

NOTICE D'INFORMATION

LES GRANDS NAVIGATEURS CONTRAT FACULTATIF NON RESPONSABLE

Avec options

DESTINEE AUX ADHERENTS AFFILIES AUX CONTRATS
COLLECTIFS N°10062/2016/DS15, 10062/2016/
DS15AM, 10062/2016/DS15DOM A ADHESION
FACULTATIVE SOUSCRIT PAR L'ASSOCIATION A3P
AUPRES DE MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES

www.mutualia.fr


Entre nous, c'est humain

ATTESTATION DE REMISE DE NOTICE D'INFORMATION

A remettre à l'Association A3P souscriptrice du contrat collectif facultatif **LES GRANDS NAVIGATEURS (Marco Polo, La Perouse, Cartier, Vasco, Colomb, Magellan)**

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir reçu une Notice d'information sur les garanties frais de santé, objet du contrat collectif facultatif souscrit par l'Association A3P auprès de Mutuality, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de celle-ci.

Fait à :

Le :

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	4
ARTICLE 1 - OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION.....	4
ARTICLE 2 - CONTACTS UTILES	4
CHAPITRE II - ADHESION ET VIE DU CONTRAT.....	4
ARTICLE 3 - BÉNÉFICIAIRES ADMIS.....	4
ARTICLE 4 - MODALITÉS D'ADHÉSION.....	4
ARTICLE 5 - CHOIX ET CHANGEMENT DE GARANTIES.....	4
ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION	5
ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES	5
ARTICLE 8 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES	5
ARTICLE 9 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE MODIFICATION DE SITUATION PERSONNELLE	5
ARTICLE 10 - OBLIGATION DES MEMBRES PARTICIPANTS.....	5
ARTICLE 11 - ADHESION AUX RENFORTS OPTIONNELS SOUSCRITS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT	5
CHAPITRE III - CONDITIONS DE RÉSILIATION, DE RADIATION, DE DÉCHÉANCE ET DE RENONCIATION	6
ARTICLE 12 - RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT	6
ARTICLE 13 - RADIATION POUR NON PAIEMENT DES COTISATIONS	6
ARTICLE 14 - DÉCHÉANCE ET EXCLUSION	7
ARTICLE 15 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX ADHÉSIONS RÉALISÉES « HORS ÉTABLISSEMENT » OU « À DISTANCE ».....	7
CHAPITRE IV - COTISATIONS.....	7
ARTICLE 16 - FIXATION DES COTISATIONS	7
ARTICLE 17 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS.....	8
ARTICLE 18 - PAIEMENT DES COTISATIONS.....	8
CHAPITRE V - GARANTIES ET PRESTATIONS	8
ARTICLE 19 - PRESTATIONS GARANTIES.....	8
ARTICLE 20 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	9
CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES	9
ARTICLE 21 - PRESCRIPTION.....	9
ARTICLE 22 - SUBROGATION.....	9
ARTICLE 23 - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	9
ARTICLE 24 - TRAITEMENT DES RECLAMATIONS DES MEMBRES	9
ARTICLE 25 - MÉDIATION DES LITIGES À LA CONSOMMATION	10
ARTICLE 26 - CONTRÔLE MEDICAL	10
ARTICLE 27 - EXPERTISE MEDICALE.....	10
ARTICLE 28 - RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE	10
ARTICLE 29 - OMISSION OU DECLARATION INEXACTE DE L'ADHERENT.....	10
ARTICLE 30 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.....	10
ARTICLE 31 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX – FINANCEMENT DU TERRORISME	11
ARTICLE 32 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE.....	11
ARTICLE 33 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE.....	11
ARTICLE 34 - ATTEINTE AUX INTERETS DE LA MUTUELLE	11
ANNEXES.....	12
ANNEXE 1 – TABLEAUX DES GARANTIES	12
ANNEXE 2 – CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	24
ANNEXE 3 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ.....	26

NOTICE D'INFORMATION – LES GRANDS NAVIGATEURS NON RESPONSABLE

(Marco Polo, La Perouse, Cartier, Vasco, Colomb, Magellan)

PREAMBULE

Le contractant souhaite faire bénéficier les personnes adhérentes à l'Association A3P d'une couverture complémentaire santé de qualité. Pour réaliser cet objectif, l'Association A3P a fait le choix de souscrire un contrat collectif à adhésion facultative auprès de Mutualia Territoires Solidaires, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 75 Avenue Gabriel Péri, 38400 Saint Martin d'Hères. L'Association A3P est dénommée ci-après « le Souscripteur », Mutualia Territoires Solidaires « la Mutuelle » et la personne affiliée au contrat « Adhérent » ou « Membre Participant ».

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION

Le contrat à adhésion facultative a pour objet de proposer des garanties de protection sociale complémentaire portant sur le risque « santé » au bénéfice des personnes adhérentes à l'Association A3P souscriptrice, relevant du territoire d'exercice de la Mutuelle.

Ce contrat n'applique pas les interdictions et les limitations de prise en charge définies par la réglementation des contrats dits « responsables ». Le présent document constitue la Notice d'information prévue à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité.

La présente notice définit les garanties prévues par le contrat, leurs modalités d'application, les modalités à accomplir en cas de réalisation et précise les engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant et la Mutuelle. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

La Mutuelle met à la disposition de l'Association A3P souscriptrice dont vous êtes membre, la présente Notice d'information, qu'elle est tenue de vous remettre accompagnée des statuts, du document d'information sur le produit d'assurance (IPID) et le cas échéant, du règlement intérieur de la Mutuelle.

Enfin, et avant la souscription du contrat, la Mutuelle devra formaliser par écrit le conseil délivré au souscripteur par l'intermédiaire d'une fiche Devoir de Conseil qui sera dûment complétée et signée par ce dernier.

La présente notice est établie en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au jour de sa réalisation par la Mutuelle. Elle pourra, conformément au Code de la Mutualité, être modifiée dans les conditions prévues au présent document en fonction, notamment, des évolutions législatives et réglementaires.

En cas de modification de la présente notice et conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur remettra au Membre Participant une notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle. La Mutuelle tient à disposition des Membres Participants la Notice d'information qu'elle pourra leur communiquer via tout support durable.

ARTICLE 2 - CONTACTS UTILES

- Siège social de la Mutuelle : Mutualia Territoires Solidaires - 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES.
- Diffusion Santé : société de courtage dont le siège social est situé au 470, rue des Grillères 01580 MATAFELON-GRANGES
- Service de gestion : votre contrat est géré par GMC HENNER, qui sera votre interlocuteur pour toute question relative aux modalités pratiques (modifications administratives, renseignements, remboursements,...) GMC HENNER : Unité de Gestion n°38 1, rue Marcel Paul 44019 NANTES CEDEX 1
Tél : 02 51 88 76 38 gmcg.ug38@henner.fr

CHAPITRE II - ADHESION ET VIE DU CONTRAT

ARTICLE 3 - BÉNÉFICIAIRES ADMIS

Peuvent exclusivement adhérer au présent contrat, les personnes adhérentes à l'Association A3P. Les personnes physiques pouvant bénéficier des prestations en qualité d'ayant droit, sont définies par les Conditions Particulières.

Il n'existe pas de limite d'âge à l'adhésion à l'assurance complémentaire santé.

ARTICLE 4 - MODALITÉS D'ADHÉSION

Conformément à l'article L. 221-4 du Code de la Mutualité, le Membre Participant se voit remettre un bulletin d'adhésion le document d'information sur le produit d'assurance (IPID), les statuts de la Mutuelle et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle.

