**NOTICE D'INFORMATION
MUTUELLE INTERENTREPRISES DU GAN
CONTRAT FACULTATIF**

Le contrat auquel vous êtes adhérent est un régime surcomplémentaire dit de « 3ème niveau ». Il est souscrit par votre ancien employeur auprès de la Mutuelle Interentreprises du GAN, régie par le Livre II du Code de la Mutualité.

Ce contrat satisfait aux conditions exigées pour répondre à la définition de « **contrat solidaire** » et de « **contrat responsable** » au sens de l'article 2 ci-après.

TITRE I – GENERALITES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet, dans la limite des frais réels, le versement de prestations en remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés par vous-même et, sous réserve qu'ils soient inscrits au contrat, par vos ayants droit définis à l'article 2 ci-après, pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire de protection sociale et le Régime Professionnel de Branche (Contrat RPP « 1,25% » ou Régime d'Assurance Maladie des Allocataires « RAMA »).

Des services (Assistance...) peuvent être proposés sous réserve de mentions en ce sens dans le tableau de garanties.

Les frais pris en compte par la Mutuelle sont décrits à l'article 3 de la présente Notice d'information.

ARTICLE 2 - DEFINITIONS

ACCIDENT → Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

AN (PAR AN) ou (PAR PERIODE D'UN AN) (PAR PERIODE DE 2 ANS) (PAR PERIODE DE 4 ANS) → Par défaut, les frais se décomptent en année civile. Par exception, le délai est décompté de date à date à partir de la date de la dernière facture. C'est le cas des postes « Optique » et « Aides auditives » pour lesquels la réglementation impose une période minimale de renouvellement pendant laquelle il n'est pas possible de changer d'équipement (voir le tableau de garanties).

AUXILIAIRES MEDICAUX → Professionnels paramédicaux - à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues... - dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par le régime obligatoire de protection sociale.

AYANT(S) DROIT → Peut être considéré comme ayant droit : votre conjoint, partenaire ou concubin, justifiant n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel ou de remplacement (traitement/salaire, BIC, BA, BNC, pension de retraite, tels que définis par la législation fiscale) et sous réserve qu'il soit affilié à la Mutuelle le jour où vous avez quitté votre entreprise, ainsi que vos enfants à charge (tels que définis au présent article).

100% SANTE → Dispositif par lequel certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires sont intégralement remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale et les contrats de complémentaire santé responsables (donc sans frais restant à la charge des personnes assurées) sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés (prix limites de vente pour les équipements d'optique et les aides auditives et honoraires limites de facturation pour les prothèses dentaires).

Pour ces soins identifiés sous le terme de panier « 100% santé » et qui sont définis règlementairement, les opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables doivent obligatoirement rembourser la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste et le montant remboursé par le Régime obligatoire de protection sociale, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé », sous réserve qu'il en

existe un qui réponde au besoin de santé.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR) → Tarif servant de référence au régime obligatoire de protection sociale pour déterminer le montant de son remboursement. On distingue,

- le tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- le tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au Tarif de convention.
- le tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

BUREAU COMMUN DES ASSURANCES COLLECTIVES (BCAC) → Organisme gestionnaire des prestations de la Mutuelle.

CHIRURGIE AMBULATOIRE → Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé (hôpital, clinique), le patient arrivant et repartant le même jour.

CHIRURGIE REFRACTIVE → Désigne les différentes techniques chirurgicales (telles notamment l'opération de la myopie au laser, la kératotomie radiaire) qui permettent de corriger les défauts visuels.

CONCUBIN → Personne avec laquelle vous vivez en concubinage, dans la mesure où :

- votre concubin justifie n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel ou de remplacement (traitement/salaire, BIC, BA, BNC, pension de retraite, tels que définis par la législation fiscale) ;
- vous et votre concubin partagez le même domicile et êtes libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun est célibataire, veuf, divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité - PACS) ;

Une déclaration sur l'honneur signée par vous-même et votre concubin certifiant que le concubinage est notoire peut être demandée par la Mutuelle Interentreprises du GAN.

En cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à votre charge effective, totale et permanente sera pris en considération. À défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.

En cas de mariage ou de remariage ou de conclusion d'un PACS par le membre participant, seule la personne avec qui a été contracté le mariage ou le PACS pourra éventuellement être inscrite au contrat.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander toute preuve de la situation de concubinage, notamment toutes pièces libellées au nom des 2 concubins ou de chacun d'entre eux, de nature contractuelle ou émanant d'un organisme administratif, datées de moins de 3 mois et faisant mention du domicile, telles que contrat de bail, facture, relevé bancaire, avis d'imposition, permettant de justifier de l'existence du domicile commun.

CONCUBINAGE → Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

CONJOINT → Votre conjoint non séparé de corps judiciairement, ni divorcé, justifiant n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel ou de remplacement (traitement/salaire, BIC, BA, BNC, pension de retraite, tels que définis par la législation fiscale).

CONTRAT « SOLIDAIRE ET RESPONSABLE » → Un « **contrat solidaire** » est un contrat d'assurance complémentaire couvrant les frais de santé pour lequel aucune donnée de santé n'est collectée auprès du membre participant et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus couverts.

Un « **contrat responsable** » est un contrat d'assurance complémentaire au régime obligatoire de protection sociale, couvrant les frais de santé qui répond aux conditions définies par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et les textes publiés ultérieurement pour son application.

Les contrats « responsables » doivent, conformément aux dispositions prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale figurant en annexe 3 de la présente notice :

- prendre en charge l'intégralité de la participation des assurés définie au I de l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale (ticket modérateur) ; cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour certains frais ou actes limitativement énumérés par l'article R. 871-2 précité ;
- prendre intégralement en charge dans la limite des prix limites de vente et honoraires limites de facturation les frais d'acquisition d'aides auditives, de lunettes (soit pour un équipement complet : une monture et deux verres) et de prothèses dentaires appartenant au panier « 100% santé » ;
Cette prise en charge doit intervenir dès le 1er janvier 2020 en ce qui concerne les frais d'acquisition de lunettes et de certaines prothèses dentaires appartenant au panier « 100% santé » (couronnes, bridges et inlay core) et à compter du 1er janvier 2021 en ce qui concerne les frais d'acquisition d'aides auditives et de certaines autres prothèses dentaires appartenant au panier « 100% santé » (prothèses amovibles).
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins :
 - prévoir des montants de remboursement complémentaires inférieurs lorsque le médecin n'adhère pas à l'un des DPTAM définis ci-après ;

- et en tout état de cause, en ce qui concerne le remboursement des dépassements d'honoraires de ce médecin ne pas excéder le plafond spécifique de prise en charge déterminé en application des dispositions de l'article R. 871-2 ci-annexé ;
- prendre en charge le forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée ;
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais de lunettes (2 verres + 1 monture) n'appartenant pas au panier « 100% santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire à l'intérieur des planchers et plafonds de garantie précisés à l'article R.871-2 pour un équipement complet (2 verres + 1 monture), selon le degré de correction et / ou le type de verres (unifocal, multifocal ou progressif) qui composent l'équipement ;
 - à l'intérieur de ces planchers et plafonds de garanties, limiter en tout état de cause, le remboursement de la monture au montant maximum de garantie règlementairement prévu à cet effet ;
 - respecter la fréquence de prise en charge des frais de lunettes pour un équipement complet (1 monture + 2 verres) indiquée à l'article R.871-2 ci-annexé.
- lorsqu'elles prévoient la prise en charge des frais d'acquisition d'aides auditives n'appartenant pas au panier « 100% santé » au-delà de la base de remboursement retenue par le Régime obligatoire :
 - fixer le montant de leur remboursement complémentaire dans la limite du plafond de remboursement prévu par la réglementation pour ces frais et respecter la fréquence de prise en charge de ces derniers.

