
Praticiens non conventionnés	
Frais de séjour (en secteur conventionné)	
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalenscence)	
Chambre particulière ambulatoire	
Frais d'accompagnement (pour les moins de 17 ans)	
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	-
DENTAIRE *	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	-
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie ...)	-
Inlay-onlay, dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	-
Couronne et pilier de bridge sur dent non délabrée (par an et par bénéficiaire)	-
Prothèses dentaires autres que 100 % Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	+ 200 % RSS

Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	+ 300 € 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 et par bénéficiaire)	-
Orthodontie remboursée par le RO	+ 100 % RSS
Orthodontie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	+ 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 (remboursement maximal à hauteur du prix de vente)	-
Monture (remboursement maximal à hauteur du prix de vente)	-

Équipements à tarif libre - Classe B

Monture + 2 verres simples	+ 60 €
Monture + 2 verres complexes	+ 120 €
Monture + 2 verres très complexes	+ 120 €
Monture + 1 verre simple - 1 verre complexe	+ 90 €
Monture + 1 verre simple - 1 verre très complexe	+ 90 €
Monture + 1 verre complexe - 1 verre très complexe	+ 120 €
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	-

Lentilles et autres prestations optique

Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale (par an et par bénéficiaire)	+ 190 €
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)	-

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

Équipements 100 % Santé - Classe 1

Aides auditives adulte, enfant et personne atteinte de cécité	-

Équipements à tarif libre - Classe 2

Aides auditives remboursées par le RO	+ 200 % RSS
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le RO	+ 200 % RSS

BIEN-ETRE - PREVENTION

Médecine douce non remboursée par le RO (ostéopathie, homéopathie (consultations), psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologie, chiropractie, ergothérapie, nutritionniste, acupuncture, pédicurie, podologie, micro-kinésie, étiopathie, sevrage tabagique)	-
Cure thermale remboursée par le RO : honoraires, surveillance médicale, transport et hébergement thermal (par an et par bénéficiaire)	-
Forfait maternité ou adoption (par enfant)	-
Aide à domicile (assistance 7/7 jours et 24/24 heures) et Téléconsultation	-
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	-

* 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, sauf pour les garanties Sérénité.
RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale // Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 10 juillet 2025

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

GARANTIES 2025 - SÉRÉNITÉ RSL

	SÉRÉNITÉ RSL surcomplémentaire
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux généralistes (consultations, visites, majorations, en ligne)	
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Praticiens généralistes non conventionnés	-
Praticiens spécialistes non conventionnés	-
Honoraires médicaux spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)	
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 145 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 145 % BRSS
Praticiens non conventionnés	-
Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 145 % BRSS
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 145 % BRSS
Forfait sur les actes «lourds »	-
Actes d'imagerie (radiologie)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 150 % BRSS
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 150 % BRSS
Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens et Transports sanitaires	
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	-
Transport remboursé par le RO (hors SMUR)	-
Matériel médical et Appareillage	
Petit dispositif médical, accessoires, petit appareillage, divers orthèses (DVO) et pansements remboursés par le RO	-
Autre orthopédie remboursée par le RO	+ 100 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO (orthoprothèses, prothèses faciales et oculaires, véhicule pour handicap physique ...)	-
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	-
Vaccins prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	-
Patch et pilules contraceptifs prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	-
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier (hors maisons d'accueil spécialisées, de retraite et EHPAD)	-
Forfait patient urgences	-
Forfait sur les actes « lourds »	-
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 80 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 280 % BRSS
Praticiens non conventionnés	-
Frais de séjour (en secteur conventionné)	100 % des frais réels ***
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 17 ans	+ 45 € limités à 30 nuits / an
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	+ 380 % BRSS
DENTAIRE *	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	-
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie ...)	-
Inlay-onlay, dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	+ 50 % BRSS

Couronne et pilier de bridge sur dent non délabrée (par an et par bénéficiaire)	+ 280 €
Prothèses dentaires autres que 100 % Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	-
Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	+ 150 €
Implantologie : pose du pilier implantaire (dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire)	+ 150 €
Parodontologie non remboursée par le RO (tous les 3 ans et par bénéficiaire)	+ 200 €
Orthodontie remboursée par le RO	-
Orthodontie non remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	+ 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 (remboursement maximal à hauteur du prix de vente)	-
Monture (remboursement maximal à hauteur du prix de vente)	-

Équipements à tarif libre - Classe B

Monture + 2 verres simples	+ 40 € dont 140 € max. pour la monture
Monture + 2 verres complexes	+ 40 € dont 140 € max. pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	+ 40 € dont 140 € max. pour la monture
Monture + 1 verre simple - 1 verre complexe	+ 40 € dont 140 € max. pour la monture
Monture + 1 verre simple - 1 verre très complexe	+ 40 € dont 140 € max. pour la monture
Monture + 1 verre complexe - 1 verre très complexe	+ 40 € dont 140 € max. pour la monture
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	-

Lentilles et autres prestations optique

Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale	-
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)	-

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

Équipements 100 % Santé - Classe 1

Aides auditives adulte, enfant et personne atteinte de cécité	-

Équipements à tarif libre - Classe 2

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

BIEN-ETRE - PREVENTION

Médecine douce non remboursée par le RO (ostéopathie, homéopathie (consultations), psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologie, chiropractie, ergothérapie, nutritionniste, acupuncture, pédicurie, podologie, micro-kinésie, étiopathie, sevrage tabagique)	+ 25 € par séance dans la limite de 6 séances, par an et par bénéficiaire
Cure thermale remboursée par le RO : honoraires, surveillance médicale, transport et hébergement thermal (par an et par bénéficiaire)	-
Forfait maternité ou adoption (par enfant)	-
Aide à domicile (assistance 7/7 jours et 24/24 heures) et Téléconsultation	-
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	-

* 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, sauf pour les garanties Sérénité RSL. *** Les prestations Sérénité RSL exprimées en pourcentage des frais réels intègrent les remboursements de l'option B.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale // RO : Régime Obligatoire // Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 10 juillet 2025

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

GARANTIES 2025 - SÉRÉNITÉ +

	SÉRÉNITÉ + surcomplémentaire
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)	
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 280 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Praticiens généralistes non conventionnés	+ 100 % BRSS
Praticiens spécialistes non conventionnés	+ 100 % BRSS
Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 325 % BRSS
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 45 % BRSS
Forfait sur les actes «lourds »	-
Actes d'imagerie (radiologie)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	100 % des frais réels ***
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens et Transports sanitaires	
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	90 % des frais réels ***
Transport remboursé par le RO (hors SMUR)	100 % des frais réels ***
Matériel médical et Appareillage	
Petit dispositif médical, accesssoires, petit appareillage, divers orthèses (DVO) et pansements remboursés par le RO	90 % des frais réels ***
Autre orthopédie remboursée par le RO	90 % des frais réels ***
Grand appareillage remboursé par le RO (orthoprothèses, prothèses faciales et oculaires, véhicule pour handicap physique ...)	90 % des frais réels ***
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	-
Vaccins prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	-
Patch et pilules contraceptifs prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	100 % des frais réels ***
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier (hors maisons d'accueil spécialisées, de retraite et EHPAD)	-
Forfait patient urgences	-
Forfait sur les actes « lourds »	-
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	+ 100 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	-
Praticiens non conventionnés	+ 70 % BRSS
Frais de séjour (en secteur conventionné)	100 % des frais réels ***
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalenscence)	90 % des frais réels ***
Chambre particulière ambulatoire	90 % des frais réels ***
Frais d'accompagnement (pour les moins de 17 ans)	100 % des frais réels ***
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	90 % des frais réels ***
DENTAIRE *	
Soins et prothèses dentaires 100% Santé tels que définis réglementairement	-
Soins et actes dentaires autres que 100% Santé remboursés par le RO (parodontologie, prophylaxie, endodontie ...)	100 % des frais réels ***
Inlay-onlay, dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	100 % des frais réels ***
Couronne et pilier de bridge sur dent non délabrée (par an et par bénéficiaire)	-
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 et par bénéficiaire)	-

Prothèses dentaires autres que 100 % Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	100 % des frais réels *** dans la limite de 100 % du PMSS
Orthodontie remboursée par le RO (par an et par bénéficiaire)	100 % des frais réels *** dans la limite de 100 % du PMSS
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 maximal à hauteur du prix de vente)	-
Monture (remboursement maximal à hauteur du prix de vente)	-
Équipements à tarif libre - Classe B	
Monture + 2 verres simples	+ 120 €
Monture + 2 verres complexes	+ 100 €
Monture + 2 verres très complexes	-
Monture + 1 verre simple - 1 verre complexe	+ 110 €
Monture + 1 verre simple - 1 verre très complexe	-
Monture + 1 verre complexe - 1 verre très complexe	-
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	-
Lentilles et autres prestations optique	
Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale (par an et par bénéficiaire)	90 % des frais réels ***
Lentilles non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an et par bénéficiaire)	90 % des frais réels ***
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	-

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

Équipements 100 % Santé - Classe 1	
Aides auditives adulte, enfant et personne atteinte de cécité	-
Équipements à tarif libre - Classe 2	
Aides auditives remboursées par le RO	90 % des frais réels ***
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le RO	90 % des frais réels ***

BIEN-ETRE - PREVENTION

Médecine douce non remboursée par le RO (ostéopathie, homéopathie (consultations), psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologie, chiropractie, ergothérapie, nutritionniste, acupuncture, pédicurie, podologie, micro-kinésie, étiopathie, sevrage tabagique)	-
Cure thermale remboursée par le RO : honoraires, surveillance médicale, transport et hébergement thermal (par an et par bénéficiaire)	-
Forfait maternité ou adoption (par enfant)	-
Aide à domicile (assistance 7/7 jours et 24/24 heures) et Téléconsultation	-
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	-

* Les garanties indiquées en optique, dentaire ou pour les prothèses auditives (participations de l'assurance maladie obligatoire et de la complémentaire santé) sont systématiquement limitée 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, sauf pour les garanties de Sérénité +.