Le Membre Participant se voit également remettre la fiche devoir de conseil.

L'adhésion au contrat n'est possible que si le Membre Participant retourne à la Mutuelle le bulletin d'adhésion signé, accompagné des pièces indiquées sur le bulletin.

Le futur Membre Participant s'engage à renseigner avec précision et exactitude toutes les informations demandées sur le bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par le Membre Participant emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définies par la présente notice et le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle.

La notion de signature recouvre tant la signature manuscrite apposée sur le bulletin d'adhésion, que la signature électronique, dans le cas d'une souscription par voie électronique.

Le rattachement de l'ayant droit est concrétisé par la signature du même bulletin d'adhésion. En cas de demande d'adhésion des ayants droit, postérieure à celle du Membre Participant, un nouveau bulletin d'adhésion doit être adressé à la Mutuelle.

Le Membre Participant doit être en mesure de fournir, à tout moment, les documents permettant de justifier de la qualité d'ayants droit.

L'enregistrement de l'adhésion est matérialisé par l'envoi d'une carte mutualiste de Tiers Payant.

ARTICLE 5 - CHOIX ET CHANGEMENT DE GARANTIES

Article 5-1 - Choix initial des garanties

Les formules proposées par la Mutuelle sont présentées en annexe 1 du présent document.

A la souscription, l'adhérent procède au choix de sa formule au moyen d'un bulletin d'adhésion. Il peut également affilier ses ayants droit admis par la Mutuelle au moyen du bulletin d'adhésion.

Article 5-2 - Modification des garanties

Le Membre Participant peut procéder à un changement de formule en adressant une demande écrite à la Mutuelle en remplissant à cette fin, un nouveau bulletin d'adhésion.

Le changement des garanties, à la hausse ou à la baisse, n'est pas autorisé en cours d'année.

La demande doit être adressée à la Mutuelle au moins 2 mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 31 octobre de l'année. Elle prend alors effet, le 1^{er} janvier suivant la demande.

Par dérogation, le changement des garanties à la baisse, est autorisé en cours d'année s'il est justifié par des circonstances économiques. Il fait alors l'objet d'une étude et décision expresse de la Mutuelle et prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

Il est précisé que toute diminution des garanties de base s'effectue par palier. Ainsi, le changement de garanties à la baisse, concerne exclusivement un niveau immédiatement inférieur, sauf dérogation accordée par la Mutuelle.

Tout autre changement est autorisé sous réserve de rester au moins une année calendaire dans la nouvelle formule avant tout autre changement.

ARTICLE 6 - PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

• Pour le Membre Participant

Sous réserve de l'accomplissement des formalités d'adhésion et du paiement de la cotisation correspondante, l'adhésion à la garantie de base prend effet le 1^{er} jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée au même bulletin.

Le cas échéant, l'adhésion aux éventuelles garanties optionnelles, prend effet :

- à la date de prise d'effet de la garantie de base, si la demande d'adhésion au renfort ou au forfait se fait simultanément ;
- au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande d'adhésion au renfort, si la demande de souscription au renfort ou au forfait se fait ultérieurement et sous réserve d'un préavis de 2 mois.

L'adhésion à la garantie souscrite par l'adhérent est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

• Pour les ayants droit

L'adhésion des ayants droit au contrat prend effet :

- à la même date que celle du Membre Participant, si la demande se fait simultanément ;
- au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du bulletin d'adhésion, si la demande se fait ultérieurement
- à la date de modification de la situation familiale du Membre Participant (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès d'un conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge), dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai de 3 mois à compter de la date de l'évènement.

ARTICLE 7 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

• Pour le Membre Participant

Les garanties souscrites auprès de la Mutuelle s'appliquent à partir de la date d'effet de l'adhésion, tel que présenté à l'article 6 du présent document.

ARTICLE 8 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

La garantie cesse à la résiliation de l'adhésion. La cessation de l'adhésion, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet la perte immédiate des prestations pour le Membre Participant et ses ayants droit éventuels.

• Pour le Membre Participant

L'adhésion au contrat prend fin pour le Membre Participant :

- à la date de prise d'effet de la résiliation de l'adhésion ;
- à la date où le Membre Participant ne justifie plus de son appartenance au Souscripteur ;
- à la date où le Membre Participant ne répond plus aux conditions prévues aux Conditions Particulières ;
- à la date de décès du bénéficiaire, selon les dispositions prévues à l'article 9, du présent document ;
- en cas de défaut de paiement des cotisations, conformément à la procédure prévue à l'article 13 du présent document.

• Pour les ayants droit

L'adhésion des ayants droit prend fin :

- à la date de cessation de l'adhésion du Membre Participant ;
- à la date de décès du bénéficiaire, selon les dispositions prévues à l'article 9, du présent document ;
- au 1^{er} janvier suivant la date de demande de radiation, en cas de demande de radiation intervenant avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit au sens des Conditions Particulières.

ARTICLE 9 - DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE MODIFICATION DE SITUATION PERSONNELLE

Article 9-1 - Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

Tout changement administratif d'ordre familial et social (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, concubinage, PACS (pacte civil de solidarité), Changement de régime de base de Sécurité sociale ou de régime local d'assurance maladie complémentaire (Alsace-Moselle), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte bancaire, changement de statut professionnel, cessation d'activité etc.) doit être signalé dans les 3 mois suivants la date de l'évènement, qu'il s'agisse du Membre Participant lui-même ou des membres de sa famille affiliés à la Mutuelle de son chef. La prise d'effet interviendra au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la notification auprès de la Mutuelle.

Article 9-2 - Décès d'un bénéficiaire

En cas de décès d'un bénéficiaire (Membre Participant ou ayant droit), le certificat de décès doit être produit dans un délai d'un mois suivant le décès. Sa radiation intervient à la date du décès.

Les bénéficiaires rattachés au Membre Participant décédé restent garantis de plein droit jusqu'à l'échéance de paiement de la dernière cotisation encaissée. Ils ont ensuite la faculté de devenir Membres Participants.

ARTICLE 10 - OBLIGATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Les Membres Participants quittant la Mutuelle pour quelque cause que ce soit doivent retourner à la Mutuelle leur Carte mutualiste de Tiers Payant et celle(s) de leur(s) ayant(s) droit. Les bénéficiaires doivent impérativement mettre à jour leur carte vitale de façon à mettre à jour leurs droits à la complémentaire santé.

ARTICLE 11 - ADHESION AUX RENFORTS OPTIONNELS SOUSCRITS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Article 11-1 - Conditions et modalités d'adhésion

Peuvent exclusivement adhérer aux renforts optionnels, les Membres Participants qui ont souscrit au socle de base.

En effet, parallèlement à la garantie choisie par le Souscripteur, les Membres Participants ont la possibilité d'améliorer leur niveau de garantie en souscrivant à une garantie optionnelle prévue par le présent contrat.

Le Membre Participant peut opter pour le ou les renfort(s) optionnel(s) proposé(s) en remplissant la partie qui lui est dédiée au Bulletin d'adhésion.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule choisie par le membre participant.

La formule choisie sur le Bulletin d'adhésion est également indiquée sur la carte d'adhérent.

Article 11-2 - Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion du Membre Participant et le cas échéant, de ses ayants droit aux renforts optionnels prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- à la date d'adhésion au Socle de base, lorsque la demande d'adhésion à un Renfort est concomitante à la demande d'adhésion au Socle de base ;
- à la date de modification de la situation familiale du salarié (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès d'un conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclarée à la Mutuelle dans un délai de 3 mois ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur celle-ci et coïncidant au 1^{er} jour d'un mois, dans les autres cas.

