

**NOTICE D'INFORMATION
CONTRACTUELLE
DISPOSITIF OBLIGATOIRE**

Votre entreprise a souscrit un contrat collectif Frais de santé.

A ce titre, vous bénéficiez de garanties Frais de Santé : dispositif obligatoire. Le contrat collectif souscrit auprès de Miltis, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, SIREN 417 934 817, 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon, a pour objet principal de vous faire bénéficier des remboursements complémentaires aux prestations, servies par le régime de sécurité sociale français. Le contrat est régi par le Code de la mutualité.

La gestion du contrat est déléguée à l'entreprise Génération (le gestionnaire). La présente notice d'information qui vous a été remise par votre employeur, est un résumé des dispositions contractuelles applicables aux garanties souscrites.

Si vous souhaitez avoir des informations plus détaillées sur vos garanties, votre employeur tient à votre disposition les Conditions Générales du contrat souscrit.

1 • DÉFINITIONS

1•1 LA MUTUELLE

Il s'agit de la Mutuelle Miltis, assureur du contrat collectif de frais de santé souscrit par l'entreprise. La Mutuelle Miltis est soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité et enregistrée au SIREN sous le n° 417 934 817.

1•2 GESTIONNAIRE DE LA MUTUELLE

Il s'agit de l'entreprise Génération auprès de laquelle la Mutuelle a délégué la gestion de ses contrats, des cotisations et des prestations.

1•3 SOUSCRIPTEUR

C'est l'entreprise dont le siège social est en France métropolitaine, qui adhère au contrat collectif de frais de santé auprès de la Mutuelle, au bénéfice de ses usagers, dénommés membres participants. Le souscripteur du présent contrat acquiert la qualité de membre honoraire de la Mutuelle.

1•4 CATÉGORIE DE PERSONNEL

Tout ou partie du personnel déterminé à partir de critères objectifs tels que définis à l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale permettant d'établir la catégorie d'assuré visés par la souscription.

1•5 MEMBRES PARTICIPANTS

Ce sont les usagers qui appartiennent à la catégorie de personnel assuré et dont l'affiliation au contrat collectif a été régularisée ou le cas échéant les anciens usagers bénéficiant du dispositif de portabilité au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

1•6 AYANTS DROIT

Sont considérés comme répondant à la définition d'ayants droit :

- le conjoint du membre participant répondant à l'une des définitions suivantes :

- le conjoint marié du membre participant non séparé de corps judiciairement, qu'il exerce ou non une activité professionnelle,

- le ou la partenaire auquel ou à laquelle le membre participant est lié par un pacte civil de solidarité (PACS) sous réserve de la production d'un document officiel attestant du PACS, que ce partenaire exerce ou non une activité professionnelle,

- le concubin du membre participant, libre de tout lien matrimonial, désigné lors de son affiliation ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à sa date d'affiliation, sous réserve de la production de tout document justifiant d'une adresse commune, qu'il exerce ou non une activité professionnelle ;

- les enfants répondant à l'une des définitions suivantes :

- les enfants célibataires du membre participant ou de son conjoint (affiliés au titre d'ayants droit sur la carte d'assuré social du membre participant ou de son conjoint, ou à défaut rattachés au foyer fiscal de l'un d'entre eux) jusqu'au 31 décembre de leur vingtième anniversaire,

- les enfants du membre participant ou de son conjoint poursuivant de manière continue des études dans le premier, deuxième ou troisième cycle de l'enseignement supérieur jusqu'au 31 décembre de leur vingt-huitième anniversaire, sous réserve de transmission d'un justificatif scolaire,

- les enfants du membre participant ou de son conjoint suivant une formation en alternance jusqu'au 31 décembre de leur vingt-huitième anniversaire,

- les enfants handicapés du membre participant ou de son conjoint s'ils sont avant leur vingt-et-unième anniversaire bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés ;

- Les ascendants à charge du membre participant ou de son conjoint, au sens de la Sécurité sociale.

1•7 BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Les membres participants et leurs ayants droit sous réserve du paiement des cotisations.

1•8 DEMANDE DE SOUSCRIPTION

C'est le document rempli et signé par l'entreprise en vue de sa souscription au contrat collectif de frais de santé.

1•9 DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

C'est la description des garanties souscrites par l'entreprise au profit des membres participants.

1•10 CONTRAT COLLECTIF

Le contrat collectif est constitué des présentes Conditions Générales et de la Demande de Souscription.

Le contrat collectif est régi par le droit français. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée du contrat collectif.

1•11 DATE D'EFFET

C'est la date à partir de laquelle les garanties prennent effet et les cotisations sont dues.



Ma Mutuelle... en toute sérénité

1•12 DATE D'ACQUISITION DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

C'est la date de la dernière facturation de l'équipement optique (monture + verres) ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

1•13 DATE D'ACQUISITION DE L'AIDE AUDITIVE

C'est la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime de base.