Le contrat surcomplémentaire qui ne respecte pas l'obligation des prises en charges minimales est réputé responsable si celles-ci sont garanties par le contrat socle.

En outre, une complémentaire santé « responsable » doit permettre à la personne assurée de bénéficier du mécanisme de tiers payant, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 8 ci-après, sur les prestations, au moins à hauteur de la base de remboursement, pour les frais et actes remboursés par le régime obligatoire, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif.

En revanche, les complémentaires santé « responsables » ne remboursent pas, ainsi que prévu à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale :

- les majorations du ticket modérateur appliquées à titre de sanction par le régime obligatoire de protection sociale, ainsi que prévu à l'article R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin hors parcours de soins,
- tout ou partie des dépassements d'honoraires que certains médecins spécialistes sont autorisés à appliquer lorsque l'assuré social ou l'un de ses ayants droit âgés de 16 ans ou plus les consulte hors parcours de soins coordonnés et qui doivent demeurer à la charge de cet assuré social ou à celle de son ayant droit ;
- la participation forfaitaire (1€ à ce jour), applicable pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour tout acte de biologie médicale ainsi que prévu au II de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.
- les franchises applicables sur les médicaments (0,50 € par boîte à ce jour), les actes paramédicaux (0,50 € par acte) et les frais de transport (2 € par trajet), ainsi que prévu au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale.
-

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE - DPTAM (OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE – OPTAM / OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE ET OBSTETRIQUE - OPTAM-CO) → Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et Optam-co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'Optam ou l'Optam-co, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

ENFANT A CHARGE → Pour l'application des dispositions du contrat souscrit par votre ancien employeur :

- vos enfants mineurs âgés de moins de 18 ans lorsque les prestations du régime obligatoire de protection sociale sont servies sous votre numéro de sécurité sociale,
- vos enfants, âgés de 18 à 24 ans révolus qui, bien que bénéficiant des remboursements de la Sécurité sociale sous leur propre immatriculation, sont à votre charge au sens de la législation fiscale ; vos enfants âgés de 25 à 27 ans révolus étudiants ou en alternance (justificatif à produire). quel que soit leur

âge, s'ils sont atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et perçoivent l'allocation prévue par la législation en vigueur en faveur des adultes handicapés. La personne handicapée qui remplit les conditions d'attribution de l'allocation précitée mais à laquelle celle-ci n'est pas versée en raison de son niveau de ressources peut être garantie.

EVOLUTION DE LA VUE → Dans le cadre du contrat souscrit par votre entreprise, pour l'application des dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale reproduit en annexe 2 de la présente notice d'information, la justification d'une évolution de la vue entraînant, la prise en charge par le Régime obligatoire de protection sociale et par la Mutuelle d'une paire de lunettes (soit 2 verres + 1 monture) par période d'un an (au lieu de deux pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, et sans délai, uniquement pour les verres, pour les enfants de moins de 16 ans, résulte :

- soit de la prescription médicale précisant le changement de la correction,
- soit, dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec adaptation à la vue par l'opticien, du devis ou de la facturation qu'il réalise et qui précise la nouvelle correction. Celle-ci doit être comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet, pour la personne considérée, d'un remboursement par la complémentaire santé.

HOSPITALISATION → Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer les soins chez le patient.

IMPLANTOLOGIE DENTAIRE → L'implantologie dentaire vise à remplacer une ou plusieurs dents manquantes en mettant en place une ou des racines artificielles (en général sous forme de vis dans l'os de la mâchoire, sur lesquelles est ensuite fixée une prothèse).

L'implantologie n'est pas remboursée par le régime obligatoire de protection sociale.

INLAYS ET ONLAYS → Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

MALADIE → Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

MATERNITE → Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est considérée ni comme une maladie ni comme un accident.

MEDECIN TRAITANT → Médecin choisi par l'assuré social ou par chacun de ses ayants droit âgé de 16 ans ou plus, dont le nom est communiqué à l'organisme gestionnaire du régime de Sécurité sociale de chacun des intéressés.

Il assure le premier niveau de recours aux soins en prenant directement en charge les soins courants du patient, oriente le patient dans le parcours de soins et participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du Code de la Sécurité Sociale.

MEDECIN CORRESPONDANT → Médecin intervenant en coordination avec le médecin traitant. Le médecin correspondant garantit le second recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés en répondant aux sollicitations du médecin traitant et en recevant les patients qui lui sont adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé.

MEDECIN A ACCES DIRECT AUTORISE → Pour certains actes précisés relevant de leur spécialité, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés sans orientation préalable du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins coordonnés.

MEMBRE PARTICIPANT → Vous-même en tant que membre du personnel salarié ou ancien salarié de l'entreprise contractante appartenant à la catégorie bénéficiaire définie à l'article 10.

NOMENCLATURE → Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- pour les actes réalisés par les sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques (consultations, visites) des médecins et chirurgiens-dentistes, il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP),
- pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie...), il s'agit de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM),
- pour les actes de biologie médicale, il s'agit de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM),
- pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage...), il s'agit de la Liste des Produits et Prestations (LPP),
- pour les soins hospitaliers, il s'agit des Groupes Homogènes de Séjours (GHS).

ORTHODONTIE → Discipline médicale pratiquée par les médecins stomatologues ou les chirurgiens-dentistes. Elle vise à corriger ou à prévenir les déformations ou les malocclusions des arcades dentaires, ainsi que les malpositions dentaires (dents qui se chevauchent, qui sortent mal, qui sont mal placées ou trop espacées...), grâce à des appareils dentaires.

PACTE CIVIL DE SOLIDARITE (PACS) → Un Pacte Civil de Solidarité est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code Civil).

PARCOURS DE SOINS COORDONNES → Accès au système de soins (hors hospitalisation), dans lequel le patient a en premier lieu recours à son médecin traitant.

Dans certaines situations, le médecin traitant peut adresser son patient vers un autre médecin (médecin correspondant).

Le médecin traitant peut solliciter le médecin correspondant

- Soit pour rendre un avis ponctuel de consultant ;
- Soit pour des soins itératifs.

Sauf exceptions prévues à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, une majoration du ticket modérateur laissé à la charge de l'intéressé par la Sécurité Sociale est prévue à titre de sanction en cas de non-respect du parcours de soins par le membre participant ou son ayant droit âgé de 16 ans ou plus.

PARODONTOLOGIE → Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...). Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus.

Le régime obligatoire de protection sociale ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

PARTENAIRE → Personne avec laquelle vous êtes lié par un PACS justifiant n'exercer aucune activité professionnelle et ne percevoir aucun revenu professionnel ou de remplacement (traitement/salaire, BIC, BA, BNC, pension de retraite, tels que définis par la législation fiscale).

PERSONNES ASSUREES → Vous-même (en qualité d'affilié) et, le cas échéant, vos ayants droit inscrits au contrat.