L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année. Elle se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 11-3 - Fin de l'adhésion

L'adhésion au renfort optionnel souscrit par le Membre Participant prend fin pour le Membre Participant et ses éventuels ayants droit en cas de :

- **Perte des conditions d'adhésion au socle de base**

L'adhésion du Membre Participant et le cas échéant, de ses ayants droit, au renfort optionnel est indissociable de l'adhésion au socle de base ; elle prend donc automatiquement fin à la date à laquelle l'adhésion au socle de base prend elle-même fin et ce quelle qu'en soit la cause.

- **Résiliation annuelle**

Le Membre Participant, a la possibilité de résilier son adhésion à un renfort optionnel auprès de la Mutuelle. La demande de résiliation doit être adressée :

- **annuellement par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au plus tard avant le 31 octobre de chaque année pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante**
- **à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation pour une prise d'effet un mois après réception de la notification par la mutuelle (L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la Mutualité).**

La résiliation de l'adhésion du Membre Participant à un renfort optionnel choisi emporte également celle de ses ayants droit.

- **Résiliation en cas de modification des renforts optionnels**

En cas de modification de ses droits et obligations, le Membre Participant peut résilier son adhésion au renfort optionnel dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité.

L'adhésion prend alors fin le dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle reçoit la lettre de résiliation ou, si cette date est postérieure, à la date d'effet des modifications notifiées par la Mutuelle.

- **En cas de non-paiement des cotisations**

Le renfort optionnel prend également fin en cas de non-paiement des cotisations afférentes, dans les conditions prévues à l'article 13 « Radiation pour non paiement des cotisations » ci-après.

De plus, l'adhésion des ayants droit cesse à la date à laquelle ils ne répondent plus à la qualité d'ayant droit au sens du contrat et en tout état de cause, à la date à laquelle cesse l'adhésion du Membre Participant.

L'extension facultative des garanties aux ayants droit, éventuellement souscrite par le membre participant, prend fin dans les mêmes conditions que celles prévues pour le renfort optionnel. Dans ce cas, il y a lieu d'entendre « extension des garanties » là où est mentionné « renfort optionnel ».

CHAPITRE III - CONDITIONS DE RÉSILIATION, DE RADIATION, DE DÉCHÉANCE ET DE RENONCIATION

ARTICLE 12 - RÉSILIATION PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

La résiliation à l'initiative du Membre Participant est appelée démission. Elle peut intervenir à l'échéance annuelle ou à titre exceptionnel. **La démission, impliquant la radiation du Membre Participant, entraîne nécessairement la radiation de l'adhésion de ses ayants droit.**

Article 12-1 - Résiliation annuelle par le Membre Participant

La démission ne dispense pas le Membre Participant du paiement de l'intégralité de la cotisation due jusqu'à la fin de l'année en cours.

Le Membre Participant, a la possibilité de résilier son adhésion auprès de la Mutuelle. La demande de résiliation doit être adressée :

- **annuellement par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au plus tard avant le 31 octobre de chaque année pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante**
- **à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de son affiliation pour une prise d'effet un mois après réception de la notification par la mutuelle (L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la Mutualité).**

Article 12-2 - Résiliation en cas de modification du contrat

En cas de modification de ses droits et obligations, le Membre Participant a la possibilité de résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice informant de ces modifications, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

L'adhésion prend alors fin le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle de la lettre de résiliation.

Article 12-3 - Résiliation exceptionnelle en cours d'année

A titre exceptionnel, un Membre Participant peut demander la résiliation de sa garantie, ou de celle d'un ayant droit, en cours d'année s'il répond, ou son ayant droit, à l'un des cas suivants :

- être bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire, sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle ;
- être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif, sous réserve de fournir une attestation à La Mutuelle ;
- en cas de survenance d'un changement de domicile, de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, ou en cas de changement de profession, sous réserve cependant que la modification de situation ait entraîné une modification de l'objet de la garantie pour la Mutuelle.

La demande de résiliation exceptionnelle doit être formulée par écrit et justifiée, puis adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. **La résiliation prend effet le premier jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs associés.**

Seule la résiliation exceptionnelle ouvre droit au remboursement par la Mutuelle des cotisations éventuellement versées au-delà de la période pour laquelle le risque n'a pas couru (période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation).

La démission ne dispense pas le Membre Participant du paiement de l'intégralité de la cotisation du mois en cours.

ARTICLE 13 - RADIATION POUR NON PAIEMENT DES COTISATIONS

Le non-paiement des cotisations peut entraîner la résiliation de l'adhésion. La résiliation à l'initiative de la Mutuelle est appelée radiation. A défaut de paiement par le Membre Participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues 30 jours après la date d'envoi de la mise en demeure au Membre Participant.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après le délai de 30 jours mentionné ci-dessus.

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

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement

ARTICLE 14 - DÉCHÉANCE ET EXCLUSION

Les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle peuvent être exclus dans les conditions précisées aux statuts. Dans le cas de fraude ou de tentative de fraude caractérisée en vue de bénéficier indûment des avantages de la Mutuelle, le Conseil d'Administration peut, après avoir recueilli les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations et se réserve en outre, la possibilité de procéder à son exclusion.

ARTICLE 15 - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX ADHÉSIONS RÉALISÉES « HORS ÉTABLISSEMENT » OU « À DISTANCE »

La Mutuelle reconnaît aux Membres Participants un droit de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage conformément aux articles L. 221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité et dans les conditions définies ci-dessous.

Article 15-1 - Vente à distance

Le Membre Participant qui a adhéré exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance (par exemple vente web/ internet, vente par correspondance, téléphone) dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations prévues à l'article L. 222-6 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au point précédent.

Pour les adhésions renouvelables par tacite reconduction, ce droit de renonciation ne s'applique qu'à l'adhésion initiale.

La prise d'effet de l'adhésion est retardée jusqu'à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus, sauf si le Membre Participant demande à la Mutuelle à bénéficier d'une prise d'effet antérieure à leur expiration. La date d'effet indiquée lors de l'adhésion est prise en compte à cette fin.

Le Membre Participant qui a demandé une prise d'effet de son adhésion antérieure à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus reste redevable d'une somme égale au montant de la cotisation annuelle divisée par le nombre de jours séparant la prise d'effet de l'adhésion, de l'exercice de la renonciation.

En cas de renonciation dans les délais ci-dessus, la Mutuelle restituera au Membre Participant les cotisations versées, dans les trente jours de la réception de sa renonciation, diminuées de la quote-part correspondante à la durée de la garantie dont il a bénéficié si le Membre Participant avait demandé une prise d'effet anticipée de son adhésion. La Mutuelle lui versera en outre, en cas de retard, des intérêts au taux légal à compter du trente-et-unième jour suivant cette renonciation.

Article 15-2 – Démarchage

Tout Membre Participant qui a fait l'objet d'un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, même à sa demande, a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai légal met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée. En cas de renonciation, le Membre Participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser au Membre Participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit un intérêt au taux légal.

Article 15-3 - Perte du droit à renonciation

Que ce soit dans le cadre d'un démarchage ou d'une vente à distance, dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le Membre Participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si le Membre Participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Modèle de lettre de renonciation

Objet : lettre de renonciation – lettre recommandée avec AR

Madame, Monsieur,

Je soussigné (nom - prénoms) _____, déclare renoncer à mon adhésion au contrat souscrit auprès de Mutualia, conclu à distance ou dans le cadre d'un démarchage.