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale // RO : Régime Obligatoire // Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 10 juillet 2025

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

GARANTIES 2025 - VITALITÉ

	VITALITÉ à adhésion obligatoire
SOINS COURANTS	
Honoraires médicaux généralistes ou spécialistes (consultations, visites, majorations, en ligne)	
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	150 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	130 % BRSS
Praticiens généralistes non conventionnés	100 % BRSS
Praticiens spécialistes non conventionnés	130 % BRSS
Actes techniques médicaux et Actes de spécialité (chirurgie, obstétrique, échographie, prélèvements)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	140 % BRSS
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	120 % BRSS
Forfait sur les actes «lourds »	100 % des frais réels
Actes d'imagerie (radiologie)	
Praticiens adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	150 % BRSS
Praticiens non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	130 % BRSS
Paramédical (infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...), Analyses, Examens et Transports sanitaires	
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de biologie	130 % BRSS
Transport remboursé par le RO (hors SMUR)	135 % BRSS
Matériel médical et Appareillage	
Petit dispositif médical, accessoires, petit appareillage, divers orthèses (DVO) et pansements remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS + 150 €
Autre orthopédie remboursée par le RO	150 % BRSS
Grand appareillage remboursé par le RO (orthoprothèses, prothèses faciales et oculaires, véhicule pour handicap physique ...)	150 % BRSS
MEDICAMENTS et produits pharmaceutiques	
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	100 % BRSS
Vaccins prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	-
Patch et pilules contraceptifs prescrits et non remboursés par le RO (par an et par bénéficiaire)	50 €
HOSPITALISATION (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier (hors maisons d'accueil spécialisées, de retraite et EHPAD)	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	160 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée	140 % BRSS
Praticiens non conventionnés	100 % BRSS
Frais de séjour (en secteur conventionné)	130 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalenscence)	30 € par nuitée
Chambre particulière ambulatoire (limitée à 60 jours par an et par bénéficiaire en maison de repos ou de convalenscence)	30 € par jour
Frais d'accompagnement (pour les moins de 17 ans)	20 € par jour
Frais de séjour (en secteur non conventionné)	100 % BRSS
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 ...)	150 % BRSS
Inlay-onlay, dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	170 % BRSS
Couronne et pilier de bridge sur dent non délabrée (par an et par bénéficiaire)	100 €
Prothèses dentaires autres que 100 % Santé remboursées par le RO (inlays core, couronnes ...) dans la limite du prix limite de vente pour le panier à tarif maîtrisé	260 % BRSS
Implantologie : pose de l'implant (dans la limite de 2 implants par an et par bénéficiaire)	250 € par pose d'implant
Implantologie : pose du pilier implantaire (dans la limite de 2 piliers par an et par bénéficiaire)	100 € par pose de pilier

Parodontologie non remboursée par le RO (tous les 3 ans et par bénéficiaire)	100 €
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 maximal à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge
Monture (remboursement maximal à hauteur du prix de vente)	sans reste à charge

Équipements à tarif libre - Classe B

Monture + 2 verres simples	150 € dont 80 € max. pour la monture
Monture + 2 verres complexes	300 € dont 80 € max. pour la monture
Monture + 2 verres très complexes	600 € dont 80 € max. pour la monture
Monture + 1 verre simple - 1 verre complexe	200 € dont 80 € max. pour la monture
Monture + 1 verre simple - 1 verre très complexe	400 € dont 80 € max. pour la monture
Monture + 1 verre complexe - 1 verre très complexe	500 € dont 80 € max. pour la monture
Facturation de l'examen d'adaptation correctrice de la vue par l'opticien	100 % BRSS

Lentilles et autres prestations optique

Lentilles remboursées par le RO sur prescription médicale (par an et par bénéficiaire)	100 % BRSS + 75 €
Lentilles non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation (par an et par bénéficiaire)	75 €
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO (myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)	350 € par œil

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

Équipements 100 % Santé - Classe 1

Aides auditives adulte, enfant et personne atteinte de cécité	100 % des frais réels dans la limite des prix limite de vente

Équipements à tarif libre - Classe 2

Aides auditives remboursées par le RO	225 % BRSS, dans la limite de 1 700 € par aide auditive, remboursement RO compris
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition (piles, produits d'entretien, petits accessoires) remboursés par le RO	225 % BRSS

BIEN-ETRE - PREVENTION

Médecine douce non remboursée par le RO (ostéopathie, homéopathie (consultations), psychothérapie, psychomotricité, diététique, psychologie, chiropractie, ergothérapie, nutritionniste, acupuncture, pédicurie, podologie, micro-kinésie, étiopathie, sevrage tabagique)	25 € par séance dans la limite de 2 séances, par an et par bénéficiaire
Cure thermale remboursée par le RO : honoraires, surveillance médicale, transport et hébergement thermal	150 % BRSS
Forfait maternité ou adoption (par enfant)	-
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 // RO : Régime Obligatoire // RSS : Remboursement de la Sécurité Sociale // Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 10 juillet 2025

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

COTISATIONS MENSUELLES 2025 - SÉRÉNITÉ

	SÉRÉNITÉ
ADULTE	
60 ans et moins	151,01 €
61 ans	153,27 €
62 ans	155,56 €
63 ans	157,91 €
64 ans	160,29 €
65 ans	162,71 €
66 ans	165,18 €
67 ans	172,16 €
68 ans	179,49 €
69 ans	187,18 €
70 ans	195,27 €
71 ans	203,75 €
72 ans	212,66 €
73 ans	222,01 €
74 ans	231,84 €
75 ans	242,15 €
76 ans	252,98 €
77 ans	264,35 €
78 ans	276,28 €
79 ans et plus	288,83 €
ENFANT (gratuité à compter du 3e)	
	62,75 €

RETRAITES, PRE-RETRAITES, Personnes bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, Bénéficiaires des allocations d'assurance chômage à l'issue de la période de maintien des droits au titre de la portabilité des droits

NB : La tarification correspond à l'âge réel de l'adhérent. Exemple : un adhérent de 66 ans paye sa cotisation de 66 ans jusqu'au dernier jour du mois de son 67e anniversaire. Ensuite, il payera la cotisation dédiée aux adhérents de 67 ans.

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

COTISATIONS MENSUELLES 2025 - VITALITÉ

	VITALITÉ
ADULTE	
60 ans et moins	82,65 €
61 ans	84,15 €
62 ans	85,66 €
63 ans	87,20 €
64 ans	88,77 €
65 ans	90,36 €
66 ans	91,99 €
67 ans	96,59 €
68 ans	101,43 €
69 ans	106,49 €
70 ans	111,82 €
71 ans	117,40 €
72 ans	123,28 €
73 ans	129,44 €
74 ans	135,92 €
75 ans	142,71 €
76 ans	149,84 €
77 ans	157,33 €
78 ans	165,20 €
79 ans et plus	173,46 €
ENFANT (gratuité à compter du 3e)	
	36,03 €

RETRAITES, PRE-RETRAITES, Personnes bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité dont le contrat de travail est rompu, Bénéficiaires des allocations d'assurance chômage à l'issue de la période de maintien des droits au titre de la portabilité des droits

NB : La tarification correspond à l'âge réel de l'adhérent. Exemple : un adhérent de 66 ans paye sa cotisation de 66 ans jusqu'au dernier jour du mois de son 67e anniversaire. Ensuite, il payera la cotisation dédiée aux adhérents de 67 ans.