PRIX LIMITE DE VENTE (PLV) → Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix de vente est libre.

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES ALLOCATAIRES (RAMA) → Régime complémentaire de santé auquel peuvent adhérer les allocataires des institutions de retraite Alliance Professionnelle retraite et Crepsa ayant exercé des fonctions relevant des Conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993.

RÉGIME PROFESSIONNEL DE PREVOYANCE → Régime complémentaire santé auquel le membre participant doit adhérer pour bénéficier du présent contrat. Il s'agit du RAMA pour les membres participants bénéficiant d'une pension de retraite ou du contrat RPP 1,25% dans les autres cas.

RÉGIME OBLIGATOIRE DE PROTECTION SOCIALE → Régime obligatoire de Sécurité Sociale ou tout autre régime obligatoire de salariés et des enfants à charge concernés.

RESEAU SEVEANE → Réseau de professionnels de santé que la Mutuelle propose et qui est mis en œuvre au titre du contrat souscrit par les entreprises contractantes.

Les audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes, membres de ce réseau ont pris des engagements au bénéfice des personnes assurées par le contrat afin de permettre à ces dernières de mieux maîtriser leurs dépenses de santé pour certains actes ou prestations que ces professionnels de santé effectuent ou délivrent.

Par dérogation, les conditions particulières peuvent prévoir un réseau de professionnels de santé autre que celui défini ci-dessus.

SOINS DE VILLE → Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations « en soins externes ») sont généralement considérées comme des soins de ville.

TICKET MODERATEUR → Somme définie au I de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale, restant à la charge du patient, égale à la différence entre la base de remboursement retenue par le régime obligatoire de protection sociale pour effectuer son remboursement et les prestations dues par cet organisme.

La participation forfaitaire mentionnée respectivement aux II et III de l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale due par le membre participant ou ayant droit n'est pas prise en considération dans le calcul du ticket modérateur.

TIERS-PAYANT → Système de paiement qui évite à l'assuré de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par le régime obligatoire de protection sociale et/ou les assureurs complémentaires santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

Les définitions ci-dessus ont pour but de vous aider (qu'il s'agisse de vous-même et/ou de vos ayants droit inscrits au contrat) à mieux comprendre les garanties dont vous bénéficiez au titre du contrat sur-complémentaire santé souscrit par votre entreprise.

Toutefois, si vous-même et/ou vos ayants droit inscrits au contrat souhaitez obtenir des informations complémentaires, les organismes d'assurance maladie complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire) ont élaboré divers documents permettant de mieux comprendre les contrats complémentaires santé.

Ces documents peuvent être librement consultés sur le site internet de l'UNOCAM, à l'adresse suivante : <http://www.unocam.fr>

TITRE II – GARANTIES

ARTICLE 3 – NATURE DES REMBOURSEMENTS

La Mutuelle rembourse les frais de santé engagés en France ou dans l'un des États membres de l'Union Européenne ou de l'Association européenne de libre-échange sous réserve que ces frais soient pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale en application des dispositions de la législation sociale française ou selon les dispositions de la législation et les formalités en vigueur dans le pays où les frais ont été engagés.

Ouvrent également droit à remboursement par la Mutuelle au titre du contrat, les frais de santé engagés dans les pays (autres que ceux visés ci-dessus) pour lesquels le régime obligatoire de protection sociale français accepte d'accorder des prestations en application d'une convention bilatérale de Sécurité sociale conclue entre la France et le pays tiers concerné.

Les actes pris en compte par la Mutuelle sont définis ci-après par référence aux nomenclatures de la sécurité sociale française.

❶ ASSURANCE MALADIE – MATERNITE

La Mutuelle permet le remboursement, dans les limites indiquées à l'article 4, des frais donnant lieu à prestation en nature de la part du régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance **maladie** et **maternité**. Les actes et frais pris en compte par la Mutuelle sont les suivants :

A - Médecine générale – Spécialités – Analyses médicales – Appareillages - Orthopédie – Prothèses non dentaires – Petite chirurgie

- Consultations médicales et visites médicales du généraliste ou du spécialiste ;
- Actes de pratique médicale courante ;
- Actes d'auxiliaires médicaux ;
- Frais de déplacement des professionnels de santé ;
- Frais de garde-malade pour soins à domicile, sur prescription médicale ;
- Frais d'analyses médicales, travaux de laboratoires ;
- Frais d'appareillage, de prothèses (hors prothèses dentaires), d'orthopédie ;
- Actes de radiologie et de neuropsychiatrie ;
- Actes de petite chirurgie ;
- Frais de transport du malade en véhicule sanitaire (Ambulance, VSL – Véhicule Sanitaire Léger, Taxi agréé), y compris en cas d'hospitalisation.

B - Aides auditives (aides auditives prescrites médicalement)

Les équipements auditifs sont répartis en 2 catégories :

- audiologie – 100 % santé (classe I) ;
- audiologie – Classe II.

Audiologie – 100 % santé (classe I)

Les équipements 100 % Santé correspondent aux aides auditives de classe I. La liste des produits et des prestations mentionnée à l'article L. 165-1 définit les types d'aides auditives entrant dans la classe I.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe I), la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur

des prix limites de vente des aides auditives (de classe I) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le régime obligatoire de Sécurité sociale.

Audiologie - Classe II – plafonds de garanties

La prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100 % santé » s'effectue dans le respect du plafond de 1700 Euros par aide auditive fixé par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les montants de prise en charge par la mutuelle, mentionnés dans le tableau de garanties, incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Périodicité :

La prise en charge est limitée à une aide auditive par période de 4 ans par bénéficiaire suivant l'acquisition de l'appareil.

Modalités d'appréciation des délais :

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. La mutuelle vérifie, en outre, avant d'effectuer le renouvellement d'un remboursement, qu'aucune prise en charge d'un équipement n'est intervenue pendant le délai imposé pour le membre participant concerné.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Rappel : La mutuelle applique l'ensemble des conditions de prise en charge des aides auditives prévues par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale et l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées au chapitre 3 du titre II de la liste des produits et prestations prévue à l'article L.165-1 (LPP) du Code de la sécurité sociale.

C - Pharmacie (Frais pharmaceutiques prescrits médicalement)

D - Optique (Frais de verres, de monture / de lentilles)

Un équipement est composé de deux verres et d'une monture.

Optique – 100 % santé (classe A)

Les équipements 100 % Santé correspondent aux montures et aux verres de classe A. La liste des produits et des prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale définit les types de montures et verres entrant dans la classe A.

Lorsque l'équipement entre dans la catégorie des équipements 100 % Santé (classe A), la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur des prix limites de vente des montures et des verres (de classe A) fixés par la liste des produits et prestations (LPP), déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire. Il en est de même pour la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre.

Optique - Classe B – planchers et plafonds de garanties

La prise en charge des frais pour l'acquisition des prestations et équipements autres que ceux inclus dans le panier « 100 % santé » s'effectue dans le respect des planchers et plafonds de garanties prévus par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Les montants de prise en charge par la mutuelle, mentionnés dans le tableau de garanties, incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 Euros.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque le membre participant 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 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.

Périodicité

La prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste des produits et prestations prévue à l'article L 165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Dans ces cas, le nombre d'équipement est limité à 1 tous les ans.