Mon adhésion prendra fin à la date de réception, par votre organisme, de la présente lettre de renonciation, conformément au dispositif de renonciation applicable et décrit au sein de ma notice.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

En vous en remerciant par avance je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à _____, le _____

Signature

CHAPITRE IV - COTISATIONS

Les garanties sont acquises moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle, trimestrielle ou annuelle, pour chaque bénéficiaire assuré.

ARTICLE 16 - FIXATION DES COTISATIONS

S'agissant des ayants droit relevant du Régime Maladie Obligatoire d'Alsace-Moselle, un tarif spécial leur est appliqué.

Il est précisé que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé (aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin), de la nature de l'emploi et du sexe de l'adhérent. En revanche, elles peuvent, dans ce cadre, être modulées dans les conditions de l'article L. 110-2 du Code de la Mutualité. Tout changement de situation sur le fondement des critères précédemment définis peut entraîner une modification de la cotisation correspondante. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux Membres Participants.

Conformément à l'article L. 871-1, 1er alinéa du Code de la Sécurité sociale, et à la loi n° 2019-733 du 14/07/2019, la Mutuelle communique avant la souscription et annuellement au Souscripteur couvert par une garantie assurant le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, les éléments à prendre en compte pour le calcul des ratios Prestations sur cotisations et des frais de gestion ainsi que les ratios, exprimés en pourcentage :

- entre le montant des prestations versées et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes à ces garanties au titre de l'ensemble de son portefeuille d'affaires directes, brutes de réassurance
- entre le montant total des frais de gestion au titre de ces mêmes garanties et le montant des cotisations ou primes hors taxes afférentes.

ARTICLE 17 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les contrats de la gamme LES GRANDS NAVIGATEURS font l'objet d'une mutualisation des résultats au sein du portefeuille de la Mutuelle. Ils suivent les évolutions tarifaires fixées par celle-ci et celles prévues à l'article 8 des conditions générales.

Les cotisations des Membres Participants sont fixées pour l'année civile. Elles peuvent être modifiées, en cours d'année, dans les conditions prévues aux Statuts de la Mutuelle.

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels les garanties souscrites pourraient être assujetties et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge de l'Adhérent et sont payables en même temps que les cotisations.

ARTICLE 18 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues par le Membre Participant qui les règle directement auprès de la Mutuelle.

Elles sont appelées via un bordereau de cotisation annuel. Le paiement des cotisations se fait à échoir (en début de période), selon les modalités définies sur le bulletin d'adhésion.

CHAPITRE V - GARANTIES ET PRESTATIONS

ARTICLE 19 - PRESTATIONS GARANTIES

Article 19-1 - Nature des prestations remboursées

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer aux bénéficiaires, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, en complément ou en supplément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire.

Ce contrat n'applique pas les interdictions et les limitations de prise en charge définies par la réglementation des contrats dits « responsables ».

Les prestations prévues par chaque formule sont détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe. L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires, ne donnent pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés en annexe.

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant les taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat.

Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué, sauf pour les équipements optiques et prothèses auditives où les remboursements incluent la part de l'Assurance Maladie Obligatoire. Sauf précisions contraires, les prestations forfaitaires sont accordées par année civile.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

Toute modification des bases de remboursement et/ou taux de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire ne pourra avoir pour conséquence d'augmenter les engagements de la Mutuelle. Ces prestations resteront en niveau, comme en montant, tel que définis avant ces modifications.

Article 19-2 - Étendue territoriale

Le champ géographique de la Mutuelle est déterminé par ses statuts. **En France et à l'étranger, la Mutuelle intervient au profit des Membres Participants et de leurs ayants droit en complément de la Sécurité sociale française si les bénéficiaires sont affiliés ou rattachés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français, dans les limites des garanties souscrites et conditions définies par la présente notice. Le Membre Participant peut se faire soigner en France, comme dans tout autre pays du monde.**

En cas de séjour à l'étranger, les taux et bases de remboursement appliqués par la Mutuelle sont identiques à ceux pratiqués en France, par l'Assurance Maladie Obligatoire française. **La Mutuelle intervient sur présentation de justificatifs** uniquement dans les cas où l'Assurance Maladie Obligatoire française **intervient**. Les soins dispensés dans établissements de santé non conventionnés avec l'Assurance Maladie Française feront l'objet d'une prise en charge sur la base et taux d'un remboursement appliqués par le régime obligatoire français pour les établissements non conventionnés.

Le règlement des prestations est effectué en France Métropolitaine et en euros.

Article 19-3 - Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée à l'annexe.

Les soins de toutes natures, dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet du contrat, ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Article 19-4 - Limite de remboursement – Principe indemnitaire

Conformément à l'article L 224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les 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 ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 19-5 - Pluralité d'organismes assureurs

En cas de pluralité d'organismes assureurs, les garanties de même nature contractées auprès de ces organismes, garantissant le membre participant et ses ayants droit le cas échéant, produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Ainsi, si le Membre Participant souscrit auprès de plusieurs organismes assureurs des contrats ou règlements mutualistes pour un même intérêt contre un même risque, il doit informer immédiatement la Mutuelle, de l'existence de cette pluralité, en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des organismes assureurs le garantissant contre le même risque que celui couvert par la Mutuelle.

Il devra ensuite lui fournir les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'impression des décomptes du Régime Obligatoire ainsi que les décomptes originaux du ou des organisme(s) d'assurance complémentaire santé, pour obtenir le remboursement des prestations.

Celles-ci seront versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par le ou les organisme(s) assureur(s) dans les limites précédemment exposées et des frais réellement engagés par le membre participant ou le cas échéant son ayant droit.

Article 19-6 - Fixation et évolution des garanties

La présente notice est établie en fonction de la législation et de la réglementation en vigueur au jour de sa réalisation par la Mutuelle. Elle pourra, conformément au Code de la Mutualité, être modifiée dans les conditions prévues au présent document, en fonction notamment, des évolutions législatives et réglementaires. En cas de modification de la présente notice, le Souscripteur est tenu de remettre au Membre Participant la notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle.

Article 19-7 - Garantie assistance

La garantie assistance « Mutualia Assistance » est en inclusion dans toutes les formules du contrat. Les services et leurs conditions d'application sont décrits dans une Notice d'information spécifique, remise au Membre Participant par le Souscripteur.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par la Mutuelle. Toutes les modifications seront notifiées au Souscripteur qui devra en informer le Membre Participant.

ARTICLE 20 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 20-1 - Pièces justificatives à fournir

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations, au vu des décomptes originaux de la Sécurité sociale ou au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires. :

Pour les prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire, dans le cas où elles sont prévues à la garantie, la Mutuelle intervient uniquement sur prescription et sur présentation de toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé :

- notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas et ;
- notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.

Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie, un justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation est nécessaire.

Néanmoins, tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée nominative.

Article 20-2 - Tiers payant

Les prestations garanties sont versées soit directement aux bénéficiaires, soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant). Dans le cas où les Membres Participants et le cas échéant, leurs ayants droit assurés s'adressent à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité.

La Carte mutualiste de Tiers Payant remise au Membre Participant permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours qui suivent la cessation de l'adhésion.

Article 20-3 - Envoi des demandes de remboursement

Les demandes de remboursement doivent être adressées à votre organisme gestionnaire dont l'adresse figure sur la Carte mutualiste de Tiers Payant.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 21 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, 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 ce jour-là.

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

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 accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique, adressé par la Mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

ARTICLE 22 - SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Membres Participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Si la victime a été directement et entièrement indemnisée par le tiers en cause, le reversement des prestations versées par La Mutuelle est exigé.