1•14 BASE DE REMBOURSEMENT

Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française.

1•15 DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFIAIRE MAÎTRISÉE

Dispositif prenant la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam et Optam-Co), lesquelles sont 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 (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1er janvier 2013). 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.

1•16 NOTICE D'INFORMATION

Document remis par le souscripteur aux membres participants qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir pour les demandes de remboursement de prestations.

1•17 RÉGIME DE BASE

Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés les bénéficiaires des prestations.

1•18 DISPOSITIF OBLIGATOIRE

Garantie de base obligatoire souscrite par l'entreprise au profit des membres participants.

1•19 PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente facturable par le professionnel de santé. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations et pris en charge par le régime de base est assortie d'un prix limite de vente.

Les lunettes et les aides auditives retenues dans les paniers 100 % Santé ont des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que

les bénéficiaires des prestations puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements. Conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime de base, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

1•20 100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les bénéficiaires des prestations peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par le régime de base et leur complémentaire santé, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés. Les actes visés par ce dispositif intègrent le panier 100 % Santé.

2• OBJET DU CONTRAT

Le présent Contrat collectif a pour objet de vous faire bénéficier d'un dispositif obligatoire composé de prestations complémentaires au régime de base français.

La souscription est à caractère obligatoire, c'est-à-dire qu'elle concerne la totalité des membres de la catégorie de personnel assuré sous réserve de l'exercice des éventuelles dispenses d'affiliation prévues et conformes à la réglementation en vigueur.

Comment en bénéficier ?

Pour être affilié au contrat collectif, vous devez :

- appartenir à la catégorie de personnel assurable ;
- être affilié au régime obligatoire de droit français d'assurance maladie et maternité.

3• PRISE D'EFFET DU CONTRAT COLLECTIF ET DES GARANTIES

3•1 PRISE D'EFFET DES GARANTIES POUR LE MEMBRE PARTICIPANT

Vous bénéficiez des garanties à compter de la date d'effet de la souscription de votre entreprise, sauf stipulation expresse dans le certificat d'affiliation.

En cas d'affiliation postérieure à la date d'effet de la souscription de votre entreprise, vous bénéficiez des garanties à partir de la date à laquelle vous relevez de la catégorie de personnel assuré et remplissez les conditions pour bénéficier du contrat.

3•2 PRISE D'EFFET DES GARANTIES POUR LES AYANTS DROIT

L'affiliation d'un de vos ayants droit est subordonnée à votre affiliation. La date d'effet des garanties pour les ayants droit est au plus tôt, la même que celle retenue pour vous. En cas d'affiliation ultérieure d'ayants droit, la date d'effet des garanties est :

- en cas de mariage, de PACS, de naissance ou d'adoption (sur présentation d'un justificatif) :
- le jour de l'événement si la demande est faite dans les deux mois suivant l'événement,



Ma Mutuelle... en toute sérénité

- le 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle ou son gestionnaire de la demande si celle-ci est faite plus de deux mois après l'événement ;
- le lendemain de la radiation de la garantie précédente si la demande est faite dans les deux mois (sur présentation d'un certificat de radiation) ; à défaut à la date de réception par la Mutuelle ou par son gestionnaire de la demande.

4• MODIFICATIONS DES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES

Les conditions du contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code de la Sécurité sociale (article L871-1 du code de la sécurité sociale).

Si celles-ci venaient à être modifiées en cours de contrat, la Mutuelle se réserve la possibilité de procéder à une révision du contrat, au plus tôt à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions afin de se mettre en conformité avec les nouvelles dispositions législatives et réglementaires. La Mutuelle ou son gestionnaire, informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix

Le souscripteur dispose de la possibilité de demander par écrit dans les trente jours suivant la notification, la résiliation du contrat sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

5• DURÉE ET CESSATION DU CONTRAT ET DES GARANTIES

Les garanties sont accordées de la date d'effet d'affiliation des membres participants et des ayants droits jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle par tacite reconduction annuelle le 1^{er} janvier de chaque année.

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- en cas de résiliation du contrat par la Mutuelle à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée avec avis de réception, adressée au siège du souscripteur avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ;
- en cas de résiliation par le souscripteur à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, au choix du souscripteur :
 - 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
 - 2° Soit par déclaration faite au siège du gestionnaire de la Mutuelle ;
 - 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
 - 4° Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
 - 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.La gestionnaire de la Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification. La résiliation prend effet

un mois à compter de la réception de cette notification ; les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation. En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, le gestionnaire de la Mutuelle sera tenu au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

- en cas de résiliation du contrat par le souscripteur à l'échéance annuelle au 31 décembre, en utilisant tout support énuméré ci-avant et prévu par l'article L221-10-3 du Code de la mutualité, adressée au siège du gestionnaire de la Mutuelle avec un préavis de 2 (deux) mois (avant le premier novembre) ;