mobilité mutuelle
Groupe malakoff humanis

Hospi

GARANTIES **2025**

Age limite d'adhésion : 65 ans

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	-
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	-
Praticiens non conventionnés	-
Actes techniques médicaux, Actes de spécialité et d'imagerie *(chirurgie, obstétrique, radiologie, échographie, prélèvements)*	
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	-
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	-
Praticiens non conventionnés	-
Forfait sur les actes « lourds »	-
Ostéodensitométrie non remboursée par le RO *(tous les 2 ans)*	-
Paramédical *(infirmier, kinésithérapeute, soins et déplacements...)*, **Analyses, Examens, Transports sanitaires et Médicaments**	
Honoraires paramédicaux	-
Analyses et examens de biologie	-
Transport remboursé par le RO	-
Médicaments remboursés à 65%, 30% ou 15% par le RO	-
Matériel médical	
Petit dispositif médical, appareillage et orthopédie remboursée par le RO	-
Grand appareillage remboursé par le RO *(lit médicalisé, matelas anti-escarres, véhicule pour handicapé physique...)*	-
HOSPITALISATION en secteur conventionné (chirurgicale, médicale, obstétrique et à domicile)	
Forfait journalier hospitalier	100 % des frais réels
Forfait patient urgences	sans reste à charge
Forfait sur les actes « lourds »	100 % des frais réels
Praticiens conventionnés adhérents au DPTM	120 % BRSS
Praticiens conventionnés non adhérents au DPTM	100 % BRSS
Frais de séjour *(y compris en secteur non conventionné)*	100 % BRSS
Chambre particulière avec nuitée *	10 €
Chambre particulière ambulatoire *	10 €
Frais de lit d'accompagnement *(pour les moins de 12 ans et par jour)* *	10 €
DENTAIRE **	
Soins et prothèses 100% Santé tels que définis réglementairement	-
Soins et actes dentaires remboursés par le RO *(parodontologie, prophylaxie, endodontie et inlays-onlays ...)*	-
Prothèses dentaires autres que 100% Santé remboursées par le RO *(inlays core, couronnes ...)*	-
Prothèses dentaires non remboursées par le RO *(implants, piliers ...) (par an)*	
Orthodontie remboursée par le RO *(par semestre)*	-
Orthodontie non remboursée par le RO *(par semestre)*	
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)*	-
Monture *(remboursement maximum à hauteur du prix de vente)*	-
Équipements à tarif libre - Classe B	
Monture + 2 verres simples	-
Monture + 2 verres complexes ou hypercomplexes	-
Monture + 2 verres à dioptrie différente	-
Lentilles	
Lentilles remboursées ou non remboursées par le RO sur prescription médicale, y compris jetables et adaptation *(par an)*	-
Suppléments lentilles remboursées par le RO uniquement *(par an)*	-
Autres prestations optique	
Chirurgie réfractive non remboursée par le RO *(myopie, hypermétropie, astigmatisme et presbytie)*	-
Implants oculaires multifocaux non remboursés par le RO	-
Appareillage d'aide à la vision *(sur prescription médicale et par an)*	-
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)*	-
Aide auditive enfant *(moins de 20 ans)* et personne atteinte de cécité	-
Équipements à tarif libre - Classe 2	
Aides auditives remboursées par le RO *(dans la limite de 1 700 € par aide auditive, remboursement RO compris)*	-
Entretien, réparation, accessoires et consommables achetés dans un centre d'audition *(piles, produits d'entretien, petits accessoires)* remboursés par le RO	-
MEDECINE DOUCE OU ALTERNATIVE (plafonnée globalement et annuellement)	
Ostéopathie, chiropractie, psychomotricité, psychologie, kinésiologie, parodontie non remboursée par le RO *(par séance)*	-
Substituts nicotiniques : patchs et médicaments *(par an)*	-
CURES THERMALES	
Cure thermale remboursée par le RO	-
EVENEMENTS FAMILIAUX (exonération de cotisations)	
Naissance ou adoption *(pour l'enfant inscrit)*	-
Mariage ou PACS *(pour le conjoint inscrit)*	-
ASSISTANCE & TELECONSULTATION	
Aide à domicile *(assistance 7/7 jours et 24/24 heures)* et Téléconsultation	-
PREVENTION	
Actes de prévention figurant sur la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006	-

COTISATIONS MENSUELLES **2025**

Adulte	**Enfant** *(gratuit à partir du 3ème)*
12,72 €	6,11 €

** Dans la limite commune de 180 jours par an, pour la chambre particulière avec nuitée, la chambre particulière ambulatoire et les frais de lit d'accompagnement, en psychiatrie.*
*** 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*

Tous droits réservés Mobilité Mutuelle - Document non contractuel - Version du 23 octobre 2024

auxia ASSISTANCE
Groupe malakoff humanis

Ma notice Assistance

Cette notice décrit l'ensemble de mes garanties
ainsi que les formalités à accomplir
pour bénéficier d'une aide temporaire
pour m'épauler au moment
d'un évènement lié à la santé
et faciliter mon retour à domicile
en cas d'hospitalisation.

Dans le cadre de votre contrat santé, vous bénéficiez des services d'assistance et de téléconsultation médicale.

Vous êtes mieux protégé avec :

- des services pour prendre soin de votre santé et rendre vos démarches plus faciles,
- un accompagnement social personnalisé pour vous épauler en cas de difficultés.

Besoin d'aide en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation?

Avec le service d'Assistance, bénéficiez **d'aides spécifiques pour vous épauler et faciliter votre retour à domicile** comme une aide-ménagère, la garde de vos enfants, leur conduite à l'école, du soutien scolaire à domicile, la prise en charge des ascendants dépendants, la livraison de médicaments…

Il vous suffit de **contacter nos conseillers** en téléphonant **au 09 79 99 03 03** (service gratuit + prix appel)

Accessible 7 jours sur 7, 24h sur 24.

Identifiant à communiquer lors de votre appel : **75 37 34**

Besoin de joindre un médecin rapidement ?

Avec le service de Téléconsultation médicale, obtenir un rendez-vous n'a jamais été aussi facile. Bénéficiez gratuitement de 5 consultations 7 jours sur 7 de 8h à 20h

Pour accéder au service, appelez le **09 86 86 00 67** pour être redirigé vers le service de téléconsultation par visioconférence.

Vous pouvez également, si votre espace client le prévoit, accéder à ce service via votre espace client ou sur le site **https://medecin.malakoffhumanis.com**.

A NOTER

Le service de téléconsultation vous permet aussi d'accéder rapidement à des téléconsultations avec des médecins spécialistes ou généralistes (plages horaires plus étendues et selon disponibilité). Ces consultations avec avance de frais sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées dans les conditions habituelles de votre contrat santé.

Sommaire

L'objet de l'assistance ____ 4
Nous contacter ____ 4
Les tableaux de garanties ____ 5
La description des garanties d'assistance ____ 7
Les définitions ____ 11
Le cadre juridique ____ 13
Annexe le service de téléconsultation ____ 18

Retrouvez les définitions dans le lexique à la page 11

L’objet de l’assistance

La convention d’assistance présentée ci-après se propose d’apporter une aide à domicile dans une optique de confiance préalable :

- aux adhérents du contrat collectif d’assurance santé souscrit par l’employeur auprès de AUXIA ASSISTANCE,
- à partir du 1er janvier 2020, aux anciens collaborateurs de l’employeur qui bénéficiaient des garanties de la présente convention et qui ont souhaité conclure le contrat à titre individuel,
- et plus généralement aux assurés d’une entité du groupe Malakoff Humanis, bénéficiaires du contrat d’assistance Santé à domicile, déclarés par cette entité auprès de Auxia Assistance.

AUXIA Assistance, entreprise régie par le Code des assurances, SA au capital de 1 780 000 euros – RCS de Paris 351 733 761 – Siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

AUXIA Assistance est désigné par « Nous » dans cette Convention

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

Nous contacter

Pour demander la mise en œuvre de l’une des prestations d’assistance, vous pouvez joindre, 7 jours sur 7, 24h sur 24, votre chargé d’assistance au **09 79 99 03 03** en précisant :

- Votre numéro de convention d’assistance : **75 37 34**
- Votre identité (nom, prénom, date de naissance)
- L’identité du bénéficiaire et ses coordonnées (nom, prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone)
- L’entreprise employeur

Les prestations sont mises en œuvre du lundi au vendredi de 8 heures à 19 heures (hors jours fériés). Au cours de l’appel, il vous sera précisé les modalités de mise en œuvre des prestations.

Cette demande doit être formulée dans **un délai de 5 jours ouvrés suivant l’événement**.

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure, toute déclaration tardive intervenant au-delà du délai de 5 jours ouvrés entraîne la déchéance de la garantie dans la mesure où le retard ne nous permet plus de mettre en œuvre nos garanties dans des conditions conformes à nos engagements.

En cas d’urgence, votre premier réflexe doit être l’appel aux services de secours publics **(le 15 ou le 112 pour le SAMU ; le 17 pour les services de la police ; le 18 pour les pompiers)** ou à votre médecin traitant. Nos services d’assistance ne se substituent pas aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

Les tableaux de garanties

Les tableaux de garanties présentent les prestations auxquelles vous avez le droit ***en fonction de votre situation.*** *Les garanties sont accordées dans* ***les conditions et limites de la notice d'assistance****, retrouvez le détail dans « La description des garanties d'assistance » à la page 7.*

J'AI BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT MEDICAL OU SOCIAL

Je bénéficie des garanties ci-dessous *quelle que soit la nature des évènements*		
Page 7	**Informations médicales et sociales**	Par téléphone
Page 8	**Livraison de médicaments** *(en cas d'incapacité temporaire)*	Prise en charge de la livraison
Page 9	**Recherche de professionnels de santé**	Par téléphone
Page 10	**Transport vers un établissement de soins**	Organisation du transport
Page 18	**Téléconsultation médicale**	5 téléconsultations par an

J'AI UNE HOSPITALISATION PROGRAMMEE OU JE SUIS HOSPITALISEE POUR MATERNITE

Je bénéficie des garanties ci-dessous *à partir du 1er jour (y compris chirurgie ambulatoire)*		
Page 7	**Aide-ménagère**	Jusqu'à 15h
Page 7	**Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires**	2 fois par jour pendant 5 jours
Page 9	**Prise en charge des enfants et des petits-enfants** *(La venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 15h

J'AI UNE HOSPITALISATION IMPREVUE OU JE SUIS HOSPITALISEE POUR UNE GROSSESSE MULTIPLE

Je bénéficie des garanties ci-dessous *à partir du 1er jour (y compris chirurgie ambulatoire)*		
Page 7	**Aide-ménagère**	Jusqu'à 30h
Page 7	**Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires**	2 fois par jour pendant 5 jours
Page 7	**Garde des animaux domestiques**	Dans la limite de 30 jours
Page 8	**Prise en charge des ascendants dépendants** *(La venue d'un proche pour la garde des ascendants dépendants ou le transfert des ascendants dépendants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 9	**Prise en charge des enfants et des petits-enfants** *(La venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 10	**Venue d'un proche à mon chevet**	Hébergement jusqu'à 2 nuits ou 92€ max