La victime, qui par négligence ou abandon volontaire rend la récupération impossible, est tenue de rembourser les prestations perçues de La Mutuelle.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le Membre Participant et ses ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité, totale ou partielle, d'un tiers.

Le Membre Participant envoie, dans ce cadre, sa déclaration à l'adresse indiquée à l'article 2 « contacts utiles » du présent document.

ARTICLE 23 - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

En cas de modification de la présente notice et conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur remettra au Membre Participant une notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle. La Mutuelle tient à disposition des Membres Participants la Notice d'information qu'elle pourra leur communiquer via tout support durable.

ARTICLE 24 - TRAITEMENT DES RECLAMATIONS DES MEMBRES

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ou un désaccord envers la Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées à votre conseil habituel.

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant directement à la Mutuelle en adressant un courrier au service réclamation de la Mutuelle, à l'adresse figurant à l'article 2 du présent document.

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont la Mutuelle le tiendrait informé.

ARTICLE 25 - MÉDIATION DES LITIGES À LA CONSOMMATION

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relatives à la « médiation des litiges de la consommation », la Mutuelle propose pour ses Membres Participants un dispositif gratuit de médiation de la consommation.

Ce dispositif est ouvert au Membre Participant pour tous litiges portant sur l'exécution du présent contrat, dès lors :

- que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 26 du présent document et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;
- que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.

Le médiateur proposé dans ce cadre est MEDICYS. Il peut être joint par :

- voie électronique : www.medicys.fr ;
- ou par voie postale : **MEDICIS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 PARIS.**

Les parties restent cependant libres de se retirer à tout moment de la médiation.

La solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties à la médiation, qui sont libres de l'accepter.

ARTICLE 26 - CONTRÔLE MEDICAL

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées en la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ ou à des bonnes pratiques de soins.

Le contrôle s'effectue sur les pièces justificatives fournies par l'adhérent et peut, le cas échéant, donner lieu à une expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ ou se soumettre à l'expertise médicale, la Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de soins.

ARTICLE 27 - EXPERTISE MEDICALE

Les différends d'ordre médical auxquels peuvent donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, l'adhérent pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais. En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de la Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour la Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination.

ARTICLE 28 - RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la Mutuelle 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, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Une telle réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des prestations, la mutuelle en poursuit le recouvrement.

ARTICLE 29 - OMISSION OU DECLARATION INEXACTE DE L'ADHERENT

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, 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.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au Membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue au Membre participant, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où les garanties ne courent plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant, par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 30 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat souscrit auprès de la Mutuelle ainsi que pour l'organisation de sa vie institutionnelle réglementée par les dispositions statutaires, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016.

La Mutuelle, en tant que responsable du traitement, recueille différentes informations qui font l'objet de différents traitements de données à caractère personnel et dont les finalités consistent à effectuer des opérations nécessaires à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat.

En outre, les informations recueillies seront susceptibles d'être également utilisées dans le cadre :

- Des opérations de recouvrement et de contentieux ;
- De la prospection commerciale ;
- De lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales,
- De toute autre finalité qui pourrait être définie sur nos supports.

Les Membres Participants, sauf opposition de leur part, sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle ou de ses partenaires, pour des produits et services analogues.

Les destinataires des données sont la Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé.

Ces informations sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservations et de prescriptions légaux. Elles peuvent également être conservées pendant une période de trois ans maximum à compter de l'extinction du contrat à des fins de prospection commerciale (sous réserve d'opposition).

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), les Membres Participants, ainsi que leurs ayants droit, disposent d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé :

- par courriel : delegue-protection-donnees@mutualia.fr
- par voie postale : **Mutualia - 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY.**

Les Membres Participants disposent également d'un droit à réclamation, en matière de protections de données personnelles, auprès de la CNIL à l'adresse suivante : **3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07** ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> après ou en l'absence de réponse de la Mutuelle, si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

ARTICLE 31 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX – FINANCEMENT DU TERRORISME

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance n° 2016-1635 du 1er décembre 2016 codifiées aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

ARTICLE 32 - LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Les membres participants ou leurs ayants droit qui se rendent coupables de fraude ou de tentative de fraude caractérisée, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations, en vue de bénéficier indûment des avantages de la Mutuelle peuvent être exclus de la mutuelle.

Celle-ci se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi.

ARTICLE 33 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est à ce jour, l'**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.**

ARTICLE 34 - ATTEINTE AUX INTERETS DE LA MUTUELLE

Les membres participants ou leurs ayants droit qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de La Mutuelle peuvent en être exclus dans les conditions précisées aux statuts.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO NR

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	125%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	125%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 125% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	125%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	125%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription (1)	-	30 € / an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	125%
Analyses et examens de laboratoire (2)	60%	175%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (3)	65%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	150%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	20 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	200 €
Optique (6)		
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	RSS + 100€
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	RSS + 100€
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	RSS + 100€
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	50 € / an
Chirurgie réfractive	-	100 € / oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay)	70%	150%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (9)	70%	150%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	150%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (11)	0% à 100%	150%
Implantologie (12)	-	206 € / an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	150%
Cures thermales (13)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	100 € / an
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MARCO POLO NR

Régime
obligatoire (RO)

Régime obligatoire + Mutualia

Bien-être		
- Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 € / an
- Médecines douces (15)		
- Acupuncteur	-	
- Chiropracteur	-	
- Diététicien	-	
- Étiope	-	
- Ostéopathe	-	
- Pédiacre-Podologue	-	105 € / an
- Psychomotricien	-	
- Psychologue	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Remboursable sur facture acquittée avec mention de la TVA. Les médicaments pris en charge pour ce poste sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

(2) 90% des FR limité à 175% BR en secteur non conventionné.

(3) Uniquement dans le cadre d'une hospitalisation.

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.

(5) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.

(7) Max monture : 50€

(8) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€

Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1200€

(9) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).

(10) Base de Remboursement Reconstituée : 120€.

(11) Base de remboursement reconstituée : 193.50€

(12) pilier+implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO

(13) Uniquement si prise en charge par le RO.

(14) Substituts nicotiques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

(15) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (21€/séance - soit 5/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étiope inscrits au Registre National des Étiope et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE NR

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 175% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription (1)	-	30 € / an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Analyses et examens de laboratoire (2)	60%	175%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (3)	65%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	175%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	250%
Frais de séjour	80% à 100%	250%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 250%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	20 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	347 €
Optique (6)		
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	RSS + 160€
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	RSS + 160€
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	RSS + 160€
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	80 € / an
Chirurgie réfractive	-	100 € / oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay)	70%	175%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (9)	70%	150%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	150%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (11)	0% à 100%	150%
Implantologie (12)	-	206 € / an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	175%
Cures thermales (13)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	6% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : LA PEROUSE NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 € / an
- Médecines douces (15)		105 € / an
- Acupuncteur	-	
- Chiropracteur	-	
- Diététicien	-	
- Étiope	-	
- Ostéopathe	-	
- Pédiacre-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologue	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Remboursable sur facture acquittée avec mention de la TVA. Les médicaments pris en charge pour ce poste sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

(2) 90% des FR limité à 175% BR en secteur non conventionné.

(3) Uniquement en cas d'hospitalisation.

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.

(5) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.

(7) Max monture : 80€

(8) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€

Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1200€

(9) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).

(10) Base de Remboursement Reconstituée : 120€.

(11) Base de remboursement reconstituée : 193.50€

(12) pilier+implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO

(13) Uniquement si prise en charge par le RO.

