

Conditions Générales

GAMME
CENTAUREA
FACULTATIF

Mutualia
Territoires Solidaires

www.mutualia.fr

SOMMAIRE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	3
ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE CONTRACTUELLE.....	3
CHAPITRE II - EXECUTION DU CONTRAT	3
ARTICLE 2 - VIE DU CONTRAT	3
ARTICLE 3 - AFFILIATION AU CONTRAT	3
ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	4
ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS POUR L'OUVERTURE DE LA GARANTIE.....	4
ARTICLE 6 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	4
CHAPITRE III - LES COTISATIONS	4
ARTICLE 7 - FIXATION DES COTISATIONS	4
ARTICLE 8 - EVOLUTION DES COTISATIONS	5
ARTICLE 9 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS	5
ARTICLE 10 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	5
CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS	5
ARTICLE 11 - PRESTATIONS GARANTIES.....	5
ARTICLE 12 - PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES	6
ARTICLE 13 - REGLEMENT DES PRESTATIONS	6
CHAPITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
ARTICLE 14 - PRESCRIPTION	7
ARTICLE 15 - SUBROGATION	7
ARTICLE 16 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES.....	7
ARTICLE 17 - CONTACTS UTILES.....	9
ANNEXE 1 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ.....	10

CONDITIONS GÉNÉRALES GAMME CENTAUREA – FACULTATIF

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 - OBJET ET ARCHITECTURE CONTRACTUELLE

Le présent contrat à adhésion facultative a pour objet de compléter le remboursement des frais de santé effectué par un régime obligatoire d'assurance maladie.

Les garanties du présent contrat répondent au cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, ainsi, le contrat est « **solidaire et responsable** ».

Les garanties du présent contrat sont assurées par **Mutualia Territoires Solidaires, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, n° SIREN 449 571 256 dont le siège social est situé au 75 avenue Gabriel Péri 38 400 Saint Martin d'Hères**. Mutualia Territoires Solidaires est dénommée ci-après « la Mutuelle ». Le contractant du présent contrat est dénommé ci-après « le Souscripteur ».

Les adhérents, affiliés au contrat acquièrent la qualité de « Membres Participants » de la Mutuelle, ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

Le contrat est composé de deux parties indissociables :

- le présent document, dénommé Conditions générales, d'une part, qui définissent les droits et obligations réciproques des parties ;
- les Conditions Particulières, d'autre part, qui matérialisent la souscription du contractant au présent contrat. Elles adaptent et complètent les Conditions générales notamment en définissant le niveau des garanties choisi, le groupe assuré et le cas échéant, leurs ayants droit couverts, les taux, assiettes et montants de cotisations. En cas de contradiction entre les Conditions Générales et les Conditions Particulières, ces dernières prévaudront.

CHAPITRE II - EXECUTION DU CONTRAT

ARTICLE 2 - VIE DU CONTRAT

Article 2-1 - Modalités d'adhésion

Au moment de son adhésion, le contractant souscrit au contrat groupe facultatif, il procède également au choix de la structure tarifaire.

L'adhésion du Souscripteur au présent contrat est formalisée par la signature des Conditions Particulières.

Article 2-2 - Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile à partir de sa date d'effet, coïncidant nécessairement au 1er jour d'un mois et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées par les présentes Conditions générales.

Article 2-3 - Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile à partir de sa date d'effet, coïncidant nécessairement au 1er jour d'un mois et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées par les présentes Conditions générales.

Article 2-4 - Modification du contrat

Le Souscripteur peut procéder à un changement de contrat en adressant une demande à la Mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours, par lettre recommandée avec accusé de réception pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant la demande.

Toute modification du contrat est constatée par l'émission et la signature d'un avenant.

Ces modifications sont portées à la connaissance des Membres Participants par le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 4 « obligations du Souscripteur » des présentes Conditions générales.

Article 2-5 - Clause de sauvegarde

Les prestations et cotisations définies au présent contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale ainsi que des dispositions conventionnelles en vigueur au jour de la rédaction du présent document.

En cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les engagements de la Mutuelle ne pourront s'en trouver augmentés.

Ainsi, soit les parties conviennent par avenant au présent contrat des aménagements nécessaires à apporter aux cotisations et/ou aux prestations, soit les prestations resteront acquises sur la base du présent contrat c'est-à-dire que les cotisations et les prestations resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avec les modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale applicables au contrat, ces modifications ne pouvant en aucun cas venir augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle.

Article 2-6 - Résiliation du contrat

Le présent contrat peut être résilié annuellement par le Souscripteur ou la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée au plus tard le 31 octobre de chaque année pour que le contrat cesse de produire ses effets le 31 décembre de l'année concernée.

Le souscripteur peut également résilier son contrat à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de son adhésion pour une prise d'effet un mois après réception de la notification de la lettre de résiliation par la mutuelle selon les dispositions des articles L. 221-10-2 et L 221-10-3 du Code de la Mutualité.

La résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les membres participants et tous les éventuels ayants droit.

ARTICLE 3 - AFFILIATION AU CONTRAT

Article 3-1 - Bénéficiaires admis

- **Membres Participants**

L'affiliation du Membre Participant au contrat s'effectue dans les conditions prévues aux articles 4 « obligations du Souscripteur » et 5 « obligations des Membres Participants pour l'ouverture de la garantie » du présent document et à l'article définissant les personnes admises au contrat dans les conditions particulières.