Le souscripteur informe le membre participant de la résiliation ou de la non-reconduction du contrat d'assurance et du délai dans lequel le membre participant peut demander à la Mutuelle, le maintien de sa couverture à titre individuel. Dans ce cas, sa cotisation globale (part patronale et part salariale) sera majorée de 100 % ;

- en cas de sortie du membre participant de l'entreprise ou de la catégorie de personnel assurée ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités définies l'article 10 ;
- lorsque les conditions requises lors de l'affiliation ne sont plus remplies ;
- en cas de décès du membre participant. Dans ce cas, les garanties sont maintenues gratuitement aux autres bénéficiaires des prestations pendant la durée d'un mois, nonobstant l'application de l'article 4 de la loi N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989, figurant à l'article 7.2 des présentes conditions générales ;
- en tout état de cause, à la liquidation des droits à la retraite du membre participant avec application des dispositions de l'article 7•2 ci-après, sauf lorsque celui-ci continue à exercer une activité professionnelle au sein de l'entreprise souscriptrice dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, sous réserve de l'existence d'un contrat de travail et que cette information ait été portée à la connaissance de la Mutuelle.

Les ayants droit cessent de bénéficier de la garantie en même temps que le membre participant ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit au sens de la définition présentée à l'article 1.

6• SUSPENSION DES GARANTIES POUR LES MEMBRES PARTICIPANTS ET LES AYANTS DROIT

En cas de suspension du contrat du membre participant, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période et avec les mêmes effets que leur cessation sauf dispositions contraires.

Cependant, le bénéfice des garanties demeure maintenu au profit des membres participants dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient soit d'un maintien total ou partiel de salaire soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par



Ma Mutuelle... en toute sérénité

l'intermédiaire d'un tiers, soit d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Ce cas concerne notamment les membres participants placés en activité partielle, ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Les cotisations restent intégralement dues pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée ou rémunérée.

Votre contribution, calculée selon les règles applicables à la catégorie de personnel dont relève le membre participant, doit être maintenue.

Le membre participant dont le contrat de travail est suspendu doit s'acquitter de la part salariale de la cotisation.

En dehors des hypothèses susmentionnées, le membre participant pourra demander un maintien des garanties moyennant le paiement intégral des cotisations (part salariale et part patronale) via un prélèvement sur son compte bancaire. La demande de maintien devra être effectuée dans un délai de 2 (deux) mois suivant la date de l'évènement entraînant la suspension des garanties, par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique, adressée au siège du gestionnaire de la Mutuelle.

7• MAINTIEN D'UNE COUVERTURE AU PROFIT DES ANCIENS MEMBRES PARTICIPANTS

7•1 MAINTIEN DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PORTABILITÉ DES DROITS)

Le maintien gratuit du bénéfice des garanties, prévues dans les conditions de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, est prévu en cas de rupture du contrat de travail, non consécutif à une faute lourde, ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage (le Pôle Emploi). L'intéressé doit fournir à la Mutuelle la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le souscripteur transmettra au gestionnaire de la Mutuelle la demande de portabilité de l'ex-collaborateur, membre participant, accompagnée de la copie de l'attestation employeur adressée au Pôle Emploi. Le maintien des garanties commence à compter de la date de la cessation du contrat de travail et s'applique pendant une durée égale à la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le souscripteur, appréciée en mois (arrondie au nombre supérieur), tant que l'ancien membre participant bénéficie des droits à allocations du Pôle Emploi et dans la limite maximale de 12 mois de couverture. L'ancien membre participant doit informer le gestionnaire de la Mutuelle de la cessation du versement des allocations du régime

d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient avant la fin de la période définie précédemment.

En cas d'évolution des garanties complémentaires postérieurement au départ de l'ancien membre participant, celles-ci s'appliquent automatiquement à lui.

En cas de résiliation des garanties complémentaire postérieurement au départ de l'ancien membre participant, le maintien de ces dernières cesse le jour où le contrat est résilié, quelle qu'en soit la cause.

7•2 MAINTIEN DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 4 DE LA LOI N° 89-1009 DU 31 DÉCEMBRE 1989

Personnes concernées

- Les anciens membres participants qui en raison d'une rupture de leur contrat de travail ne sont plus membres participants au Contrat Socle et qui sont bénéficiaires :
 - de prestations incapacité de travail,
 - ou d'une rente d'invalidité,
 - ou d'une pension de retraite,
 - ou d'un revenu de remplacement.
- Les ayants droit, suite au décès du membre participant.

Garanties proposées

Les personnes concernées peuvent demander leur affiliation à un contrat de frais de santé avec des garanties identiques. La demande doit être faite dans les 6 (six) mois suivant :

- la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, la fin de la période durant laquelle l'ancien membre participant a bénéficié d'un maintien de garanties à titre temporaire ;
- le décès du membre participant.