JE SUIS IMMOBILISE DE MANIERE IMPREVUE PENDANT PLUS DE 5 JOURS

Je bénéficie des garanties ci-dessous *dès le 1er jour d'immobilisation*		
Page 7	**Aide-ménagère**	Jusqu'à 30h
Page 7	**Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires**	2 fois par jour pendant 5 jours
Page 7	**Garde des animaux domestiques**	Dans la limite de 30 jours
Page 8	**Prise en charge des ascendants dépendants** *(La venue d'un proche pour la garde des ascendants dépendants ou le transfert des ascendants dépendants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 9	**Prise en charge des enfants et des petits-enfants** *(La venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 10	**Venue d'un proche à mon chevet**	Hébergement jusqu'à à 2 nuits ou 92 € max

MON ENFANT EST IMMOBILISE DE MANIERE IMPREVUE PENDANT PLUS DE 2 JOURS CONSECUTIFS

Je bénéficie des garanties ci-dessous *à partir du 1er jour d'immobilisation*		
Page 9	**Prise en charge des enfants** *(La venue d'un proche pour la garde des enfants ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 9	**Soutien scolaire à domicile** *(En cas d'immobilisation supérieure à 14 jours consécutifs)*	Jusqu'à 3h par jour et 15h par semaine

JE SUIS UN PROTOCOLE CONTRE LE CANCER (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie, hormonothérapie ou de curiethérapie)

Si mon enfant ou celui de mon conjoint (rattaché à notre foyer fiscal et vivant sous le même toit que nous) se trouve en situation de traitement contre le cancer

Je bénéficie des garanties ci-dessous *sur toute la durée du protocole*		
Page 7	**Aide-ménagère**	Jusqu'à 30h
Page 7	**Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires**	2 fois par jour pendant 5 jours
Page 9	**Prise en charge des enfants** *(La venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h

EN CAS DE DECES DE L'UN DES BENEFICIAIRES

Je bénéficie des garanties ci-dessous *à compter de la date du décès*		
Page 7	**Aide-ménagère**	Jusqu'à 30h
Page 7	**Conduite à l'école et/ou aux activités extra-scolaires**	2 fois par jour pendant 5 jours
Page 7	**Garde des animaux domestiques**	Dans la limite de 30 jours
Page 8	**Prise en charge des ascendants dépendants** *(La venue d'un proche pour la garde des ascendants dépendants ou le transfert des ascendants dépendants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h
Page 9	**Prise en charge des enfants et des petits-enfants** *(La venue d'un proche pour la garde des enfants, ou le transfert des enfants chez un proche ou la garde à domicile)*	Garde à domicile jusqu'à 30h

La description des garanties d'assistance

La description des garanties d'assistance présente le détail, les conditions et les limites des garanties. Pour connaitre les prestations auxquelles vous avez le droit, référez-vous à votre situation dans la partie « Les tableaux de garanties » à la page 5.

Aide-ménagère

L'assisteur missionne un intervenant pour la réalisation des tâches ménagères courantes (repassage, ménage, préparation des repas) au domicile du bénéficiaire. Chaque intervention de l'intervenant dure au minimum 2 heures.

Plafond de l'Aide-ménagère :

ÉVENEMENTS	Hospitalisation programmée ou maternité	Hospitalisation imprévue ou grossesse multiple	Immobilisation imprévue de plus de 5 jours consécutifs	Traitement médical du cancer	En cas de décès de l'un des bénéficiaires
PLAFONDS	**Jusqu'à 15h** sur le mois suivant l'évènement	**Jusqu'à 30h** sur le mois suivant l'évènement	**Jusqu'à 30h** sur le mois suivant l'évènement	**Jusqu'à 30h** réparties pendant la durée du protocole médical	**Jusqu'à 30h** sur le mois suivant l'évènement

L'intervenant n'assure pas la fourniture du matériel nécessaire pour les tâches ménagères courantes.

Conduite à l'école et/ou aux activités extrascolaires

Lorsqu'aucun proche ne peut se rendre disponible, l'assisteur prend en charge le trajet (aller / retour) des enfants et des petits-enfants **2 fois par jour, dans la limite de 5 journées** sur le mois suivant l'évènement, ou durant la durée du protocole médicale en cas en traitement médical du cancer.

Garde des animaux domestiques

L'assisteur prend en charge sur présentation d'un justificatif de paiement la garde de l'animal chez un « pet sitter ». La prise en charge comprend les frais de déplacement aller-retour et les frais de « pet sitter ». Elle est limitée à un forfait de **15 € par jour**, **pendant 30 jours** et valable pour une garde de l'animal exécutée sur des jours consécutifs.

Informations médicales et sociales

L'assisteur vous informe par téléphone sur toutes informations pertinentes de la vie courante. Voici les principaux domaines couverts et les éléments qui peuvent vous être communiqués :

- **Social et administratif** : les formalités administratives, les régimes de protection sociale, les prestations auxquelles vous pouvez prétendre, les allocations, l'habitation, la famille, la succession, l'aide aux personnes en situation de handicap

- **Conseils médicaux** : le calendrier vaccinal, les maladies et les risques qui y sont liées, les médicaments et leurs effets secondaires, la prévention, la diététique, les structures médicales, les associations de malades, les problèmes d'alcool, de poids, le tabagisme, la préparation aux voyages, les pathologies telles que la maladie d'Alzheimer, de Parkinson, le Sida, l'autisme, les allergies, le diabète, la paraplégie, la perte d'autonomie, les traitements et leurs effets secondaires

L'assisteur vous oriente, si besoin, vers les organismes qualifiés.

Pour certaines questions, la réponse ne pourra pas être immédiate. Lorsque l'assisteur doit effectuer des recherches, il rappelle le bénéficiaire pour lui communiquer les informations attendues. En aucun cas les renseignements fournis ne font l'objet d'une confirmation écrite.

L'assisteur ne peut pas être tenu pour responsable de l'interprétation des informations, et de l'utilisation que le bénéficiaire décidera d'en faire.

Les réponses apportées par l'assisteur s'appuient sur le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit étranger.

Les informations communiquées constituent des renseignements à caractère documentaire, visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne s'agit ni de consultations juridiques, ni de consultations médicales.

Livraison de médicaments

Vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer et vous avez besoin de médicaments. L'assisteur prend en charge la commande et la livraison de vos médicaments prescrits par votre médecin traitant.

Les livraisons sont assurées du lundi au samedi (hors jours fériés) entre 8h et 19h00.

Pour bénéficier du service de livraison :

- Votre domicile est situé en France métropolitaine à moins de 30 kilomètres (aller-retour) d'une pharmacie. Par dérogation le service ne peut être délivré sur le territoire Corse.
- Votre incapacité temporaire de déplacement est médicalement constatée.

Le coût des médicaments reste à votre charge.

Prise en charge des ascendants dépendants

Le bénéficiaire peut demander à l'assisteur de mettre en œuvre l'une des garanties ci-dessous.

- **La venue d'un proche pour la garde des ascendants :** l'assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire, pour s'occuper de l'ascendant au domicile.

- **Ou le transfert chez un proche :** dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des ascendants chez un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire.

- **Ou la garde au domicile** par un auxiliaire de vie : dans le cas où un proche du bénéficiaire ne peut s'occuper du parent dépendant, l'assisteur missionne un professionnel agréé pour garder l'ascendant dépendant. La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures, **limitée à 30 heures** sur le mois suivant l'évènement.

A NOTER

Les 3 garanties ci-dessus ne sont pas cumulables.

Prise en charge des enfants et des petits-enfants

Le bénéficiaire peut demander à l'assisteur de mettre en œuvre l'une des garanties ci-dessous.

- **La venue d'un proche :** l'assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) d'un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire pour s'occuper des enfants, au domicile du bénéficiaire.

- **Ou le transfert des enfants** : dans le cas où un proche ne peut pas se déplacer au domicile du bénéficiaire, l'assisteur organise et prend en charge un unique transport (aller-retour) des enfants chez un proche résidant sur le même territoire que le bénéficiaire.

- **Ou la garde à domicile** : lorsqu'un proche ne peut se rendre disponible, l'assisteur organise et missionne un intervenant autorisé pour garder les enfants. La durée de chaque prestation est d'un minimum de 2 heures.

Pour les prestations qui concernent les enfants :

- **La personne missionnée au domicile de l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.**
- **Auxia Assistance intervient à la demande des parents. Auxia Assistance ne peut être tenu responsable des évènements pouvant survenir pendant les prises en charge des enfants confiés.**

Plafond de la Garde à domicile :

ÉVENEMENTS	Hospitalisation programmée ou maternité	Hospitalisation imprévue ou grossesse multiple	Immobilisation imprévue de plus de 5 jours consécutifs	Traitement médical du cancer	En cas de décès de l'un des bénéficiaires
PLAFONDS	**Jusqu'à 15h** sur le mois suivant l'évènement	**Jusqu'à 30h** sur le mois suivant l'évènement	**Jusqu'à 30h** sur le mois suivant l'évènement	**Jusqu'à 30h** réparties pendant la durée du protocole médical	**Jusqu'à 30h** sur le mois suivant l'évènement

A NOTER

Les 3 garanties ci-dessus ne sont pas cumulables.