(14) Substituts nicotiques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

(15) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (21€/séance - soit 5/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étiope inscrite au Registre National des Étiope et membres de l'Institut Français d'étiope.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021

GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER NR

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	175%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 175% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	175%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription (1)	-	40 € / an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	175%
Analyses et examens de laboratoire (2)	60%	175%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (3)	65%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	175%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	40 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	20 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	347 €
Optique (6)		
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	RSS + 240€
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	RSS + 240€
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	RSS + 240€
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	120 € / an
Chirurgie réfractive	-	150 € / oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay)	70%	175%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (9)	70%	200%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	150%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (11)	0% à 100%	150%
Implantologie (12)	-	310 € / an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	175%
Cures thermales (13)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	11% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : CARTIER NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 € / an
- Médecines douces (15)		125 € / an
- Acupuncteur	-	
- Chiropracteur	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathe	-	
- Ostéopathe	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologue	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Remboursable sur facture acquittée avec mention de la TVA. Les médicaments pris en charge pour ce poste sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

(2) 90% des FR limité à 175% BR en secteur non conventionné.

(3) Uniquement en cas d'hospitalisation.

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.

(5) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.

(7) Max monture : 120€

(8) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€

Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1300€

(9) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).

(10) Base de Remboursement Reconstituée : 120€.

(11) Base de remboursement reconstituée : 193.50€

(12) pilier+implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO

(13) Uniquement si prise en charge par le RO.

(14) Substituts nicotiques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

(15) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (25€/séance - soit 5/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO NR

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	250%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	250%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 250% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	250%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	250%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription (1)	-	50 € / an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	250%
Analyses et examens de laboratoire (2)	60%	250%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (3)	65%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	225%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	60 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	40 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	394 €
Optique (6)		
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	RSS + 425€
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	RSS + 425€
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	RSS + 425€
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	189 € / an
Chirurgie réfractive	-	200 € / oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay)	70%	250%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (9)	70%	250%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	250%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (11)	0% à 100%	250%
Implantologie (12)	-	413 € / an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	225%
Cures thermales (13)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	12% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : VASCO NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiniques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 € / an
- Médecines douces (15)		
- Acupuncteur	NOTICE D'INFORMATION – LES GRANDS NAVIGATEURS NR- VERSION 2021	
- Chiropracteur	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathe	-	
- Ostéopathe	-	
- Pédicure-Podologue	-	150 € / an
- Psychomotricien	-	
- Psychologue	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Remboursable sur facture acquittée avec mention de la TVA. Les médicaments pris en charge pour ce poste sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

(2) 90% des FR limité à 300% BR en secteur non conventionné.

(3) Uniquement en cas d'hospitalisation.

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.

(5) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'ensemble du poste optique est limité à 600€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.

(7) Max monture : 189€

(8) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€

Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1400€

(9) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).

(10) Base de Remboursement Reconstituée : 120€.

(11) Base de remboursement reconstituée : 193.50€

(12) pilier+implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO

(13) Uniquement si prise en charge par le RO.

(14) Substituts nicotiniques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

(15) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (30€/séance - soit 5/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB NR

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 400% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription (1)	-	60 € / an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Analyses et examens de laboratoire (2)	60%	400%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (3)	65%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	275%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	80 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	473 €
Optique (6)		
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	RSS + 614€
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	RSS + 614€
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	RSS + 614€
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	189 € / an
Chirurgie réfractive	-	250 € / oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay)	70%	350%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (9)	70%	350%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	350%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (11)	0% à 100%	350%
Implantologie (12)	-	516 € / an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	275%
Cures thermales (13)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	15% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : COLOMB NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 € / an
- Médecines douces (15)		175 € / an
- Acupuncteur	-	
- Chiropracteur	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathe	-	
- Ostéopathe	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologue	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Remboursable sur facture acquittée avec mention de la TVA. Les médicaments pris en charge pour ce poste sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

(2) 90% des FR limité à 400% BR en secteur non conventionné.

(3) Uniquement en cas d'hospitalisation.

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans dans la limite de 30 jours/an.

(5) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'ensemble du poste optique est limité à 800€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.

(7) Max monture : 189€

(8) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€

Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1500€

(9) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).

(10) Base de Remboursement Reconstituée : 120€.

(11) Base de remboursement reconstituée : 193.50€

(12) pilier+implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO

(13) Uniquement si prise en charge par le RO.

(14) Substituts nicotiques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

(15) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (35€/séance - soit 5/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Étioopathes inscrits au Registre National des Étioopathes et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN NR

Les conditions de remboursement de vos garanties sont détaillées dans vos documents contractuels

La garantie est non responsable au sens du cahier des charges posé par les articles L871-1 et R.871-1 et suivant du Code de la Sécurité Sociale.

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	400%
Praticiens non conventionnés	70%	90% des FR limité à 400% BR
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	400%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO (y.c vaccins)	15% à 100%	100%
- Substituts nicotiques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
- Médicaments non pris en charge par le RO avec prescription (1)	-	70 € / an
- Vaccins non pris en charge par le RO avec prescription	-	Frais réels
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	400%
Analyses et examens de laboratoire (2)	60%	400%
Analyses non PEC RO	-	3% PMSS
Transports pris en charge par le RO (3)	65%	Frais réels
Orthopédie prise en charge par le RO	60%	350%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	400%
Frais de séjour	80% à 100%	400%
Hospitalisation secteur non conventionné		
- Honoraires	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
- Frais de séjour	80% à 100%	90% des FR limité à 400%
Forfait journalier hospitalier	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée et en ambulatoire	-	110 € / jour
Forfait d'accompagnement de l'enfant (4)	-	47 € / jour
Prime de naissance ou d'adoption (5)	-	552 €
Optique (6)		
Equipements à tarifs libres (7)		
- Verres simples+monture	60%	RSS + 784€
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	RSS + 784€
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	RSS + 784€
Lentilles prises en charge ou non par le RO (y.c jetables)	0 à 60%	189 € / an
Chirurgie réfractive	-	250 € / oeil
Dentaire		
Soins ne relevant pas du dispositif 100% santé		
- Soins pris en charge par le RO (y.c inlay onlay)	70%	450%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (8)		
- Prothèses prises en charge par le RO (9)	70%	450%
- Prothèses non prises en charge par le RO mais figurant à la nomenclature RO (10)	-	450%
Orthodontie prise en charge ou non par le RO (11)	0% à 100%	350%
Implantologie (12)	-	620 € / an
Aides auditives		
Equipements à tarifs libres	60%	350%
Cures thermales (13)		
Soins, forfait thermal, transport, hébergement : pris en charge par le RO	65% à 70%	17% PMSS
Prévention		
Dépistage préventif		
- Diagnostic prostate	70%	80% des frais réels

COURTIER DIFFUSION SANTE - 2021 (Suite)

GRANDS NAVIGATEURS : MAGELLAN NR

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Bien-être		
- Substituts nicotiques/ Sevrage tabagique prescrits (14)	-	30 € / an
- Médecines douces (15)		200 € / an
- Acupuncteur	-	
- Chiropracteur	-	
- Diététicien	-	
- Etiopathe	-	
- Ostéopathe	-	
- Pédicure-Podologue	-	
- Psychomotricien	-	
- Psychologue	-	
- Homéopathie prescrite non prise en charge par le RO	-	
- Thérapie Manuelle	-	
- Psychothérapie	-	
- Microkinésithérapie	-	
- Radios non remboursées par le RO	-	
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui

BR : Base de remboursement ; RO : Régime Obligatoire ; TM : Ticket Modérateur ; Optam : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ; Optam-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ; PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale ; SMR : Service Médical Rendu ; PEC : Pris en charge ; DR : Dépense Réelle.

Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la BR est le tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou l'établissement conventionné).