La mutuelle applique l'ensemble des conditions de périodicité de prise en charge de l'équipement prévues par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L.165-1 (LPP) du Code de la sécurité sociale.

En application des dispositions précitées, par principe, la prise en charge est limitée à un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus.

Exceptions liées à l'âge :

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres).

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de la prise en charge d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an mentionné à l'alinéa précédent s'applique.

Exceptions liées à la dégradation de la vue :

Le renouvellement anticipé de la prise en charge pour raison médicale d'un équipement (respectivement une monture et deux verres) pour les adultes et enfants d'au moins 16 ans est permis au terme d'une période minimale d'un an lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires dans les conditions déterminées par les modalités de prise en charge de dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale définies au chapitre 2 du titre II de la liste prévue à l'article L.165-1 (Liste des Produits et Prestations) du Code de la sécurité sociale.

La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale, qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D. 4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

Pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.

Exceptions liées à des situations médicales particulières :

Enfin, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
- glaucome ;

- hypertension intraoculaire isolée ;
- DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
- rétinopathie diabétique ;
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
- cataracte évolutive à composante réfractive ;
- tumeurs oculaires et palpébrales ;
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
- antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an ;
- greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
- kératocône évolutif ;
- kératopathies évolutives ;
- dystrophie cornéenne ;
- amblyopie ;
- diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

Les conditions de périodicité de prise en charge sont résumées dans le tableau ci-après :

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de	

	<p>la vision de loin ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
<p>Constatation de l'évolution de la vue</p>	<p>Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance</p>	<p>Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique</p>
<p align="center">Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières</p>		
<p>Périodicité de renouvellement dérogatoire</p>	<p>Aucun délai de renouvellement des verres</p>	
<p>Cas d'application de la périodicité dérogatoire</p>	<p>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</p> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; - amblyopie ; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - diplopie récente ou évolutive ; <p>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <p>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</p> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.
<p>Constatation de l'évolution de la réfraction</p>	<p>Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière</p>

Modalités d'appréciation des délais :

L'appréciation de l'ensemble des délais 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. La mutuelle vérifie, en outre, avant d'effectuer le renouvellement d'un remboursement, qu'aucune prise en charge d'un équipement n'est intervenue pendant le délai imposé pour le membre participant concerné.

Lorsque le membre participant 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.

Double équipement

La prise en charge de deux équipements pour la même période est autorisée uniquement dans les cas définis par la liste des produits et prestations, prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Ainsi, la prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les membres participants ayant :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces membres participants, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces membres participants, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

E - Dentaire (Frais de soins, de prothèses dentaires et d'orthodontie)

Dentaire – 100% santé

Les soins prothétiques dentaires 100 % Santé correspondent aux actes définis par l'arrêté du 24 mai 2019 relatif aux soins prothétiques dentaires garantis sans reste à charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Lorsque les soins et actes prothétiques entrent dans la catégorie 100 % Santé, la mutuelle prend en charge l'intégralité de la dépense exposée par le membre participant, en sus des tarifs de responsabilité, à hauteur des honoraires limites de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 du code de la sécurité sociale, déduction faite de la part prise en charge par le Régime obligatoire.

Dentaire – Panier tarifs maîtrisés et panier tarifs libres

La prise en charge des frais pour les soins et actes autres que ceux inclus dans le panier « 100% santé » s'effectuent selon les conditions définies par le tableau de garanties.

F - Hospitalisation médicale – Hospitalisation chirurgicale – Actes et Frais de chirurgie (y compris Chirurgie ambulatoire) – Maternité – Hospitalisation à domicile

- Frais de séjour
- Honoraires des praticiens
- Forfait journalier des établissements hospitaliers laissé à la charge des assurés par le régime obligatoire de protection sociale, pour son montant fixé par l'arrêté prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Sous réserve de mentions spéciales figurant au tableau des garanties de l'annexe 1, les actes ou frais énumérés ci-après sont également pris en charge par la Mutuelle :

- le forfait journalier des établissements médico-sociaux pour son montant fixé par l'arrêté prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale ;
- les frais de chambre particulière, y compris en chirurgie ambulatoire ;
- les frais d'accompagnant d'une personne assurée hospitalisée. Les frais pris en compte comprennent, quelle que soit la qualité de l'accompagnant, les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) facturés par l'établissement hospitalier. Sont également pris en charge à ce titre par la Mutuelle les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les « *maisons de parents* » ;
- les actes ou frais d'ostéopathie, de chiropraxie [les actes et le praticien qui les a effectués doivent satisfaire aux dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur : praticien ayant un titre exclusif et un code ADELI correspondant à l'une des 2 spécialités ci-dessus ou professionnel de santé ayant la qualité de médecin, auxiliaire médical, sage-femme] ;
- les actes ou frais d'acupuncture, d'étiopathie, consultation de psychologues ou psychothérapeutes, consultation ou frais de psychomotriciens [ces actes doivent être effectués par des professionnels de santé appartenant au corps médical et / ou possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice] ;
- les consultations diététiques [ces actes doivent être effectués par un diététicien possédant un numéro d'enregistrement au répertoire ADELI délivré par l'Agence régionale de santé du lieu d'exercice] ;
- les lentilles correctrices figurant à la nomenclature, prescrites médicalement, mais non prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale ;
- les frais de chirurgie réfractive non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale ;
- les frais supplémentaires de traitements particuliers des verres, dans la limite des plafonds de remboursement par équipement prévus aux conditions particulières ci-annexées pour la garantie Optique. ***Toutefois, les frais engagés pour les traitements de teinte des lunettes et pour les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge par la Mutuelle ;***
- les actes de parodontologie non prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale ;

2 PREVENTION

La Mutuelle prend en charge dans les conditions figurant au tableau des garanties de l'annexe 1, les actes de prévention ouvrant droit à remboursement de la part du régime obligatoire de protection sociale.

De plus, sous réserve de mentions spéciales au tableau précité, sont également pris en charge, dans les conditions définies par ce tableau :

- le sevrage tabagique pour les traitements prescrits médicalement mais n'ouvrant pas droit à remboursement de la part du régime obligatoire de protection sociale ;
- les frais de moyens contraceptifs et de vaccins prescrits médicalement, mais non pris en charge par le régime obligatoire de protection sociale ;
- le soutien psychothérapeutique des enfants de moins de 18 ans lorsque les actes considérés et le praticien qui les a effectués satisfont aux conditions définies par les dispositions législatives et/ou réglementaires en vigueur.

3 ALLOCATION CURE THERMALE

Pour chaque cure thermale prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale, la Mutuelle verse une indemnité sur présentation des justificatifs des frais d'hébergement et/ou de transport relatifs à la cure thermale considérée, restant à votre charge ou à la charge de vos ayants droit inscrits au contrat, après remboursement du régime obligatoire de protection sociale.

Cette indemnité est limitée, en tout état de cause, au montant de ces frais demeurant à charge, avec un maximum fixé au tableau des garanties de l'annexe 1.

ARTICLE 4 – MONTANT DES REMBOURSEMENTS

Les remboursements de frais et actes énumérés à l'article 3 complètent poste par poste ceux effectués par le régime obligatoire de protection sociale et le Régime Professionnel de Branche (RPP ou RAMA).