Le Souscripteur devra informer le gestionnaire de la Mutuelle du décès du membre participant. Le gestionnaire doit adresser, pour le compte de la Mutuelle, une proposition de maintien des garanties dans les 2 (deux) mois à compter de la date de la cessation du contrat de travail ou du maintien des garanties au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale ou dans les 2 (deux) mois qui suivent le décès.

Effet des garanties

Les garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande, conformément à l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Aucune sélection médicale ni aucun délai d'attente ne sera appliqué.

Cotisations

Pour les anciens membres participants, le montant des cotisations est déterminé selon la réglementation en vigueur. Les cotisations sont payables d'avance. Pour les ayants droit du membre participant décédé, le maintien des garanties précité se fera à titre gratuit pendant une durée d'un an (sous réserve de la non-résiliation du contrat). Dans les 6 mois suivants, ils peuvent demander à bénéficier d'un contrat de frais de santé, de niveau équivalent, sans aucun délai d'attente ni aucune sélection médicale. Les cotisations sont déterminées selon la réglementation en vigueur et sont payables d'avance.

8• COTISATIONS

Le mode de cotisation afférent aux garanties choisies par le souscripteur est : **Adulte/enfant**.

Une cotisation est due pour chaque adulte et chaque enfant.

Pour la cotisation adulte de l'usager, le paiement des cotisations incombe à l'entreprise y compris pour la part usager.

Les cotisations adulte (hors usager) et/ou enfant sont appelées intégralement auprès de l'entreprise (en même temps que la cotisation de l'Usager) ;

Les cotisations sont calculées sur la base du plafond de la Sécurité sociale. Les cotisations sont fixées en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale.

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le ou les taux de cotisations sur le plafond de la Sécurité sociale en vigueur au moment de l'appel des cotisations.

9• VARIATION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont indexées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité Sociale, ainsi que des résultats techniques du contrat. Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements du régime de base, ou de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de la Mutuelle.

10• DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, le gestionnaire de la Mutuelle adresse au souscripteur par lettre recommandée avec avis de réception une mise en demeure, au plus tôt dix jours après l'échéance. La garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du souscripteur. La résiliation du souscripteur et de tous les bénéficiaires des prestations intervient sans autre formalité au plus tôt quarante jours après la mise en demeure. Les cotisations sont dues jusqu'à la date de résiliation effective.

11• GARANTIES

11•1 RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité de la Sécurité sociale et leur attribution est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration à cet organisme des frais engagés par l'assuré (sauf garanties non prises en charges par la Sécurité sociale mentionnées dans le descriptif des prestations). Les prestations garanties sont définies dans les Dispositions Particulières.

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Le dispositif obligatoire répond au dispositif du contrat responsable.

Il prend, notamment en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- les prestations liées aux consultations et prescriptions des praticiens dans les conditions définies à l'article R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006 ;
- le tiers payant.

En tout état de cause, le contrat sera mis en conformité en cas d'évolution législative ou réglementaire relative au contrat responsable.

11•2 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE et OBSTÉTRIQUE

Le forfait journalier hospitalier, mentionné dans le descriptif des prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale et fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires.

On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, maternité,
- les établissements et unités spécialisés :
 - psychiatriques,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale prévu par arrêté (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile). **Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.** Ce contrat prend en charge la participation forfaitaire que le régime de base peut laisser à la charge des bénéficiaires des prestations, si ces derniers bénéficient d'actes médicaux lourds dont le tarif est supérieur ou égal au plafond fixé par le Code de la Sécurité sociale par l'article R. 160-16.

11•2•1 Chambre particulière

Les chambres particulières sont exclues pour les établissements psychiatriques, établissements et unités spécialisés et la maternité.

11•3 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'affiliation et par bénéficiaire.

11•4 FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Le descriptif de prestations distingue les équipements de la classe A relevant du panier 100 % Santé et les équipements de la classe B hors panier 100 % Santé. Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les équipements appartenant à la classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le régime de base. En conséquence, une fois le remboursement

effectué par la Sécurité sociale et celui opéré au titre du contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les équipements de classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations intègrent la prise en charge du régime de base.

Lorsque le bénéficiaire des prestations choisit une monture de classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à 100 (cent) euros.

Cas particulier pour les équipements mixtes :

Les équipements mixtes sont composés d'une part, de verres, et d'autre part d'une monture, de classes différentes (classe A ou B).

Les montants hors panier 100 % Santé mentionnés au sein du descriptif de prestations s'appliquent également lorsque le bénéficiaire des prestations opte pour un équipement composé d'une monture et des verres appartenant à des classes différentes.

Dans ces hypothèses, l'élément de classe B sera remboursé conformément au niveau de garantie souscrit, déduction faite du remboursement de l'élément de classe A.