Recherche de professionnels de santé

L'assisteur peut assister les bénéficiaires en difficulté dans leur recherche d'intervenants médicaux et paramédicaux (médecin généraliste, infirmière…).

Cette garantie s'applique quand les 2 conditions suivantes sont réunies :

- La situation ne relève pas d'une urgence médicale
- Et le besoin s'exprime en dehors des heures d'ouverture des cabinets et pharmacies.

L'assisteur propose au bénéficiaire **jusqu'à 5 coordonnées de professionnels** situés le plus près possible de son domicile. Les frais de déplacement, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

Soutien scolaire à domicile

Votre enfant est inscrit dans un établissement d'enseignement primaire ou secondaire.

Il est immobilisé à domicile pour une durée **minimum de 14 jours consécutifs** et il ne peut pas assister aux cours à distance.

Pendant l'année scolaire en cours, un répétiteur l'aide à faire ses devoirs dans les matières principales (mathématiques, français, histoire-géographie, anglais). Chaque intervention quotidienne dure au moins 1 heure et au maximum 3 heures, à raison **de 15 heures par semaine maximum.** Les interventions sont réalisées du lundi au vendredi, hors week-end, jours fériés et vacances scolaires.

Pour les prestations qui concernent les enfants :

- **La personne missionnée au domicile de l'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un parent.**
- **Auxia Assistance intervient à la demande des parents. Auxia Assistance ne peut être tenu responsable des évènements pouvant survenir pendant les prises en charge des enfants confiés.**

Transport vers un établissement de soins

Hors urgence médicale, l'assisteur 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, proche de son domicile et médicalement adapté. Si son état de santé le nécessite, l'assisteur organise son retour au domicile par l'un de ces moyens.

Les frais de transport demeurent à la charge du bénéficiaire.

Venue d'un proche à mon chevet

L'assisteur organise et prend en charge le transport aller-retour d'un proche du bénéficiaire résidant en France Métropolitaine à compter du premier jour de l'événement provoquant la mise en œuvre de la garantie. La prestation est **limitée à 2 nuits, à concurrence de 92€ TTC au total**, petit déjeuner inclus.

Aucune autre solution d'hébergement que celle prévue ne sera prise en charge.

Prise de contact

L'assisteur communique par téléphone. Les prises de contact se font toujours à la demande du bénéficiaire et, dans certains cas, du bénéficiaire aidant.

Responsabilité

Auxia Assistance ne peut pas être tenu pour responsable de l'interprétation des informations, et de l'utilisation que le bénéficiaire décidera d'en faire.

Nos réponses s'appuient sur le droit français en vigueur, à l'exclusion de tout autre droit étranger.

Les informations communiquées constituent des renseignements à caractère documentaire, visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971. Il ne s'agit ni de consultations juridiques, ni de consultations médicales.

Quand une mise en relation ou des coordonnées de professionnels ou de structures médicales sont proposées, cette proposition ne vaut pas recommandation d'Auxia Assistance. Elle se base sur le critère de la proximité du domicile.
Les garanties sont réalisées en tenant compte de la disponibilité et de la situation locale.

Les définitions

Accident	L'événement soudain et imprévisible qui entraîne une blessure physique involontaire. Les maladies qui se manifestent sous une apparence accidentelle (AVC, arrêt cardiaque …), ne sont pas des accidents.
Animaux domestiques	Animaux familiers (chiens ou chat uniquement) vivant habituellement au domicile du bénéficiaire et à sa charge. Les animaux ont reçu toutes les vaccinations obligatoires, et sont identifiés (puçage, tatouage). Sont exclus les chiens de 1ère et 2ème 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.
Ascendant dépendant	La personne physique qui remplit les deux conditions cumulatives suivantes : Être parents, beaux-parents ou grands-parents du bénéficiaire (par filiation au sens de la législation française) ; Être atteint d'une dépendance médicalement constatée : - Soit en état d'invalidité - Soit en état de perte d'autonomie La dépendance doit être consolidée.
Assureur/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.
Bénéficiaire	Les bénéficiaires sont toutes les personnes couvertes par le contrat principal santé.
Chirurgie ambulatoire	Acte chirurgical nécessitant une hospitalisation sans hébergement de nuit et permettant la sortie du patient le jour même de son admission.
Conjoint	- L'époux ou l'épouse du bénéficiaire non séparé(e) judiciairement, ni divorcé(e) ; - Ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité non dissout et non rompu ; - Ou le concubin : la personne ayant une vie commune notoire et permanente avec le bénéficiaire pendant une durée d'au moins deux ans ou ayant un enfant né de cette union. Le bénéficiaire et le concubin ne doivent être mariés, ni l'un ni l'autre, ni liés par un pacte civil de solidarité.
Domicile	Lieu de la résidence principale ou secondaire du bénéficiaire, situé en France tel que présentée dans la définition de la territorialité ci-dessous.
Enfant et Petit-enfant	Les enfants / petit-enfants du bénéficiaire et/ou de son conjoint, qui sont âgés de moins de 16 ans au jour de la mise en œuvre des garanties, tel que définis au contrat principal santé du bénéficiaire.
Grossesse multiple	Développement simultané de plusieurs fœtus dans l'utérus.
Hospitalisation imprévue	Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé, consécutif à un accident ou à une maladie. L'hospitalisation est prescrite en urgence par un médecin dans les 7 jours qui la précèdent.

Hospitalisation programmée	Tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé ou toute hospitalisation à domicile, consécutif à une maladie ou un accident. L'hospitalisation est prescrite par un médecin, et le bénéficiaire en a connaissance plus de 7 jours avant le 1er jour d'hospitalisation.
Immobilisation imprévue	Toute incapacité à se déplacer consécutive à un accident ou à une maladie soudaine. L'incapacité est constatée par un médecin qui prescrit un repos à domicile. Le bénéficiaire doit avoir connaissance de cette incapacité dans les 7 jours maximum précédent l'immobilisation.
Invalidité	Le bénéficiaire déclarant être atteint d'un taux d'invalidité permanente égal ou supérieur à 66 % et il n'exerce aucune activité professionnelle susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit. L'Invalidité Permanente et totale est constatée par un médecin conseil de la Sécurité Sociale. L'attestation d'invalidité pourra être réclamée à des fins de contrôle.
Maladie	L'altération de la santé n'ayant pas pour origine un accident corporel, constatée par une autorité médicale compétente.
Maternité	L'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.
Perte d'autonomie	L'état de perte d'autonomie est reconnu lorsque la personne concernée justifie de l'APA ou est classée 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 : – Le GIR 1 correspond aux personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessite une présence indispensable et continue d'intervenants, – Le GIR 2 correspond à une personne confinée au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une prise en charge pour la plupart des actes de la vie courante, ou une personne âgée dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui est capable de se déplacer, – Le GIR 3 correspond aux personnes âgées ayant conservé leurs fonctions intellectuelles, partiellement, leur capacité à se déplacer, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle,
Proche	Membres de la famille du bénéficiaire ou, à défaut, toute personne physique désignée : - Par le bénéficiaire, - Ou par l'un de ses ayants droits - Ou, à défaut, par l'assureur.
Territorialité	Le bénéfice des garanties d'assistance est ouvert pour les sinistres survenus en France Métropolitaine (dont Corse, Principautés de Monaco, d'Andorre). Les outre-mer prises en compte au titre du présent contrat sont : la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Mayotte, la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie Française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Wallis-et-Futuna, Saint-Pierre-et-Miquelon. Les prestations seront fournies uniquement dans les territoires cités ci-dessus.
Transport	Les transports organisés dans le cadre de l'assistance s'effectuent par taxi, train (billet de première classe) ou par avion en classe économique.

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'à la date à laquelle le contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis et ouvrant droit à la présente assistance 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 en cas de force majeure

Circonstances exceptionnelles

AUXIA ASSISTANCE ne peut être tenu pour responsable des retards ou empêchements dans l'exécution des garanties d'assistance de la présente convention en cas de force majeure.

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 de force majeure,
- et cause un préjudice à AUXIA ASSISTANCE.

Lorsque le comportement de l'une des personnes concernées 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 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. 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, nonobstant 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 ».

Protection des données à caractère personnel

Conformément à la règlementation 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 personnes physiques définies dans la partie « Définitions » des présentes conditions générales sont « les Personnes concernées ». Les Personnes concernées sont informées 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 Personnes concernées 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 d'AUXIA ASSISTANCE ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des personnes concernées 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 personnes concernées ;
- 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 personnes concernées ;
- l'exécution des dispositions légales, règlementaires 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.

AUXIA ASSISTANCE s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des personnes concernées 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 leur situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc...

Le consentement explicite et spécifique des Personnes concernées 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 Personnes concernées sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services d'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 Personnes concernées 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 personnes concernées ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des personnes concernées 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 personnes concernées 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 règlementation 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 Personnes concernées 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 d'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 Personnes concernées et (2) à notifier à la CNIL et informer ces dernières en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les Personnes concernées 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 personnes concernées 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 elles font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Elles 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 personnes concernées 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 personnes concernées disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

Traitement des réclamations et demandes clients

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut également être adressée :

@ par mail à l'adresse
info@auxia.com

✉ Par courrier à l'adresse du service :
AUXIA ASSISTANCE – Direction du service client – TSA 10001 – 78075 Saint Quentin Yvelines CEDEX

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou lorsque l'organisme assureur ou gestionnaire n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le souscripteur, l'assuré, et/ou les bénéficiaires peuvent s'adresser au Médiateur de l'Assurance :

✉ Par courrier à l'adresse du service :
Le Médiateur de L'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris CEDEX 09

@ Par voie électronique :
www.mediation-assurance.org

La réclamation doit être envoyée dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.
À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée au contrat sera portée devant le tribunal compétent.