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement du RO en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives, incluent la prise en charge RO et le TM.

(1) Remboursable sur facture acquittée avec mention de la TVA. Les médicaments pris en charge pour ce poste sont ceux dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 %.

(2) 90% des FR limité à 400% BR en secteur non conventionné.

(3) Uniquement en cas d'hospitalisation.

(4) Prise en charge uniquement si l'enfant a moins de 16 ans, dans la limite de 30 jours/an.

(5) Sous condition d'affiliation de l'enfant au contrat.

(6) L'ensemble du poste optique est limité à 800€/an/bénéficiaire. La prestation "verres+monture" est majorée de 30% si le bénéficiaire du Contrat n'utilise pas son forfait pendant 2 années consécutives. Cette majoration intervient au cours de la 3ème année. Si ce bonus n'est pas utilisé, il sera reporté sur les années suivantes ; s'il est utilisé, un nouveau délai de 2 ans sera nécessaire pour en bénéficier de nouveau. L'année de référence sera l'année civile.

(7) Max monture : 232€

(8) Plafond annuel prothèses dentaires 1ère année : 1200€

Plafond annuel prothèses dentaires années suivantes : 1800€

(9) Prothèses dentaires fixes (plaques bases incluses).

(10) Base de Remboursement Reconstituée : 120€.

(11) Base de remboursement reconstituée : 193.50€

(12) pilier+implants, parodontologie, Inlay-Onlay non pris en charge par le RO

(13) Uniquement si prise en charge par le RO.

(14) Substituts nicotiques valables pour les produits suivants : gums, patches, inhalateur, comprimés à sucer ou sublinguaux.

(15) Forfait annuel à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci ne sont pas prises en charge totalement par le RO et, dans la limite du montant du forfait indiqué (40€/séance - soit 5/an). Le remboursement est effectué sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures. Ostéopathe, chiropracteur, pédicure/podologue : inscrits au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer. Acupuncture : exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien dentiste disposant des diplômes leur permettant d'exercer les actes légalement. Etiopathes inscrits au Registre National des Etiopathes et membres de l'Institut Français d'étiopathie.

ANNEXE 2 – CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES LES GRANDS NAVIGATEURS

* Soins courants

- Dépassement d'honoraires

La Mutuelle prend en charge les dépassements d'honoraires sous réserve que ces derniers soient prévus dans le tableau des garanties et facturés sur la feuille de soins à l'exclusion des actes hors nomenclature (HN).

- Substituts nicotiniques

La Mutuelle rembourse les substituts nicotiniques pris en charge par le RO.

Les substituts nicotiniques permettant un remboursement de la part de la Mutuelle sont les patches, gommes et pastilles. **Les cigarettes électroniques ne sont pas remboursées par la Mutuelle.**

En cas de souscription d'un forfait bien-être et prévention, la Mutuelle peut intervenir pour rembourser les substituts nicotiniques non pris en charge par le RO. **La Mutuelle intervient uniquement sur prescription et sur présentation de justificatifs de paiements.**

* Hospitalisation

- Forfait d'accompagnement de l'enfant

En cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans, la mutuelle verse un forfait pour le paiement des dépenses d'hébergement (frais de nuitée à l'hôpital ou dans un établissement d'hébergement conventionné avec l'hôpital et frais de repas), dans la limite de **30 jours par année civile et par bénéficiaire. La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés**

- Prime de naissance ou d'adoption

En cas de naissance, une prime de naissance est versée par la Mutuelle, à condition que l'enfant soit affilié au contrat.

Le versement de la prime se fait sur demande du Membre Participant. Cette prime est accordée par enfant. En cas de naissance gémellaire, le montant de la prime prévue par la garantie est versé pour chacun des enfants.

* Optique

- Forfait équipements optiques

a. Définition

La garantie « équipement optique » proposée par la Mutuelle, vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition d'équipements d'optique médicale, en complément du remboursement RO.

Par « équipement d'optique médicale », il convient d'entendre un équipement composé de **deux verres et d'une monture**.

Les prestations accordées par la Mutuelle dans le cadre du forfait « équipement optique » sont définies dans les conditions présentées ci-après.

Le montant total de la prise en charge des équipements optiques prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document. **Il inclut la part de remboursement du régime obligatoire et du ticket modérateur. Ainsi, en cas d'utilisation du forfait dans sa globalité, le ticket modérateur ne peut faire l'objet d'un remboursement.**

b. Montants des remboursements

Les montants de prise en charge des équipements à tarifs libres, dépendent du type d'anomalie de la vision et de la formule choisie.

Le montant du forfait lunette comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture en fonction de la formule choisie.

Les forfaits équipements appartenant au panier libre sont ainsi distingués entre équipements à verres simples, complexes ou mixtes de la manière présentée dans le tableau ci-dessous-

Catégorie	Verres composant l'équipement
Verres simples	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres simples, corrigeant un défaut spécifique tel que la myopie légère, l'astigmatisme léger (corrige un défaut de loin ou de près).</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres simples sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - verres appartenant à l'une des catégories suivantes ; - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 - verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> • dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $\leq +4,00$ • dont la sphère est positive et dont la somme S* est inférieure à 6,00
Verres complexes	<p>L'équipement est composé d'une monture et de deux verres complexes composés de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique, permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent notamment la presbytie.</p> <p>Les verres compris dans la catégorie à verres complexe sont les suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 - Verres unifocaux sphéro-cylindriques : <ul style="list-style-type: none"> o dont la sphère est comprise entre -6 et 0 et dont le cylindre est $> +4,00$ o dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est $\geq +0,25$ o dont la sphère est positive et dont la somme S* est supérieure à 6,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -8,00 et +8,00 - Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S* $\leq +8,00$ <p>Verres multifocaux et progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00</p> <p>Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries - dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries - dont la sphère est positive et dont la somme S* est $> +8,00$
Verres mixtes	<p>L'équipement est composé d'une monture, d'un verre simple et d'un verre complexe, dont chaque verre corrige un défaut spécifique à l'œil correspondant.</p>

- **Lentilles prises en charge ou non par le RO**

Le montant du forfait varie en fonction de la garantie souscrite. La période d'utilisation du forfait est d'une année civile. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait global.

* Dentaire

- **Soins et prothèses dentaires**

Les remboursement des Soins et prothèses répondent aux obligations de la CCAM dentaire (classification commune des actes médicaux):

- **à reste à charge maîtrisé** : les actes sont à entente directe limitée (ils sont plafonnés en application des honoraires limite de facturation), cependant ils peuvent présenter un reste à charge pour l'adhérent. Il s'appliquera sur les couronnes céramo-métalliques pour les dents intermédiaires, les bridges pour les dents postérieures, les appareils amovibles en stellite ;
- **à panier libre** : les actes sont sans plafonnement et l'adhérent peut choisir librement les techniques et matériaux les plus sophistiqués.

- **Autres prestations dentaires**

Pour l'implantologie, une garantie forfaitaire utilisable par année civile est prévue ou non selon la formule choisie.

Ce forfait rembourse uniquement les prestations médicalement prescrites et non prises en charge par le Régime Obligatoire. En outre, ces prestations doivent être inscrites à la nouvelle classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire à l'exception des actes d'orthodontie qui restent inscrits à l'ancienne nomenclature des actes techniques dentaires.

* Aides auditives

Le montant total de la prise en charge des équipements auditifs prévu par la Mutuelle est repris dans le tableau de garanties figurant en annexe 1 du présent document

* Cures thermales

La Mutuelle peut intervenir pour prendre en charge les frais de soins, d'hébergement et de transport.