11•4•1 Conditions de renouvellement

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat responsable et par période de 2 (deux) ans pour les actes du panier 100 % Santé et pour les actes hors panier 100 % Santé. Ce délai commence à courir à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique (monture + verres).

Toutefois, pour les mineurs de moins de 16 ans, les prestations s'appliquent par période annuelle à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique sur présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Les prestations s'appliquent par période de 6 (six) mois pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, 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, les prestations s'appliquent par période annuelle.

11•4•2 Conditions de renouvellement anticipé

Les prestations sont allouées par période annuelle pour les personnes d'au moins 16 ans en cas de renouvellement complet de l'équipement justifié par une évolution de la vue. L'évolution de la vue est constatée soit par la présentation d'une nouvelle prescription médicale, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.

L'évolution de la vue est caractérisée par l'une des situations suivantes :

- Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;

- Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;

- Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;

- Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;

- Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Cas particulier du renouvellement anticipé des verres :

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable, sous réserve de la présentation d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de la situation médicale particulière, dans les cas suivants :

- pour les personnes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ;

- pour toutes personnes en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge dispositifs médicaux et prestations associées pour la prise en charge d'optique médicale.

11•5 DENTAIRE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier 100 % Santé.

Sont visés par les actes hors panier 100 % Santé, les actes du panier à reste à charge modéré (avec des honoraires limites facturation, remboursement conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations) et les actes du panier à prix libre (absence d'honoraires limites de facturation, remboursement conformément au niveau de garanties du bénéficiaire des prestations).

Le plafond de remboursement s'applique sur tous les actes à l'exception des soins et du remboursement intégral 100% Santé.

Une fois le plafond atteint, la prise en charge est limitée comme suit :

- prise en charge à 125% BRSS uniquement pour les prothèses dentaires et l'orthodontie prises en charge par le régime de base.

11•6 AIDE AUDITIVE

Le descriptif de prestations distingue les actes relevant du panier 100 % Santé et les actes hors panier.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations Aides auditives est différente en fonction de la classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la classe I ou la classe II.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", les aides auditives appartenant à la classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le régime de base et celui opéré au titre du Contrat complémentaire, aucun reste à charge ne sera supporté par le bénéficiaire des prestations.

Les aides auditives de classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux contrats responsables, et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi,



Ma Mutuelle... en toute sérénité

un éventuel reste à charge pourra être supporté par le bénéficiaire des prestations.

La prise en charge est limitée à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive et dans la limite du prix limite de vente par aide auditive de classe I, ou dans la limite de 1 700 euros par aide auditive de classe II incluant la prise en charge du régime de base.

Conformément à la réforme dite "100 % Santé", la périodicité de renouvellement de 4 (quatre) ans à compter de la dernière prise en

charge de l'aide auditive par le régime de base tient compte des 4 (quatre) années antérieures.

11•7 MÉDICAMENTS

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la Sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr

DESRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale (BRSS*) ou en frais réels inclus la prise en charge du régime de base (RB). Les montants exprimés en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale (PMSS) interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base sauf pour l'équipement optique où les forfaits en euros intègrent l'éventuelle part du régime de base. Les garanties intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année civile.

Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique, sauf dérogations prévues dans la Notice d'information.

Pour les aides auditives, les prestations sont limitées à un équipement tous les 4 (quatre) ans par oreille à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les remboursements sont différents selon que votre praticien est adhérent ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables" et ses textes réglementaires. De ce fait, le remboursement minimum ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés au 1° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.