Annexe le service de téléconsultation

MENTIONS LÉGALES ET CONDITIONS GÉNERALES D'UTILISATION DU SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE – JANVIER 2025

L'objet de la téléconsultation

Dans le cadre de son offre d'assistance, AUXIA ASSISTANCE propose au Bénéficiaire un Service de téléconsultation médicale par visioconférence.

Les présentes Conditions générales d'utilisation définissent les droits et obligations du Bénéficiaire au titre de la fourniture du **Service de téléconsultation médicale.**

Le Service de téléconsultation médicale est proposé par :

AUXIA ASSISTANCE, entreprise régie par le Code des assurances, Société anonyme au capital de 1 780 000 euros, immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761, siège social au 21 rue Laffitte 75009 Paris.

AUXIA Assistance est une société du groupe Malakoff Humanis.

Le Service de téléconsultation médicale est accessible et délivré par l'Opérateur de services :

TBNO INVEST, SASU, immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Marseille sous le N° 529 134 942 RCS Nanterre, dont le siège social sis Centre d'Affaires Alta Rocca Batc, : 137 Rue d'Aguesseau 92100 Boulogne-Billancourt.

Les Données personnelles de santé recueillies dans le cadre du présent Service sont hébergées par TBNO INVEST, SASU en France sur les serveurs HDS sécurisés de Cegedim.Cloud.

Mise en garde Le service de téléconsultation médicale ne constitue en aucun cas un service d'urgence. Toute situation d'urgence médicale doit conduire immédiatement le Bénéficiaire à contacter les numéros d'urgence tels que : **SAMU 15 ; Police Secours 17 ; Pompier 18 ou le 112.**

Avant de demander la mise en œuvre du service le Bénéficiaire est invité à s'assurer au préalable que son médecin traitant est absent ou indisponible. En effet, le service de téléconsultation est proposé uniquement en complément de la prise en charge et du suivi effectués par le médecin traitant ou les autres professionnels de santé en charge du Bénéficiaire.

Le Médecin téléconsultant peut, au cours de la téléconsultation, estimer que le service n'est pas adapté à la situation de ce dernier, en particulier lorsqu'un examen clinique avec présence physique du Bénéficiaire ou des examens complémentaires sont nécessaires. Le Bénéficiaire sera alors invité à consulter son médecin traitant ou à se rendre aux urgences.

Le Bénéficiaire est informé et accepte que l'Opérateur de Service TBNO Invest n'effectue aucune vérification, validation ou contrôle sur l'exactitude, la cohérence, la qualité des données saisies par le Bénéficiaire, ni des décisions qu'il prend concernant sa santé.

En raison de la sensibilité des données de santé collectées et traitées dans le cadre du service, le Bénéficiaire est mis en garde sur la nécessité de veiller à la confidentialité de ses informations d'accès au service à l'égard de tiers.

Le bénéficiaire de la téléconsultation

« **Bénéficiaire** » désigne les assurés d'une entité qui bénéficient du contrat d'assistance Santé, incluant le service de Téléconsultation médicale, déclarés par cette entité auprès d'Auxia Assistance.

La description du service et des modalités

Conditions d'accès au Service

Accessibilité

Pour accéder au service, appelez le 09 86 86 00 67 pour être redirigé vers le service de téléconsultation par visioconférence.

Vous pouvez également, si votre espace client le prévoit, accéder à ce service via votre espace client.

Le Bénéficiaire pourra bénéficier d'une téléconsultation médicale auprès d'un Médecin généraliste par visioconférence dans un délai d'attente maximum de 60 minutes.

Chaque Bénéficiaire dispose d'un droit à 5 téléconsultations par année civile 7 jours sur 7 de 8h à 20h (GMT+2/GMT+1). Au-delà de cinq téléconsultations au cours d'une même année, le Service ne sera pas délivré.

Mise en œuvre du service lors d'un déplacement à l'étranger

Le service peut être accessible depuis l'étranger, selon la réglementation locale et aux horaires applicables en France métropolitaine.

Aucune prescription médicale n'est toutefois délivrée en dehors de l'Union Européenne.

Les téléconsultations non utilisées au cours d'une année ne pourront pas être reportées sur l'année suivante ni faire l'objet d'aucun remboursement. Elles ne peuvent être cédées à un tiers.

Enfin, le Bénéficiaire est informé et accepte que l'intégralité des frais de téléphone et/ou de connexion au réseau Internet reste à sa charge.

A NOTER

Le service de téléconsultation vous permet aussi d'accéder rapidement à des téléconsultations avec des médecins spécialistes ou généralistes (plages horaires plus étendues et selon disponibilité). Ces consultations avec avance de frais sont prises en charge par l'Assurance maladie et remboursées dans les conditions habituelles de votre contrat santé.

Précision sur le Bénéficiaire

L'accès au Service est réservé aux Bénéficiaires âgés d'au moins 18 ans. Lorsque le Bénéficiaire est majeur sous protection juridique (tutelle ou curatelle), il est accompagné du mandataire judiciaire à la protection de majeurs.

Le Service est ouvert aux Bénéficiaires âgés de moins de 18 ans s'ils sont accompagnés de la personne titulaire de l'autorité parentale.

Les outils nécessaires à l'utilisation du Service de téléconsultation

Le Service requiert :

- une adresse-mail personnelle,
- un accès Internet de bonne qualité comprenant un navigateur Internet récent, ainsi qu'un équipement informatique de type ordinateur, tablette ou smartphone, équipé d'une caméra et d'un micro pour la réalisation de la consultation médicale par visioconférence et le cas échéant la réception de prescriptions médicales.

Précision sur l'usage

Le Service est strictement destiné à l'usage personnel des Bénéficiaires et ne peut pas être utilisé au profit d'une entreprise ou de tout autre organisme. Les sociétés commerciales, et de manière générale tout organisme ou entité ou profession règlementée, ne peuvent pas en tant que tels devenir utilisateurs.

Toute autre utilisation en fraude des droits de l'Assisteur ou de l'Opérateur du Service expose le Bénéficiaire à des poursuites.

L'Opérateur de Service s'engage à traiter les sujets et les informations de façon neutre et se garde de toute attitude publicitaire ou promotionnelle envers un produit, un service ou un organisme particulier conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Accès au service de téléconsultation médicale

L'accès au service se réalise de la manière suivante :

Le Bénéficiaire contacte le n° de téléphone communiqué dans le présent document. Un Serveur Vocal Interactif lui communique l'adresse du site internet sur lequel il devra se connecter.

Création et gestion du compte utilisateur sur le site

L'accès au Service nécessite l'ouverture d'un compte utilisateur.

Le Bénéficiaire crée son compte utilisateur de téléconsultation en confirmant les données d'identification : nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone et/ou adresse mail.

Le Bénéficiaire prend toutes les dispositions utiles pour accéder au Service par des modalités d'accès sécurisées (antivirus à jour, firewall …) et s'engage à ne pas communiquer ses éléments d'authentification personnels à des tiers.

Lors de la création de son compte utilisateur, le Bénéficiaire reconnait :

- avoir pris connaissance et accepte expressément et sans réserve les présentes conditions générales d'utilisation,
- avoir pris connaissance et accepte la politique de protection des données personnelles du Service.

Précision sur les données saisies

Le Bénéficiaire communique ses données personnelles sous son entière responsabilité et son entier contrôle et s'engage à communiquer des informations complètes, exactes et actualisées, et à ne pas usurper l'identité d'un tiers, ni à masquer ou modifier son âge.

Dans l'hypothèse où il communiquerait des informations fausses, inexactes, trompeuses, incomplètes ou périmées, Auxia Assistance se réserve la possibilité de suspendre ou de refuser l'accès du Bénéficiaire, sans préavis ni indemnité, de façon temporaire ou définitive, à tout ou partie du Service.

Information et aide à l'orientation dans le parcours de soins

Le Bénéficiaire fait une demande de rendez-vous avec un médecin généraliste téléconsultant. Le Bénéficiaire patiente dans une salle d'attente virtuelle et est mis en contact avec un médecin généraliste.

Les informations communiquées sont strictement indicatives. Elles ne sauraient donc remplacer en tout ou partie, les conseils, diagnostics, traitements ou recommandations fournis par un diagnostic réalisé lors d'une consultation en physique.

Les informations tendent à être scientifiquement exactes, fiables et pertinentes au moment de leur diffusion. Néanmoins, l'Assisteur et l'Opérateur de service ne sauraient être tenus responsables de l'interprétation ou de l'utilisation par le Bénéficiaire des informations ainsi délivrées.

Téléconsultation médicale

La téléconsultation médicale délivrée par un Médecin téléconsultant est réalisée par visioconférence.

A cette occasion, le Médecin généraliste téléconsultant pourra délivrer une Prescription médicale sous sa responsabilité et s'il l'estime approprié compte tenu de la situation du Bénéficiaire.

La Prescription médicale est accessible par le Bénéficiaire en téléchargement sous format PDF sur son compte utilisateur.

Sur demande expresse du Bénéficiaire, le compte-rendu de la téléconsultation médicale pourra être adressé par courrier postal à son médecin traitant.

A l'issue de la téléconsultation médicale, un compte-rendu est établi par le Médecin téléconsultant et déposé sur le compte utilisateur du Bénéficiaire.