Le remboursement de ces frais et actes est déterminé, **acte par acte**, par la Mutuelle **et dans la limite des frais réellement engagés**.

Le montant des prestations est indiqué au tableau des garanties en annexe 1.

Sur mention expresse au tableau de garanties, pour les frais d'optique et dentaires, le montant des remboursements pour certaines dépenses peut tenir compte de l'appartenance ou non de l'opticien ou du chirurgien-dentiste au réseau des professionnels de santé applicable au titre du contrat.

Cela étant, vous et vos ayants droit inscrits au contrat demeurez totalement libres de vous adresser aux professionnels de santé de votre choix.

Vous pouvez, sur consultation de l'espace client sécurisé qui vous est dédié, obtenir communication des coordonnées des audioprothésistes, opticiens et chirurgiens-dentistes membres du réseau Sévéane à la date de votre demande.

En outre, pour certains travaux de prothèses dentaires réalisés par un chirurgien-dentiste membre du réseau Sévéane, la personne assurée (qu'il s'agisse de vous ou de l'un de vos ayants droit) peut bénéficier lorsque l'ensemble des conditions requises sont remplies, d'une garantie CASSE ET RÉPARATION pendant une période de dix (10) ans. Les conditions de mise en jeu et conditions d'application de cette garantie sont décrites en détail dans l'annexe 3 de la présente notice.

Dispositions applicables dans le cadre des contrats « responsables »

Il est rappelé que les montants minimum de remboursement ainsi que les limites et/ou montants maximum de remboursement, prévus par la réglementation définissant les notions de « *contrat responsable* » et indiqués à l'article 2 ci-dessus, sont applicables dans le cadre du contrat souscrit par votre ancienne entreprise.

Autres limites concernant le montant des remboursements :

En aucun cas, la Mutuelle ne peut prendre en charge les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration au régime obligatoire de protection sociale.

En ce qui concerne les actes pour lesquels les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés, la Mutuelle établit son remboursement sur la base du tarif retenu par le régime obligatoire de protection sociale pour calculer ses prestations.

La prestation de la Mutuelle pour les actes médicaux et d'hospitalisation engagés lors d'une cure thermale prise en charge par le régime obligatoire de protection sociale est limitée au montant du ticket modérateur.

Assurances cumulatives :

Les remboursements du régime obligatoire de protection sociale, du Régime Professionnel de Branche de branche (RPP ou RAMA), de la Mutuelle et de tout autre organisme ne peuvent excéder le montant des frais réellement engagés.

Les garanties cumulatives produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie souscrite quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, vous-même ou votre ayant droit pouvez obtenir l'indemnisation en vous adressant à l'organisme de votre choix.

SOUS PEINE DE DECHEANCE, VOUS DEVEZ FAIRE LA DECLARATION DES ASSURANCES CUMULATIVES. CETTE OBLIGATION EST VALABLE PENDANT TOUTE LA DUREE DE L'ADHESION AU CONTRAT.

La limitation des remboursements au montant des frais réellement engagés est déterminée par la Mutuelle pour chaque poste ou acte garanti.

SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans vos droits et actions contre les tiers responsables.

Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, lesquelles constituent une avance sur indemnité de la part de la Mutuelle, cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans vos droits et actions contre les tiers responsables. **À cet effet, lorsque l'accident de la circulation implique un véhicule automobile, vous devez, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident, le nom de la Mutuelle en tant que tiers payeur.**

Afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son droit de subrogation, vous vous engagez, ainsi que vos ayants droit, à lui déclarer tout accident donc vous êtes victimes.

Disposition applicable dans chacun des cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus

Dans les cas de déchéance de garanties prévus ci-dessus, la Mutuelle prendra néanmoins en charge les frais et actes considérés à hauteur des montants minimum de prestations prévus par la réglementation applicable au contrat « responsable », compte tenu du montant des dépenses réellement engagées par la personne assurée.

ARTICLE 5 – RISQUES EXCLUS

Seuls sont exclus de l'assurance dans le cadre des garanties souscrites, les frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale au titre de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité.

Toutefois, sur mention spéciale figurant au tableau des garanties de l'annexe 1, certains frais n'ouvrant pas droit aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale peuvent être pris en charge par la Mutuelle.

Par ailleurs, sauf mention spéciale figurant au tableau des garanties précité, les frais ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

ARTICLE 6 – REGLEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle a donné à CETIP (groupe CEGEDIM), délégation pour effectuer ses remboursements de prestations conjointement aux siens.

Les prestations dues par la Mutuelle sont payables en France et en euros.

Sauf dans le cas de télétransmission par l'organisme gestionnaire du régime obligatoire de protection sociale dont relève la personne assurée, du décompte de ses prestations, le remboursement de l'assureur intervient sur présentation :

- des bordereaux du régime obligatoire de protection sociale ;
- accompagnés d'une pièce justificative du montant des frais réels lorsqu'ils ne sont pas indiqués sur le bordereau délivré par ce régime ou lorsque celui-ci n'intervient pas.

Il est précisé que lorsque la Mutuelle prend en charge des actes ou frais ne donnant pas lieu aux prestations en nature du régime obligatoire de protection sociale ou (actes ou frais refusés ou non pris en charge), le remboursement de la Mutuelle est subordonné à la présentation d'une pièce justificative du montant des frais réels (factures détaillées) et de pièces justificatives complémentaires, notamment les prescriptions médicales.

En ce qui concerne le remboursement des frais suivants :

- consultations des diététiciens non-médecins,
- consultations ou frais de psychomotriciens, de psychologues ou psychothérapeutes,
- actes ou frais de chiropraxie, d'ostéopathie, d'acupuncture, d'étiopathie,

l'intervention de la Mutuelle est subordonnée à la fourniture d'une facture acquittée établie sur papier à en-tête, indiquant les coordonnées du praticien consulté ou qui a effectué les actes (nom, prénom, lieu d'exercice - adresse professionnelle-), afin de vérifier sa qualité, ainsi que les nom et prénom de la personne soignée et la date de réalisation des soins ou de la consultation.

La prise en charge des séances de soutien psychothérapeutique des enfants de moins de 18 ans est subordonnée à l'inscription des psychothérapeutes sur le registre national des psychothérapeutes.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres justifications qui lui paraîtraient nécessaires.

En cas de récupération de la part du régime obligatoire de protection sociale, à la suite d'un contrôle du praticien effectué après un remboursement, la Mutuelle se réserve le droit de récupérer toutes prestations indûment réglées à vous-même ou à votre ayant droit, au titre du contrat.

Si, intentionnellement, vous ou votre ayant droit fournissez de faux renseignements ou usez de documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement, vous perdez tout droit aux garanties pour la demande de règlement en cause.

ARTICLE 7 – TIERS PAYANT

Un service de TIERS PAYANT est mis à votre disposition au titre du contrat souscrit par votre entreprise.

Ce service permet aux personnes assurées de bénéficier, auprès de tous les professionnels de santé qui acceptent ce dispositif, de la dispense d'avance des frais :

- au moins à hauteur de la base de remboursement, en ce qui concerne les prestations faisant l'objet des garanties du contrat et remboursées par le Régime obligatoire de protection sociale ;
- pour l'intégralité de son montant (tel que fixé par l'arrêté prévu par l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale) et sans limitation de durée, en ce qui concerne le forfait journalier appliqué par les établissements hospitaliers ;
- à hauteur des frais réels dans la limite des prix limites de vente ou des honoraires limites de facturation en ce qui concerne les soins et actes relevant du panier « 100% santé ».