Ma Mutuelle... en toute sérénité

		NIVEAU ANI	NIVEAU ANI +	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	NIVEAU 5
Hospitalisation médicale / chirurgicale / maternité / à domicile / établissements et unités spécialisés (soins de suite, réadaptation, psychiatrie)								
Frais de séjour	En secteur conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	En secteur non conventionné	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux	DPTAM	100%	100%	100%	100%	150%	200%	200%
	Hors DPTAM	100%	100%	100%	100%	125%	175%	175%
Forfait journalier hospitalier (durée illimitée)		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire de 24€ pour les actes techniques lourds		Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière (1) en secteur conventionné ou non conventionné (par jour)		-	-	30 €	40 €	40 €	50 €	60 €
Frais de télévision (par jour, limité à 30 jours)		-	-	5 €	5 €	5 €	5 €	5 €
Séjour accompagnant d'enfant de moins de 17 ans ou d'une personne handicapée (par jour, maximum 30 jours par an)		-	-	40 €	40 €	40 €	40 €	40 €
Soins courants								
Honoraires médicaux : consultations, visites généralistes et spécialistes	DPTAM	100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
	Hors DPTAM	100%	100%	100%	100%	125%	175%	200%
Actes techniques médicaux, imagerie médicale	DPTAM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Hors DPTAM	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires paramédicaux, analyses et examens de laboratoire		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical (hors appareils auditifs) :	Prothèses médicales (hors aides auditives), petit appareillage (dont bas de contention)	100%	100%	125%	125%	150%	200%	250%
	Grand appareillage	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Médicaments :	Remboursés à 65% par la SS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Remboursés à 30% par la SS	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Remboursés à 15% par la SS	-	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Frais de transport	Remboursés par la SS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Non remboursés par la SS (2)	100 €	100 €	150 €	180 €	180 €	200 €	200 €
Cures thermales remboursés par la SS :	Frais d'établissement et honoraires	-	-	100%	100%	100%	100%	100%
	Frais de transport et d'hébergement (par an)	-	-	100% + 50€	100% + 100€	100% + 150€	100% + 200€	100% + 250€
Soins et prestations inopinés à l'étranger remboursés par la SS		100%	100%	100%	100%	150%	200%	250%
Dentaire								
Soins et prothèses du panier 100% santé*								
Frais réels								
Soins (dont Inlays, Onlays, scellement des sillons) remboursés par la SS		100%	100%	100%	125%	150%	200%	250%
Prothèse dentaires, Inlay-core et implantologie remboursés par la SS		125%	125%	150%	200%	300%	325%	350%
Orthodontie	Remboursées par la SS	125%	125%	150%	150%	200%	250%	250%
	Non remboursées par la SS (limitée à 3 ans) (3)	-	-	100€/semestre	100€/semestre	200€/semestre	300€/semestre	400€/semestre
Prothèses, Inlay core, parodontie, dents provisoires et implantologie non pris en charge par le régime de base (par an) (3)		-	-	50 €	100 €	150 €	200 €	250 €



Ma Mutuelle... en toute sérénité

Optique - Equipement (1 monture (5) + 2 verres) de classe A, B ou mixte (4). Dans la limite d'un équipement tous les deux ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue tous les ans								
Equipement du panier 100% santé* - Verres et monture de classe A (6)								
Frais réels								
Equipement à verres :	Simplex	100 €	100 €	200 €	200 €	250 €	320 €	350 €
	Complexes	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €	320 €	350 €
	Très complexes	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €	320 €	350 €
Equipement mixte :	Verre simple + verre complexe	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €	320 €	350 €
	Verre simple + verre très complexe	150 €	150 €	200 €	200 €	250 €	320 €	350 €
	Verre complexe + verre très complexe	200 €	200 €	200 €	200 €	250 €	320 €	350 €
Lentilles prescrites	Acceptées par la SS	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	Refusées par la SS, y compris lentilles jetables (par an)	100%	100%	75 €	100 €	150 €	200 €	250 €
Suppléments et prestations		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Chirurgie réfractive de la myopie (remboursement par an et par œil)		-	-	-	60 €	120 €	220 €	320 €
Aides auditives - Dans la limite d'un appareil par oreille tous les 4 ans								
Equipement du panier 100% santé* - Prothèses auditives : Aide auditive de classe I								
Frais réels								
Equipement et piles remboursées ou non par la SS (par an)		100%	100%	100% + 100€	100% + 200€	100% + 300€	100% + 700€	100% + 1000€
Autres prestations liées aux aides auditives		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Prévention								
Actes remboursés par la SS		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins et rappels du calendrier vaccinal prescrits (7), vaccination antigrippale		-	-	Frais réels				
Autres vaccins prescrits non remboursés par la SS (par an)		-	-	100 €	100 €	100 €	150 €	150 €
Examen et mesure de la densitométrie osseuse (par an)		-	-	100% +	100% +	100% +	100% +	100% +
Bilan nutritionnel (par an) (8)		-	-	75 €	75 €	75 €	75 €	75 €
Médecines douces (9), pédicure, podologue (par an)		-	60 €	60 €	80 €	100 €	130 €	150 €
Forfait sevrage tabagique (par an)		-	-	75 €	75 €	75 €	75 €	75 €
Protection judiciaire : expertise médicale								
Consultation d'un médecin expert en cas de renouvellement de la mesure non justifié par une demande expresse du Juge (par an)		-	10 €	10 €	20 €	30 €	40 €	50 €
Consultation d'un médecin expert inscrit sur la liste du Procureur de la République en cas de placement sous protection/aggravation de la mesure de protection/demande expresse du juge (par an)		-	75 €	75 €	75 €	100 €	125 €	160 €
Services								
Tiers payant (remboursements automatisés - télétransmission)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Assistance		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Durée limitée à 30 jours par an (exclue pour les établissements psychiatriques, établissements et unités spécialisés et la maternité).

(2) Remboursement uniquement dans un cadre médical.

(3) Pour les actes non pris en charge par le régime de base, adresser la facture ou la note d'honoraire précisant leur codification.