Il est précisé que la Mutuelle intervient uniquement :

- en cas de prise en charge de la cure par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- sur prescription et présentation des justificatifs de paiement.

* Forfait Bien-être

Forfait Bien-Être et Prévention à utiliser librement sur les différentes prestations, si celles-ci sont prises en charge par le RO, intervention en complément du contrat de base et à hauteur de la dépense engagée et ce dans la limite du montant du forfait indiqué, telles que visées dans le tableau de garanties.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur l'année suivante.

ANNEXE 3 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ

100% santé : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, 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 ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Acte coûteux : un ticket modérateur forfaitaire s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, pratiqué lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe, à l'exception des prothèses dentaires, des actes de biologie et d'anatomo-cytopathologie. Le montant de ce ticket est fixé par voie réglementaire. Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Cette participation forfaitaire se substitue au Ticket modérateur, elle est prise en charge par la Mutuelle.

Aides auditives : Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Adhérent / Membre Participant : Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

Aide médicale de l'État (AME) : Dispositif destiné à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

- **Le Tarif de convention (TC)** : Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.
- **Le Tarif d'autorité (TA)** : Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Attention, il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de responsabilité (TR)** : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Personne couverte par les garanties (Adhérent ou ayant droit), ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif.

Chambre particulière avec nuitée : Lors d'un séjour dans un établissement de santé l'Adhérent peut bénéficier à sa demande d'une chambre individuelle.

Les frais de la chambre particulière ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire sous réserve d'une prescription médicale imposant l'isolement du malade.

Chambre particulière en ambulatoire : Les établissements publics ou conventionnés peuvent facturer le prix d'une chambre particulière pour une hospitalisation dite « de jour » (inférieure à 12 h) dans un établissement de santé.

Chirurgie réfractive : Techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie. Cependant, la cataracte n'est pas incluse) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par la Mutuelle.

Classe A : Nomenclature de verres optiques qui bénéficient d'une prise en charge intégrale et dont le prix de vente est encadré.

Classe B : Nomenclature de verres optiques dont la prise en charge est définie dans le cadre du contrat de complémentaire santé et dont le prix de vente est libre.

Classe de produits (article L165-1 CSS) : Le remboursement par la sécurité sociale des dispositifs médicaux est subordonné à leur inscription sur la « Liste des produits et prestations remboursables » (LPP), soit par la description générique du produit, soit sous la forme d'une marque ou d'un nom commercial.

L'inscription peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations, plusieurs classes, définies selon le service rendu et le rapport entre ce service et le prix / tarif envisagé.

Au moins une des classes fait l'objet d'une prise en charge 100% santé.

Conventionné/non conventionné : Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Contrats « complémentaire santé » responsables : Contrats de frais de santé qui respectent l'ensemble des obligations, des interdictions et des limitations en ce qui concerne la prise en charge des dépenses de santé, définies l'article L. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Nos garanties ont été élaborées en conformité avec ce texte.

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire soit à titre gratuit soit à titre onéreux pour 1 euro par jour et par personne. Pour en bénéficier il faut :

- résider en France depuis plus de 3 mois ;
- être en situation régulière ;
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant
- Bénéficier d'un régime d'Assurance maladie obligatoire

Devis : Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens-dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Forfait journalier hospitalier (FJH) : Mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (CSS), le forfait journalier hospitalier est une participation forfaitaire mise à la charge des personnes hospitalisées dans les établissements de santé publics et privés.

Le FJH comprend les frais liés à l'hébergement du patient ou de l'usager : frais hôteliers, alimentation, lingerie, chauffage etc...

Son montant est fixé par arrêté ministériel. En 2018, il s'élève à 20 euros et de 15 euros pour un séjour en établissement psychiatrique.

Le FJH s'applique aux séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Le FJH peut aussi être supporté par des usagers admis dans les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale et des Familles.

Forfait urgences : forfait facturé pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation (article 28 du PLFSS 2021), sauf pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) en seront dispensés.

Frais de séjours (hors forfait hospitalier) : Les frais de séjour, journaliers, comprennent l'ensemble des prestations assurées par un établissement de santé : analyses, médicaments, radiologies, rémunération du personnel et des médecines. Le Régime Obligatoire prend en charge une partie des frais de séjour dans un établissement de santé public ou privé conventionné ou non par le Régime Obligatoire. Certaines catégories de patients admis dans un établissement de santé public ou privé conventionné peuvent bénéficier d'une prise en charge par le Régime Obligatoire à 100%.

Franchises médicales : Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré et son montant est de :

- 50 centimes par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports d'urgence.

La franchise est plafonnée :

- Annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- Quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports sanitaires.

En sont exonérés :

- Les enfants de moins de 18 ans ;
- Les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après la date de l'accouchement ;
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- Les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence ;
- Les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Elles ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé responsable, sinon le contrat est requalifié de contrat non responsable.

Inlay Core : Pièce, le plus souvent métallique, destinée à remplacer la partie coronaire de la dent lorsque celle-ci est trop fragile pour supporter un élément prothétique.

Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte

Inlay/Onlay : L'onlay (ou inlay selon la partie de la dent à réparer) est une pièce prothétique, le plus souvent en céramique. Il reconstitue la partie très abîmée d'une dent :

- Onlay : sur la dent
- Inlay : dans la dent.

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlays composite). Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Membre Participant : Personnes physiques qui versent une cotisation et qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles sont affiliées ou ont adhéré et en ont droit à leurs ayants droit.

Membre Honoraire : Personnes physiques, qui versent une cotisation et qui bénéficient des prestations de la mutuelle.

Optam / Optam-Co : La finalité de l'Optam, Optam- CO est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

- Optam : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ;
- Optam-CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Les médecins peuvent ou non adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée que sont l'Optam et l'Optam-Co. Ceux qui y adhèrent prennent l'engagement de respecter un taux d'activité à tarifs opposables et un taux de dépassement moyen d'honoraires. En contrepartie, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables et d'une rémunération spécifique.

Parcours de soins coordonnés : La loi du 13 août 2004 avait mis en place, pour chaque patient, un mécanisme de coordination des soins qui repose sur un médecin pivot appelé « médecin traitant ». Le médecin traitant se voit confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient vers d'autres spécialistes et coordonne les différentes interventions des professionnels de la santé afin de rationaliser et d'optimiser ses soins.

Tout assuré et ses ayants droit de plus de 16 ans doivent déclarer à leur Régime Obligatoire (CPAM, MSA, ...) un médecin traitant. Un assuré se trouve hors du parcours de soins coordonnés s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il a consulté un autre praticien sans être orienté par son médecin traitant. Des exceptions existent pour certains actes et soins et pour certains spécialistes que l'assuré peut consulter directement.

Le Régime Obligatoire peut majorer le montant de la participation de l'Adhérent si celui-ci ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Participation forfaitaire d'un euro : Les assurés doivent s'acquitter d'une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte, ou pour chaque consultation pris en charge par le Régime Obligatoire et réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré verse aussi la participation d'un euro pour tout acte de biologie médicale.

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 et donne lieu à différents actes tels que :

- L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,
- Le détartrage des racines,
- Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits.

Le Régime Obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Prix limite de vente : 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 est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Tiers payant : système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La Carte Mutualiste de Tiers Payant remise permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant l'extinction de la relation contractuelle avec la Mutuelle.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.



Mutualia Territoires Solidaires - 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES
Mutualia Territoires Solidaires, Mutuelle du livre II - Code de la Mutualité, SIREN n° 449 571 256 -
NI FAC Non Responsable avec option LES GRANDS NAVIGATEURS V 2021