Restrictions d'accès au service de téléconsultation

Les exclusions déjà prévues dans le contrat d'assistance d'AUXIA ASSISTANCE sont applicables au Service de téléconsultation.

En plus de ces exclusions, les situations suivantes sont exclues du Service :

- Les situations d'urgence médicale,
- Les situations nécessitant un examen physique du bénéficiaire,
- Les demandes de téléconsultation avec un médecin autre qu'un médecin généraliste,
- Le suivi de pathologies chroniques, de grossesse, des nourrissons de moins de 12 mois,
- Les prescriptions d'arrêt de travail et de certificat médical,
- Les demandes de second avis médical,
- Les prescriptions pour un renouvellement de traitement (inférieur à 7 jours),
- Les prescriptions de traitement supérieur à 7 jours,
- Les prescriptions de médicaments soumis à prescription restreinte, soumis à accord préalable, d'exception et de stupéfiants,
- Les prescriptions de préparations magistrales ou officinales.

Dans de telles situations, le Professionnel de santé informe le Bénéficiaire et lui expose les motifs de l'impossibilité de lui délivrer le Service.

Informations complémentaires

Le Bénéficiaire est informé, que **son consentement sera systématiquement recueilli à chaque utilisation du Service**, que ce soit :

- la réalisation d'une téléconsultation en ce qu'elle constitue des actes de télémédecine,
- l'échange et le partage de ses données entre les Professionnels de santé participant à la fourniture du service de téléconsultation dans le cadre du Service, et appartenant à une équipe de soins,
- l'échange de ses données avec son médecin traitant, pour l'envoi de son compte-rendu de téléconsultation, le cas échéant.

Le Bénéficiaire est informé qu'à tout moment et gratuitement, il a la possibilité de retirer son consentement, selon les modalités suivantes :

@ par mail à l'adresse :
dpo@cegedim-sante.com

Par courrier à l'adresse du service :
CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Le cas échéant, le Bénéficiaire reconnaît en particulier qu'il ne pourra plus bénéficier du Service à compter du retrait de son consentement.

Les définitions

Lorsqu'ils commencent par une majuscule, les termes ci-après définis ont le sens et la portée donnés dans leur définition dans le cadre de la conclusion et de l'exécution des présentes conditions générales d'utilisation :

CGU	désigne les présentes conditions générales d'utilisation du service de téléconsultation médicale.
Contenu	désigne l'ensemble des fonctionnalités et plus largement tout élément existant au sein du Service.
Données de santé	désigne toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne. La donnée médicale fait partie des Données personnelles de santé.
Données personnelles	désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un prénom, un numéro de contrat d'un organisme de Malakoff Humanis, un numéro de téléphone, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.
Médecin	désigne le docteur en médecine générale inscrit auprès de l'Ordre des médecins, exerçant en France, et missionné par l'Opérateur de Service pour la délivrance du Service de Téléconsultation Médicale au sens de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique.
Prescription médicale	désigne les formulations par le Médecin concernant la prise de médicaments et autres produits de santé ou le besoin de traitements médicaux complémentaires, prenant la forme d'une ordonnance au sens des dispositions du code de la santé publique.
Professionnel de santé	désigne les Infirmier(e) diplômé d'Etat ainsi que les Médecins téléconsultants participant à la délivrance des Services de Téléconsultation Médicale dans les limites de leurs compétences respectives.
Réglementation	désigne toute réglementation applicable aux Données personnelles et en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
Responsable de traitement	désigne la personne physique ou morale, l'autorité publique, le service ou un autre organisme qui, seul ou conjointement avec d'autres, détermine les finalités et les moyens du traitement; lorsque les finalités et les moyens de ce traitement sont déterminés par le droit de l'Union ou le droit d'un État membre, le responsable du traitement peut être désigné ou les critères spécifiques applicables à sa désignation peuvent être prévus par le droit de l'Union ou par le droit d'un État membre.
Service	désigne le service de téléconsultation médicale.
Site	désigne le Site Internet accessible permettant l'accès et la mise en œuvre du Service de téléconsultation médicale.

Le cadre juridique

Responsabilité

Responsabilité du bénéficiaire

Le bénéficiaire demeure est pleinement et personnellement responsable de l'utilisation du service - en particulier de l'utilisation des informations dont il bénéficie dans ce cadre ainsi que de l'exactitude de l'ensemble des informations qu'il communique dans le cadre du Service dans les conditions de droit commun.

En aucun cas, l'Opérateur de Service n'est en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence (notamment sur les plans scientifique, médical ou sanitaire) des données ou informations communiquées par le bénéficiaire.

Le bénéficiaire s'engage à valider l'adéquation du Service à ses besoins. Le Bénéficiaire reconnait qu'il prend seul toute décision fondée sur le Service, le cas échéant, et que l'Opérateur de Service n'intervient pas dans le cadre de la gestion d'une situation d'urgence médicale.

Toute situation d'urgence médicale doit conduire le Bénéficiaire à contacter immédiatement son médecin traitant ou médecin spécialiste qui le suit pour sa pathologie ou à composer les numéros d'urgence.

De manière générale, le Bénéficiaire s'engage à utiliser le Service dans le respect des présentes CGU, des lois, Règlementation et droits des tiers ; de manière loyale et conformément à sa destination.

En cas de non-respect d'une ou plusieurs dispositions des présentes CGU, la délivrance du Service au Bénéficiaire, pourra être, unilatéralement, de plein droit et sans préavis, temporairement ou définitivement suspendue.

Responsabilité de l'opérateur de service et de l'assisteur

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service s'engagent au titre d'une obligation de moyens dans le cadre de la mise à disposition du Service fourni dans les limites définies aux présentes CGU.

Responsabilité et déontologie des professionnels de santé

Les Professionnels de santé intervenant dans le cadre du Service sont soumis au respect de l'intégralité des règles déontologiques présidant à l'exercice de leur profession telles qu'elles sont définies dans le Code de déontologie qui leur est applicable et interprétées par le Conseil National de l'ordre professionnel dont ils relèvent.

Le Service ne contrevient aucunement à l'une quelconque des obligations déontologiques s'imposant aux Professionnels de santé, en particulier : le principe d'indépendance, du libre choix du patient, ou encore le principe d'interdiction de tout procédé direct ou indirect de publicité, notamment en faveur d'un professionnel de santé.

Les Professionnels de santé, chacun en ce qui les concerne, sont intégralement et exclusivement responsables des informations, conseils, orientations et décisions qu'ils donnent au Bénéficiaire dans le cadre de l'utilisation par ce dernier du Service, conformément aux obligations légales, réglementaires et déontologiques qui président à l'exercice de leurs activités professionnelles.

Dans le cadre d'une communication à distance, les Professionnels de santé ne sont pas en mesure d'effectuer des vérifications ou des contrôles de cohérence, d'exactitude ou de pertinence des informations communiquées par le Bénéficiaire. A ce titre et dans le cas de transmission d'informations erronées par le Bénéficiaire, leur responsabilité ne pourra être engagée.

Force majeure

AUXIA ASSISTANCE et l'Opérateur de service ne seront pas tenus responsables de toute inexécution ou retard dans l'exécution du Service, causés par des évènements hors de leur contrôle qui ne pouvaient être raisonnablement prévus et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, et empêchant l'exécution de leurs obligations au sens de la définition légale figurant à l'article 1218 du Code civil.

Secret médical

Le bénéficiaire du service de téléconsultation acquiert la qualité de patient et l'ensemble des données de santé recueillies ou produites à l'occasion de sa prise en charge sont soumises au secret médical.

À ce titre, les mesures de sécurité conformes aux exigences légales et règlementaires en vigueur sont déployées aux fins d'assurer la protection des données de santé à caractère personnel qui seront transmises par le Bénéficiaire aux Infirmier(e) diplômé d'Etat et Médecins du Service.

Les données de santé communiquées par le bénéficiaire sont destinées exclusivement :

- aux Infirmier(e) diplômé d'Etat ,
- aux Médecins,
- aux personnels strictement habilités de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

Protection des données à caractère personnel

Au regard de la Règlementation en matière de protection des Données, il est précisé que :

- AUXIA ASSISTANCE est Responsable de traitement au titre de la délivrance mise à disposition du Service de téléconsultation médicale, tel que décrit aux présentes ;
- TBNO Invest a la qualité de Responsable de traitement au titre de la délivrance réalisation des actes de téléconsultation médicale délivrés par les Professionnels de santé qu'elle salarie.

Le Service est destiné à permettre aux bénéficiaires consentants de bénéficier de consultation médicale à distance en lien avec leur état de santé. La mise en œuvre du Service nécessite la collecte et le traitement de Données à caractère personnel au sens de la Réglementation susmentionnée.

Le bénéficiaire est informé que les Données personnelles le concernant collectées et traitées dans le cadre du Service sont nécessaires à la fourniture des fonctionnalités du Service. A défaut, le bénéficiaire ne pourra pas accéder au Site ni bénéficier du Service.

Le bénéficiaire ne peut utiliser le Service qu'après avoir émis un consentement exprès et préalable au titre du traitement de ses Données de santé par le biais d'une case à cocher spécifique qui lui est proposée au moment de la création du compte.

L'attention du bénéficiaire est attirée sur la sensibilité de ses Données de santé, couvertes par le secret médical qui s'impose aux professionnels de santé et dont l'utilisation par des personnes mal intentionnées est potentiellement susceptible de lui être dommageable.