(4) Les règles de prise en charge des équipements dits « mixtes » comprenant à la fois des éléments de catégorie A et B sont précisées dans les Dispositions contractuelles

(5) Monture : la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique est au maximum de cent euros (100,00 €) - hors monture classe A.

(6) Prix limite de vente de la monture en classe A : 30 €

(7) Vaccins du calendrier vaccinal : diphtérie, tétanos, poliomyélite, rougeole, oreillons, rubéole, coqueluche, BCG, hépatite B, infections invasives à Haemophilus influenzae B (ex : méningite).

(8) Bilan réalisé chez un nutritionniste ou un diététicien.

(9) Ostéopathes, chiropracteurs, homéopathes, acupuncteurs, ergothérapeutes, psychomotriciens, psychothérapeutes, kinésithérapeutes (autres actes non pris en charge par le régime de base), musicothérapeutes, étioopathes, socio-esthéticiens, shiatsu, sophrologues, réflexologie plantaire.

11•8 LIMITES DE GARANTIES

11•8•1 Prestations non prises en charge

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- la faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire des prestations prouvée par la mutuelle ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement. De plus, ne sont pas pris en charge :
 - les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
 - les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements ;
 - les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours ; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
 - la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
 - les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

11•8•2 Interdiction de prise en charge

Les garanties sont responsables et ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 160-13 II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 160-13 III du Code de la Sécurité sociale ;
- les pénalités résultant du non respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Toutefois, en tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées dans les conditions prévues aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

11•9 LIMITE DES PRESTATIONS

Si le risque couvert par le contrat fait ou vient à faire l'objet d'autres assurances, le membre participant ou ses ayants droit doivent en faire la déclaration à la Mutuelle lors de l'affiliation et pendant la durée de celle-ci.

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat responsable conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

11•10 CONTROLE DES PRESTATIONS

La Mutuelle ou son gestionnaire, peut demander au bénéficiaire des prestations, par l'intermédiaire de son médecin conseil si besoin, tout renseignement ou document complémentaire qu'elle juge utile, et le cas échéant demander une expertise médicale, afin de permettre l'appréciation du droit aux prestations notamment en ce qui concerne le principe et la fréquence de l'engagement des dépenses et leur montant.

À peine de déchéance, le bénéficiaire des prestations doit lui communiquer sans délai ces informations et se soumettre à toute expertise médicale éventuelle. Le bénéficiaire des prestations a la possibilité de se faire accompagner lors de cette expertise médicale par un médecin de son choix agréé, habilité et inscrit pour exercer la médecine. Les frais et honoraires du médecin que le bénéficiaire des prestations a choisi, demeurent à sa charge. Lorsque les informations sont demandées par le médecin conseil, elles sont transmises soit directement sous pli confidentiel, soit par l'intermédiaire de son médecin.

La Mutuelle ou son gestionnaire peut également interroger la/les Caisse(s) Primaire(s) d'Assurance Maladie ou toute personne ayant réalisé une facturation de soins à l'encontre du bénéficiaire des prestations afin de confronter les décomptes et justificatifs fournis par ce dernier.

En fonction du résultat de ces contrôles, la Mutuelle ou son gestionnaire se réserve le droit de contester au regard des dispositions du présent contrat, la prise en charge des frais dont le remboursement est demandé ou qui a déjà été réalisé ou le montant de sa prise en charge.

De plus, en cas de fraude avérée, la mutuelle ou son gestionnaire :



Ma Mutuelle... en toute sérénité

- **procède à la demande de restitution des frais versés au bénéficiaire des prestations le cas échéant ;**

- **se réserve le droit de procéder à la radiation du bénéficiaire des prestations conformément aux statuts de la mutuelle et d'engager toute poursuite judiciaire qu'elle jugera utile.**

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire des prestations et le médecin conseil, les deux parties font appel à un troisième médecin pour les départager dans le mois suivant la décision rendue, et à l'avis duquel les parties doivent se ranger.

Faute d'accord sur le choix de ce médecin, un médecin est désigné par la juridiction compétente sur requête de la partie la plus diligente.

De convention expresse, le bénéficiaire des prestations reconnaît le droit de subordonner la mise en jeu de la garantie au respect de ces conditions. En cas de refus du bénéficiaire des prestations, la Mutuelle ou son gestionnaire pourra, s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

12• TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France métropolitaine (**hors Monaco**), dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Saint-Barthélemy et Saint-Martin **pour le territoire français**) et dans le monde entier lors de séjours n'excédant pas deux mois par an. L'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge et à la déclaration au régime de base en France (**hors Caisse des Français à l'étranger**). Le niveau des remboursements est défini, le cas échéant, dans le poste "Soins inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations.

Les règlements sont effectués en France et en Euros.

13• MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

13•1 TÉLÉTRANSMISSION

La Mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Ceci permet d'éviter l'envoi des décomptes papiers (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention "copie transmise pour information à votre organisme complémentaire"). Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les assurés sociaux inscrits.