Il vous est délivré une attestation de tiers payant qui devra être restituée dans toutes les circonstances suivantes :

- en cas de résiliation du contrat ;
- si vous ou l'ayant droit ne remplissez plus les conditions d'ouverture des droits requis au titre du régime obligatoire de protection sociale dont vous relevez ;
- en cas d'utilisation ou de tentative d'utilisation frauduleuse du système ;
- et en tout état de cause, à la date de votre départ de votre entreprise ou dès lors que l'ayant droit ne répond plus à la définition de l'article 2.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer, tant à votre entreprise, qu'à vous-même ou à votre ayant droit, et le cas échéant au professionnel de santé, tout indu ou tout document relatif au système de tiers payant.

TITRE III – EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 8 – REFERENCE LEGALE

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative auquel vous êtes adhérent est régi par le Code de la mutualité et notamment par ses articles L. 221-1 et suivants.

Toutes actions contentieuses dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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 ignoré jusque-là.

En application de l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice (même en référé), jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par la Mutuelle à votre entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par votre entreprise ou un assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 9 – DUREE – RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation par la Mutuelle ou par votre ancien employeur notifiée deux mois avant chaque date de renouvellement ou en cas d'exercice, par votre ancien employeur, de son droit de résiliation infra-annuelle conformément à l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité.

ARTICLE 10 – FORMALITES D'ADHESION – PERSONNES GARANTIES

Vous pouvez adhérer au contrat facultatif de la Mutuelle, **dès lors que votre contrat de travail avec l'entreprise contractante a pris fin** et que vous répondez à l'une des situations suivantes :

- avoir liquidé votre pension vieillesse du Régime social de base ;
- être en fin de contrat à durée déterminée, et bénéficiaire de l'assurance chômage ;
- être en invalidité et bénéficiaire à ce titre des prestations en espèces du Régime social de base ;
- être licencié et bénéficiaire de l'assurance chômage ;
- avoir quitté l'entreprise dans le cadre d'une rupture conventionnelle et bénéficiaire de l'assurance chômage ;
- avoir démissionné pour suivre votre conjoint et bénéficiaire à ce titre des prestations chômage.

En cas de décès, vos ayants droit peuvent demander, pour une durée de douze mois, à adhérer au présent contrat sous réserve d'avoir déjà été inscrits en tant que tel au régime obligatoire. En cas de survenance de votre décès postérieurement à votre inscription au présent contrat, vos ayants droit peuvent demander le maintien de leur inscription au contrat sans condition de durée.

Pour être membre participant au présent contrat, vous devez :

- être obligatoirement inscrits au Régime Professionnel de Branche (RAMA pour les retraités, ou au contrat RPP 1,25% dans les autres cas) ;
- adresser à la Mutuelle un bulletin d'adhésion dans les six mois qui suivent la rupture de votre contrat de travail (ou la période de portabilité du contrat obligatoire le cas échéant) ou le décès du membre participant auquel vous étiez rattaché à titre d'ayant droit.

Pour être ayant droit, votre conjoint, partenaire ou concubin doit également être inscrit au Régime Professionnel de Branche (RAMA pour les retraités, ou contrat RPP 1,25% dans les autres cas).

Vos déclarations servent de base à l'application des garanties.

ARTICLE 11 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

a) Prise d'effet de l'adhésion

Votre adhésion prend effet le premier jour qui suit la cessation des garanties du contrat santé obligatoire.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 16, votre adhésion est souscrite pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année en cours et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour des périodes successives d'un an, sauf résiliation de votre part notifiée par lettre recommandée 2 mois au moins avant chaque date de renouvellement.

En ce qui concerne vos ayants droit, l'adhésion prend effet :

- à la même date que pour vous-même, lorsque vous demandez l'inscription des intéressés au contrat concomitamment à votre propre adhésion ;
- à la date de modification de votre situation de famille en cas de mariage, de concubinage, de pacte civil de solidarité ou de naissance d'enfants, **sous réserve que cette modification ait été portée à la connaissance de la Mutuelle ;**
- à la date de leur demande d'inscription lorsque que celle-ci est ultérieure à la vôtre.

b) Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour vous, et le cas échéant, pour vos ayants droit à la date d'adhésion ou d'inscription telle qu'elle est prévue ci-dessus.

Il est précisé que la Mutuelle ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits à compter de la date d'effet des garanties.

ARTICLE 12 – CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

1) CESSATION DE L'ADHESION

Votre adhésion au contrat cesse :

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez demandé la cessation de votre adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation ait été notifiée à la Mutuelle deux mois au moins avant cette date ;
- A la date à laquelle votre adhésion au Régime Professionnel de Branche est résiliée ;
- Si **les cotisations vous concernant ne sont pas réglées**, sous réserve des modalités prévues à l'article 14 ci-après ;
- À tout moment en cours d'année, sans frais ni pénalités et après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion au présent contrat ou de prise d'effet du

présent contrat, en cas d'exercice de votre droit de dénonciation infra-annuelle conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, vous pouvez dénoncer votre adhésion par :

- une lettre simple ou tout autre support durable ;
- une déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- un acte extrajudiciaire ;
- un mode de communication à distance, lorsque le bulletin d'adhésion a été signé par ce mode de communication ;
- tout autre moyen prévu par le contrat.

2) **CESSATION DES GARANTIES**

Les garanties du contrat prennent fin pour vous et vos ayants droit à la date de cessation de votre adhésion, telle qu'elle est prévue ci-dessus. Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause :

- **Pour vos enfants** : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat et au plus tard à leur 28^{ème} anniversaire.
Toutefois, les enfants handicapés, sous réserve qu'ils demeurent à votre charge au sens fiscal, continuent à être garantis tant qu'ils bénéficient des allocations légales d'adultes handicapés.
- **Pour les autres ayants droit** : dès qu'ils cessent d'être à charge au sens du contrat.

Il est précisé que la Mutuelle ne prend en charge que les dépenses engagées au titre d'actes prescrits antérieurement à la date de cessation des garanties.

ARTICLE 13 – RECLAMATION(S) – MEDIATION – INFORMATIQUES ET LIBERTES

1. RECLAMATION(S) – MEDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, il est recommandé de consulter d'abord le service gestionnaire administratif de la Mutuelle.

Si un différend persistait après réponse, la réclamation pourrait être adressée au Président de la Mutuelle ; s'agissant de la gestion du contrat, au service Réclamations-Prestations du BCAC, sur le site relationclient@bcac.igestion-gd.fr ou par courrier (BCAC – Centre de gestion Santé et Prévoyance TSA 50001 15 rue Paul Dautier – 78457 Vélizy Villacoublay Cedex).

Si enfin la réponse apportée ne donnait pas satisfaction, l'avis du médiateur du Groupe pourrait être demandé, sans préjudice du droit d'agir en justice. Les conditions d'accès à ce médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse de la Mutuelle.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, le demandeur pourra saisir la Médiation de l'Assurance sur le site www.mediation-assurance.org ou par courrier (Médiation de l'Assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09).

2. INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Des données à caractère personnel sont recueillies par la Mutuelle vous concernant ou concernant vos ayants droit.