Les Données personnelles de l'Utilisateur sont strictement destinées :

- à AUXIA ASSISTANCE, et ce uniquement pour les données administratives et d'identification de l'Utilisateur afin de permettre la vérification de son éligibilité au Service ;
- aux Professionnels de santé délivrant le Service dans le respect des règles relatives au secret médical et au partage des Données de santé couvertes par le secret médical ;
- aux chargés d'assistance spécifiquement habilités participant au Service de téléconsultation et dans le respect de leurs missions de gestion administrative ;
- aux membres du personnel des prestataires techniques et des sous-traitants de TBNO Invest spécifiquement habilités et dans le strict respect de leurs missions ;
- aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés (les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, les ministères concernés…).
- au personnel strictement habilité de l'hébergeur certifié de Données de santé, au sens de l'article L.1111-8 du code de la santé publique, dans la limite de leurs attributions respectives.

L'Opérateur de Service garantit au bénéficiaire que ses Données personnelles ne seront transmises à aucun tiers non autorisé, sans son accord. En particulier, le bénéficiaire est informé que ses Données de santé ne sont en aucun cas transmises à AUXIA ASSISTANCE.

Le bénéficiaire est informé que conformément à l'article 17 du RGPD et afin de permettre à TBNO de se défendre en cas de litige, les données générées par l'utilisation des Services seront conservées dans un délai de 5 ans à

compter de la clôture du compte. En revanche, les données de santé du patient sont conservées pendant la durée demandée par le Responsable de Traitement.

Elles seront susceptibles de faire l'objet d'analyses et d'études statistiques, **dans le respect de l'anonymat du bénéficiaire**.

Conformément à la Règlementation, le bénéficiaire est titulaire d'un droit d'accès, de rectification et le cas échant de suppression des Données personnelles le concernant. Dans la limite des modalités légales, le bénéficiaire dispose d'un droit à la portabilité des Données personnelles qu'il a fournies et du droit de décider du sort de ses données après sa mort.

Le bénéficiaire peut également faire valoir son droit de limitation et son droit d'opposition selon les modalités légales.

Enfin, il dispose du droit de retirer son consentement à tout moment.

Le bénéficiaire peut exercer ses droits, directement auprès de l'Opérateur du Service :

@ par mail à l'adresse :
dpo@cegedim-sante.com

✉ par courrier à l'adresse du service :
CEGEDIM SANTE – A l'attention du DPO – 137 rue d'Aguesseau - 92100 BOULOGNE-BILLANCOURT

Toutes les demandes seront étudiées et recevront une réponse dans un délai d'un (1) mois maximum à compter de la réception de la demande. Si la demande est imprécise ou ne comporte pas tous les éléments permettant de procéder aux opérations qui lui sont demandées, il pourra être demandé des éléments complémentaires. De même, il peut être demandé des informations supplémentaires en cas de doute sur l'identité du demandeur.

Le bénéficiaire peut s'adresser au délégué à la protection des données à caractère personnel pour toute question concernant ses Données personnelles.

En cas de réclamation relative à la protection des données, il lui est possible, le cas échéant, de saisir la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le bénéficiaire est invité à consulter la politique de protection des Données personnelles du Groupe Malakoff Humanis, accessible via le Site.

L'Opérateur de Service met en œuvre toutes les mesures de sécurité afin de garantir la protection et la sécurité des Données personnelles du bénéficiaire.

De manière générale, la préservation de la sécurité du compte utilisateur impose aux bénéficiaires :

- de respecter les consignes de sécurité et notamment les règles relatives à la définition et au changement de ses éléments d'authentification,
- de respecter la gestion des accès, en particulier, ne pas utiliser les éléments d'authentification d'un autre bénéficiaire et ne pas les dévoiler à un tiers, quelles que soient ses qualités et activités professionnelles,
- d'avertir l'Opérateur de Service de tout dysfonctionnement technique constaté et de toute anomalie découverte.

Les bénéficiaires reconnaissent l'existence de risques inhérents à l'utilisation des télécommunications et ce, même en présence d'un accès sécurisé tel qu'il est mis en œuvre dans le cadre du Service.

L'Opérateur de Service ne saurait être tenu responsable des contraintes techniques qui ne sont pas sous son contrôle et sa responsabilité.

Convention de preuve

Le bénéficiaire reconnaît et accepte, qu'après son authentification via le Site : l'acceptation des présentes CGU, de la politique de protection des Données à caractère personnel et du recueil de son consentement au titre du traitement de ses Données de santé, constituent notamment une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil.

Conformément aux dispositions des articles 1366 et suivants du Code Civil et des articles 1111-25 et suivants du code de la santé publique, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées. Notamment, la mise en œuvre d'une signature électronique, sur la base de l'usage d'un mot de passe/login, est considérée comme une signature valable et comme une preuve au sens des dispositions précitées.

En conséquence de quoi, sauf erreur manifeste et prouvée de l'Opérateur de Service, le bénéficiaire ne pourra pas contester la recevabilité, la validité ou la force probante des éléments sous format ou support électronique précités, sur le fondement de quelque disposition légale que ce soit et qui spécifierait que certains documents doivent être écrits ou signés pour constituer une preuve.

Ainsi, les éléments considérés constituent des preuves et, s'ils sont produits comme moyens de preuve par l'Opérateur de Service dans toute procédure contentieuse ou autre, seront recevables, valables et opposables de la même manière, dans les mêmes conditions et avec la même force probante que tout document qui serait établi, reçu ou conservé par écrit.

Le bénéficiaire est informé et reconnait que toute ordonnance générée dans le cadre du Service repose sur une signature électronique simple, émise sur la base d'un procédé fiable d'identification défini par convention avec les Médecins téléconsultants garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache et l'intégrité des données matérialisées.

Le bénéficiaire est informé et reconnait que la convention de preuve portant sur les ordonnances lui est opposable et accepte, qu'après l'authentification du Médecin généraliste, toute manifestation de sa volonté pour l'émission des comptes rendus et des ordonnances en cas de Prescriptions, reposent sur une signature électronique au sens des dispositions des articles 1366 et suivants du Code civil, et manifeste l'accord du Médecin généraliste en caractérisant sa preuve.

Documents contractuels

Les CGU ainsi que la politique de protection des Données à caractère personnel constituent les dispositions contractuelles encadrant l'utilisation du Service.

Si une disposition des présentes CGU était jugée invalide par un tribunal compétent, l'invalidité de cette disposition n'en affecterait pas pour autant la validité des autres dispositions des CGU qui resteraient valides et en vigueur.

Aucune renonciation à l'une des dispositions de ces CGU ne peut être considérée comme valant renonciation définitive à cette disposition ou à d'autres dispositions des présentes CGU.

Entrée en vigueur et acceptation des CGU

Les présentes CGU entrent en vigueur sans réserve à compter 1er janvier 2025 et s'appliquent durant toute la durée de l'utilisation du Service.

De manière générale, l'attention du bénéficiaire est attirée sur le fait que l'utilisation du Service emporte acceptation des présentes CGU et des règles d'accès au Site.

Le bénéficiaire est invité à lire attentivement les présentes CGU. Il disposera de la possibilité de les consulter à tout moment sur le Site ainsi que la politique de protection des Données personnelles associée.

Auxia Assistance et l'Opérateur de Service se réservent le droit de faire évoluer le Service. Des modifications techniques pourront intervenir sans préavis.

Résiliation de l'accès au service de téléconsultation

Le bénéficiaire accepte que l'Opérateur de Service résilie immédiatement son accès au Service de téléconsultation sans préavis, ni mise en demeure, ni indemnité de quelque nature que ce soit, à l'échéance de son contrat d'assurance santé ouvrant au Service de téléconsultation, ou en cas de manquement à l'une quelconque des obligations décrites aux présentes CGU, ou à la législation en vigueur. Sans limitation de ce qui précède, sont susceptibles de fonder une résiliation de l'accès du bénéficiaire au Service de téléconsultation :

Les infractions ou violations des présentes CGU ;

- Le non-respect d'une disposition légale ou réglementaire en vigueur ;
- Toute attitude ou propos indécent ou irrespectueux dans le cadre de l'utilisation du Service de téléconsultation ;
- Une tentative d'accès au Service de téléconsultation non autorisée, par une utilisation frauduleuse du système ou par une usurpation des éléments d'authentification ;
- Un empêchement définitif du bénéficiaire.

En cas de résiliation du contrat d'assurance du bénéficiaire lui permettant d'accéder au Service de téléconsultation médicale, l'accès au Service cessera à la date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance susvisé.

Une fois le Service résilié, le bénéficiaire conservera un accès au Site. Il pourra ainsi retrouver l'historique de son activité sur le Site dans la limite des délais de conservation (prise de rendez-vous, téléconsultation sans RDV, documents).

Information et réclamation

Toute demande de renseignement, d'information ou réclamation relative au Service et aux présentes CGU doit être adressée par courrier postal à :

TBNO INVEST
137 rue d'Aguesseau
92100 Boulogne Billancourt

Le service réclamation prend en charge votre demande et vous informe régulièrement de l'avancement du dossier lorsque la complexité de la situation le nécessite.

Loi applicable et attribution de juridiction

Tout litige relatif au Service sera soumis aux tribunaux compétents dans les conditions de droit commun. Les présentes CGU sont soumises à la loi française.

AUXIA ASSISTANCE
SA au capital de 1 780 000 €
Entreprise régie par le Code des assurances
21 rue Laffitte – 75009 Paris
351 733 761 RCS Paris

Réf : MHP-10132_2408