Les assurés sociaux pour lesquels la télétransmission n'est pas opérationnelle doivent envoyer au gestionnaire de la mutuelle les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations des montants exprimés en euros, le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la Mutuelle les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles et les

prescriptions médicales. Dans tous les cas, la Mutuelle ou son gestionnaire peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

13•2 TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements, les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 160-10 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, aides auditives et Hospitalisation", la prise en charge évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit, et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

13•3 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France métropolitaine (**hors Monaco**) et dans les DROM (Martinique, Guadeloupe, Réunion, Guyane, Saint-Barthélemy et Saint-Martin **pour le territoire français**) dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les Caisses de Sécurité sociale, la Mutuelle assure la délivrance de prises en charge des frais engagés par le membre participant.

14• DISPOSITIONS DIVERSES

14•1 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle et d'Alptis Assurances est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

14•2 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par le gestionnaire de la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra



Ma Mutuelle... en toute sérénité

conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec la Mutuelle pendant cinq ans.

Enfin, vos données personnelles sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting ou d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement (sauf opposition). Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents du gestionnaire de la Mutuelle, ma Mutuelle, et, le cas échéant, les réassureurs, votre intermédiaire en assurance, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Le gestionnaire de la Mutuelle prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données vous concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de vous y opposer. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : GENERATION, Le Délégué à la Protection des données - Génération - 12 rue de Kerogan 29335 QUIMPER CEDEX ou dpo@generation.fr. Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Le gestionnaire de la Mutuelle se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

14•3 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le réclamant peut adresser une réclamation au gestionnaire de la Mutuelle, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- par Internet via l'adresse www.generation.fr et le formulaire « adresser une réclamation à Génération » ;
- par courrier Génération - Service collectif - 29080 QUIMPER Cedex 09
- par téléphone : 02 98 51 38 00 - Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30

Génération en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée avant) et répondra dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord avec la réponse apportée, le Délégué met à disposition du réclamant une cellule de Recours interne qui peut être saisie :

- par mail : conformite@generation.fr en indiquant dans l'objet « Demande de recours interne »

- par courrier : Génération - Service Conformité (votre n° adhérent) - 29080 Quimper Cedex 09

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le réclamant pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation auprès du Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à : consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP - Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris

Le réclamant doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties qui peuvent en toute liberté, saisir éventuellement le tribunal compétent.

14•4 PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la mutualité.

Article L. 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° 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. Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci (...).

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la

mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 221-12-1 du Code de la mutualité :
Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ; l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action 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 (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

14•5 SANCTIONS POUR FAUSSE DECLARATION

Les déclarations du souscripteur et des membres participants servent de base à la souscription de l'entreprise et à l'affiliation des membres participants. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte, faite lors de la souscription, de l'affiliation des membres participants ou de la déclaration de sinistre, les dispositions des articles L. 221-14, L. 221-15 du Code de la mutualité seront appliquées à l'ensemble du contrat collectif souscrit par l'entreprise.

Article L. 221-14 du Code de la mutualité :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle ou par l'union est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle ou l'union, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle ou à l'union qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article L. 221-15 du Code de la mutualité :

Pour les opérations individuelles et collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle ou l'union a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La mutuelle ou l'union restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du précédent alinéa.

14•6 SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations payées par elle, dans les droits et actions du bénéficiaire des prestations contre toute personne responsable d'une atteinte à sa personne entraînant le versement de prestations à caractère indemnitaire garanties en assurance, conformément aux dispositions du Code de la mutualité. Les prestations, revêtant un caractère indemnitaire, constituent une avance sur recours que la Mutuelle peut récupérer, au titre de son recours subrogatoire, sur le montant de l'indemnité pouvant être versée au bénéficiaire par toute personne tenue à réparation ou son assureur.

La Mutuelle renonce à toute action récursoire contre le souscripteur.

Miltis : assureur du contrat

25, cours Albert Thomas - 69003 LYON • www.mutuelle-miltis.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

N° IDU : FR331494_01NNDU

Génération : gestionnaire du contrat

SAS au capital de 102 766,40 € – 12 bis rue de Kérogan, 29080 Quimper Cedex 9 - Immatriculée sous le n° 410 069066 RCS Quimper et n° 07 000 842 ORIAS – www.orias.com

Solaé Prévoyance : distributeur du contrat

Intermédiaire d'assurance, concepteur et distributeur du contrat

SAS au capital de 26.660 € - RCS RENNES : 520 656 398 000 10 - Code NAF : 6622Z

Solaé Prévoyance est une entreprise de courtage et conseil en assurance - N°ORIAS : 10 054 505 - www.orias.fr

Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09

Solaé Prévoyance est une société Alptis. n° IDU : FR347432_03ZNAU