Ces données personnelles sont traitées par la Mutuelle, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatique et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

Droits des personnes

Vous disposez, en justifiant de votre identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose la Mutuelle et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;

- du droit de demander l'effacement de vos données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;
- du droit de vous opposer à l'utilisation de vos données ;
- du droit de récupérer les données que vous avez personnellement fournies à la Mutuelle pour l'exécution du contrat ou pour lesquelles vous avez donné votre accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de vos données après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal (Immeuble WP2 – 2 boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre) ou, par courriel auprès du service gestionnaire administratif de la Mutuelle.

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si vous estimez que la Mutuelle a manqué à ses obligations concernant vos données.

Dans le cadre de ses obligations, la Mutuelle est tenue de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. À cette fin, la Mutuelle peut être amenée à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

Recueil et traitement des données de santé

Vous-même et vos ayants droit acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre (leur) santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

Si vous-même ou vos ayants droit utilisez la carte Vitale, vous autorisez le professionnel de santé à adresser à la Mutuelle un relevé d'information pour permettre la mise en œuvre des prestations du contrat. Vous autorisez également l'échange d'informations avec votre régime obligatoire de protection sociale à la seule fin du traitement des prestations.

Vous-même ou vos ayants-droit disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations médicales vous (les) concernant en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité à la Mutuelle.

Pourquoi la Mutuelle collecte-t-elle des données personnelles ?

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, telles que le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Des données peuvent également être utilisées pour adresser des convocations aux Instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex : convocation aux Assemblées Générales) par courrier postal ou par voie de communication électronique.

Transferts d'informations hors de l'Union Européenne

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à la Mutuelle d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

TITRE IV – COTISATIONS

ARTICLE 14 – COTISATION

Les cotisations sont fixées aux conditions particulières.

Les cotisations sont familiales (membres participants et ayants droit), payables annuellement d'avance directement par vous-même.

Lorsque vous êtes en invalidité et bénéficiez à ce titre de prestations en espèces du régime social de base et du Régime Professionnel de Prévoyance tels que définis à l'article 2, vous êtes exonéré du paiement de la cotisation.

Lorsque les entreprises contractantes sont tenues de verser une participation, celle-ci est payable annuellement d'avance.

ARTICLE 15 – DEFAUT DE PAIEMENT

Non-paiement des cotisations par l'entreprise

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 du Code de la mutualité, à défaut de paiement par votre entreprise, d'une cotisation dans les 10 jours suivant son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie est suspendue 30 jours après la mise en demeure de payer résultant de l'envoi par l'assureur à votre entreprise, d'une lettre recommandée imposée par la réglementation et stipulant que 10 jours après l'expiration de ce délai, si la cotisation n'est pas acquittée, le contrat est résilié.

Non-paiement de votre cotisation

En cas de non-paiement d'une cotisation afférente au présent contrat à votre charge, votre entreprise doit vous adresser, au plus tôt 10 jours après la date du non-paiement de la cotisation considérée, une lettre recommandée de mise en demeure.

Cette lettre doit stipuler qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de cet envoi, vous êtes exclus de la Mutuelle en raison du non-paiement de votre cotisation.

Il est toutefois précisé que par délégation de votre ancien employeur à la Mutuelle, cette dernière effectuera la mise en demeure précitée.

TITRE V – REVISION

ARTICLE 16 – REVISION

Les garanties sont définies en prenant en considération la réglementation du régime obligatoire de protection sociale.

Si ultérieurement une nouvelle réglementation ou les dispositions prises par l'Union Nationales des Caisses d'Assurances Maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires alors en vigueur entraîne(nt) une modification des engagements de la Mutuelle et de ceux de l'employeur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercice, selon le contexte et les contraintes réglementaires :

- ⇒ lorsque la révision est motivée par la nécessité de conserver au présent contrat sur-complémentaire santé souscrit par votre entreprise son caractère « *responsable* » :
 - la Mutuelle indiquera à votre entreprise les modifications nécessaires pour maintenir au contrat son caractère « *responsable* ». En cas de refus par votre entreprise, la Mutuelle adressera une lettre recommandée l'informant de la résiliation de leur adhésion à la Mutuelle,
- ⇒ lorsque la modification du contrat sur-complémentaire santé souscrit par votre entreprise est motivée par d'autres évolutions de la législation ou la réglementation de la Sécurité Sociale :

- la Mutuelle procédera à l'ajustement de la cotisation. Si votre entreprise ne donne pas suite à la proposition de la Mutuelle ou refuse expressément la nouvelle cotisation, la Mutuelle se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion à la Mutuelle.

Par ailleurs, la Mutuelle pourra éventuellement procéder, si les résultats devenaient déficitaires, à une révision tarifaire ou à une diminution des garanties. De même, de par son rôle d'organisme assurant de façon complémentaire la couverture de ses adhérents, elle pourra proposer à votre employeur des améliorations du niveau des prestations, qu'elles soient exprimées forfaitairement ou en pourcentage du barème de remboursement.

ANNEXE N° 1

MONTANT DES PRESTATIONS

Le contrat surcomplémentaire intervient sous déduction du remboursement opéré par le régime obligatoire de protection sociale (RO) et par le Régime de Prévoyance Professionnel (RPP), dans la limite des frais réels.

HOSPITALISATION	
Honoraire, actes de chirurgie et de spécialité DPTAM	30 % BR
Honoraires, actes de chirurgie et de spécialité non DPTAM	-
Frais de séjours	180 % BR
Forfait journalier hospitalier	-
Chambre particulière / jour	1,5 % PMSS
Frais accompagnant / jour	1 % PMSS
FRAIS MEDICAUX	
Consultation – Visite généraliste DPTAM	170 % BR
Consultation – Visite généraliste non DPTAM	100 % BR
Consultation – Visite spécialiste DPTAM	175 % BR
Consultation – Visite spécialiste non DPTAM	100 % BR
Actes de spécialité DPTAM	30 % BR
Actes de spécialité non DPTAM	-
Radiologie DPTAM	30 % BR
Radiologie non DPTAM	-
Analyses médicales - Travaux de laboratoire	165 % BR
Auxiliaires médicaux	160 % BR
Appareillage, prothèses orthopédique	215 % BR
Transport pris en charge par le RO	70 % BR
AIDES AUDITIVES¹	
Prothèses auditives 100% santé	-
Prothèses auditives hors 100% santé	200% BR
PHARMACIE	
Pharmacie à 65%	-
Pharmacie à 30%	49 % BR
Pharmacie à 15%	64 % BR
Moyens contraceptifs pris en charge ou non par an / par pers	25 €
FRAIS DENTAIRES	
Soins et prothèses 100% santé	-
Soins dentaires hors inlay / Onlay hors 100% santé	365 % BR
Soins inlays / Onlays hors 100% santé	365 % BR
Prothèses dentaires prises hors 100% santé	260 % BR
Orthodontie prise en charge par le RO	200 % BR
Implantologie non prise en charge par le RO / an / pers	1 000 €
Parodontologie non prise en charge par le RO/ an / pers	500 €
FRAIS D'OPTIQUE (y compris RO)	
Remboursement d'un équipement complet (une monture et deux verres) par période de deux ans ² pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue, un par an) ³	
Equipelement 100% santé	-

¹ Prise en charge d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans (date de facture + 4 ans + 1 jour).

² La période de deux ans s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (date de la facture).

³ Par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. La durée se calcule à compter de la date de la facture + un jour.

Il existe par ailleurs des autorisations de renouvellement anticipés, notamment en cas d'évolution de la vue.

Plafonds par équipement (verres + monture) hors 100% santé	
a) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries	270€ Dont 100€ maximum pour la monture
b) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au c)	280€ Dont 100€ maximum pour la monture
c) équipement à : - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries;	360€ Dont 100€ maximum pour la monture
d) équipement comportant 1 verre mentionné au a) et 1 verre mentionné au f)	290€ Dont 100€ maximum pour la monture
e) équipement comportant 1 verre mentionné au c) et 1 verre mentionné au f)	420€ Dont 100€ maximum pour la monture
f) équipement à - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.	480€ Dont 100€ maximum pour la monture
Lentilles prises en charge par le RO/ année civile / pers	320 €
Lentilles non prises en charge par le RO/ année civile / pers	320 €
Supplément lentilles progressives / année civile / pers	160 €
Chirurgie réfractive par œil	600 €
Opticiens partenaires	
Remboursement d'un équipement complet (une monture et deux verres) par période de deux ans ² pour les adultes et enfants de 16 ans et plus (sauf cas de renouvellements anticipés autorisés dont évolution de la vue, un par an) ³	
Equipements 100% santé	-
Equipements hors 100% santé :	
Verres	100% du prix des verres sélectionnés (dans la limite des plafonds du contrat responsable)
Monture	100€
AUTRES (DONT PREVENTION)	
Cure thermale prise en charge par le RO	200 % BR
Frais de transport et d'hébergement (cure thermale)	200 % BR
Ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étio-pathie et diététicien	50 € / séance ; max. 5/an

Tous vaccins prescrits non pris en charge par le RO / an / pers.	20 €
Procréation médicale assistée / an / pers.	150 €
Sevrage tabagique / an / pers.	50 €
Soutien psychothérapeutique et psychomoteur des enfants de moins de 18 ans	40 € / séance ; Max. 7/an
Actes de prévention pris en charge par le RO	100 % FR limités à : remboursement au titre de l'un des postes prévus ci-dessus selon leur nature
Assistance	OUI

ANNEXE 2 - TEXTE RÉGLEMENTAIRE

Article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale
(dans sa version en vigueur au 13 janvier 2019)

Les garanties mentionnées à l'article [L. 871-1](#) comprennent la prise en charge :

1° De l'intégralité de la participation des assurés définie à l'article [R. 160-5](#). Cette prise en charge n'est toutefois pas obligatoire pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article(*) ;

2° Si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement propose cette garantie, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article [L. 162-5](#), dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article [L. 165-3](#) pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article [L. 165-1](#), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

- dans le respect des limites ci-dessous, si le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement prévoit une couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article [L. 165-1](#) autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

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

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

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

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

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

Lorsque l'équipement est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4° Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

a) A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;

b) Au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

5° Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article [L. 162-9](#) ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article [L. 162-14-2](#), pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

6° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article [L. 174-4](#), sans limitation de durée.

NOTA :

Conformément à l'article 5 du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositions des 3° et 5° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2020, sous réserve des dispositions du troisième alinéa dudit article.

Les dispositions du 4° de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction issue dudit décret s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2021. ()*

Il s'agit respectivement :

- des médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité et des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme modéré

- des spécialités et préparations homéopathiques prises en charge par le régime obligatoire de protection sociale
- des frais de soins thermaux dispensés dans un établissement thermal
- des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible.

ANNEXE 3 – DISPOSITIONS GENERALES DE LA GARANTIE CASSE ET REPARATION DES PROTHESES DENTAIRES

1. Objet de la garantie

Nous garantissons pour une période dix (10) ans, à compter de la date de réalisation définitive des prothèses, les prothèses dentaires conjointes et adjointes en résine réalisées pour les personnes garanties par le contrat (soit pour le membre participant et ses ayants droit inscrits au contrat) dès lors que les intéressées restent assurées sans interruption par le contrat.

Les travaux prothétiques doivent obligatoirement :

- avoir fait l'objet d'un devis ;
- avoir été effectués par un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane ;
- avoir fait l'objet d'une note d'honoraires détaillée ayant permis l'édition d'un certificat de garanties remis à la personne assurée.

Si l'ensemble de ces conditions ne sont pas remplies, la garantie n'intervient pas.

2. Ce qui est garanti

- pour les prothèses conjointes : en cas de casse, le remplacement à l'identique de la prothèse, tel que mentionné sur le certificat de garantie remis à la personne assurée, aux frais réels déclarés par le chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane, au jour de la nouvelle réalisation prothétique.
- pour les prothèses adjointes en résine : pour leur réadaptation ou la casse de la base résine, le versement d'une prestation de cent cinquante (150) euros, dans la limite des frais réels, pour les appareillages adjoints réalisés chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane.
- Prothèses concernées

Pour les prothèses conjointes : toutes les couronnes, bridges.

Pour les prothèses adjointes : les appareillages entièrement réalisés en résine.

- Réalisation

La pose initiale de la prothèse, le remplacement ou la réparation de la prothèse devra obligatoirement être réalisé chez un chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane.

Pour les bridges, le remplacement devra être effectué à l'identique.

- Remboursement

Le remboursement interviendra après réception de la note d'honoraires.

3. Fonctionnement de la garantie

La garantie est accordée pour les prothèses que la Mutuelle a intégralement ou partiellement prises en charge.

Le certificat de garantie comportant la période de validité, le descriptif précis de la prothèse, sa localisation (le numéro de la dent en cas de prothèse conjointe) et son prix devra être fourni.

Il accompagnera le devis du chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane, qui réalisera les travaux de réparation. Ceux-ci ne peuvent commencer qu'après réponse de notre part, qui interviendra à compter de la date de réception du dossier, dans un délai de sept (7) jours ouvrés maximum. Ce délai peut être supérieur à sept (7) jours ouvrés si nous demandons un examen dentaire réalisé par un chirurgien-dentiste désigné par nos soins. Nous pouvons être amenés à réclamer toutes pièces que nous jugerons utiles.

La garantie n'est accordée qu'une seule fois pour une même prothèse.

Elle est accordée à défaut d'intervention de la garantie d'assurance responsabilité civile professionnelle du chirurgien-dentiste membre du réseau des professionnels de santé Sévéane lorsque cette responsabilité est susceptible d'être engagée.

4. Exclusions

Sont exclus de par la nature de la garantie :

- Pour les prothèses conjointes :
 - toute nouvelle réalisation prothétique faisant suite à une dépose de la prothèse garantie pour cause de reprise de carie ou infection apicale,
 - les implants,
 - les Inlays core ;
- Pour les prothèses adjointes :
 - tous actes autres que la casse de la prothèse en résine,
 - les stellites.
- Sont exclus par ailleurs :
 - les dommages esthétiques liés à la rétraction gingivale et à l'usure de la prothèse.
- Nous pouvons également refuser la mise en jeu de la garantie casse et réparation si la personne assurée :
 - transmet une fausse déclaration,
 - n'est plus assurée par le présent contrat,
 - refuse de se soumettre à l'éventuel examen dentaire demandé par l'assureur.