- **Ayants droit**

Les personnes physiques pouvant bénéficier des prestations en qualité d'ayants droit d'un Membre Participant, sont définies aux Conditions Particulières ou dans les statuts de la Mutuelle. Le membre participant peut ainsi demander le rattachement de ses ayants droit en remplissant un Bulletin Individuel d'Affiliation, complété par le Membre Participant et adressé à la Mutuelle.

Article 3-2 - Prise d'effet de l'affiliation au contrat

Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 4 « obligations du Souscripteur » et 5 « obligations des Membres Participants pour l'ouverture de la garantie » **du présent contrat et du paiement de la cotisation correspondante**, l'affiliation du Membre Participant au contrat prend effet au 1er jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation.

L'affiliation des ayants droit au contrat prend effet :

- à la même date que celle du Membre Participant, si la demande se fait simultanément ;
- au 1er jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel d'Affiliation 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 d'un mois **suivant la date de l'événement** ;

Article 3-3 - Cessation de l'affiliation au contrat

Le Membre Participant, a la possibilité de résilier son affiliation ainsi que celle de ses ayants droit 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).**

L'affiliation au contrat cesse également pour le Membre Participant et le cas échéant, pour ses ayants droit :

- à la date de résiliation du présent contrat par le Souscripteur ou la Mutuelle quel qu'en soit le motif ;
- à la date où le Membre Participant ne remplit plus les conditions requises pour être affilié au contrat ;
- au jour du décès du Membre Participant
- en cas de modification de ses droits et obligations, le Membre Participant peut dénoncer son affiliation 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
- en cas de non paiement des cotisations conformément à l'article L. 221-8 II du Code de la Mutualité

La cessation de l'affiliation, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les Membres Participants et leurs ayants droit éventuels.

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie aux Conditions Particulières, entraîne, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, le Souscripteur s'engage à remettre à chaque Membre Participant une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues au contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice, le document d'information sur le produit d'assurance (IPID) remis par la Mutuelle, ainsi que les statuts et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle à chaque Membre Participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Membre Participant en lui remettant une notice (ou un avenant ou additif) établi(e) à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice, des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur au Membre Participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au Souscripteur.

ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS POUR L'OUVERTURE DE LA GARANTIE

L'affiliation de chaque Membre Participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Affiliation qui lui est remis par la Mutuelle et

Ainsi, chaque Membre Participant remplissant les conditions définies à l'article 3 des présentes Conditions générales, est tenu :

- de remplir et de signer un Bulletin Individuel d'Affiliation et de joindre l'ensemble des éléments qui y sont visés. Chaque Membre Participant affilié reçoit une Carte mutualiste de Tiers Payant ;
- de déclarer à la Mutuelle, toute modification intervenant dans sa situation (changement de la situation de famille, changement de régime obligatoire, d'adresse, de coordonnées bancaires, etc.). Cette déclaration doit intervenir dans le mois suivant la modification.

ARTICLE 6 - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

Article 6-1 - Etablissement de la notice d'information et du document d'information sur le produit d'assurance (IPID).

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la Mutualité, la Mutuelle établit la notice d'information visée à l'article 4 du présent contrat et la remet au Souscripteur. La Mutuelle est également tenue d'établir et de remettre au Souscripteur le document d'information sur le produit d'assurance (IPID).

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.

Article 6-2 - Information relative aux frais de gestion et d'acquisition

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.

CHAPITRE III - LES COTISATIONS

ARTICLE 7 - FIXATION DES COTISATIONS

Les prestations du présent contrat sont assurées par la Mutuelle en contrepartie du versement des cotisations. Les cotisations sont annuelles. Elles sont indiquées aux Conditions Particulières du contrat.

ARTICLE 8 - EVOLUTION DES COTISATIONS

Article 8-1 - Révision annuelle

A chaque échéance annuelle, les cotisations sont réévaluées par la Mutuelle en fonction des résultats techniques du contrat, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Ainsi, chaque année, avant le 31 octobre, la Mutuelle communique au Souscripteur, pour l'année qui suit, l'évolution envisagée des cotisations. Cette dernière fait l'objet d'une lettre avenant. En cas de refus du souscripteur, ce dernier peut résilier le contrat dans les conditions prévues à l'article 2 « vie du contrat » des présentes Conditions générales.

Article 8-2 - Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

En cas de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les parties s'engagent à se concerter au plus tôt, pour réviser, par avenant, les cotisations et/ou les prestations pour tirer les conséquences de ces modifications et aménager le contrat.

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements ainsi négociés, ainsi que dans l'hypothèse d'un défaut d'accord des parties, il sera fait application de la clause de sauvegarde prévue à l'article 2 « vie du contrat » du présent contrat.

Article 8-3 - Impôts et taxes

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge du Membre Participant, et sont payables en même temps que les cotisations.

ARTICLE 9 - MODALITES DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont annuelles et sont dues par le Membre Participant, à terme à échoir et font l'objet d'un prélèvement automatique mensuel sur le compte bancaire de ce dernier.

ARTICLE 10 - DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 II du Code de la Mutualité, il peut être mis fin à la garantie du Membre Participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance.

L'exclusion ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de cette mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de sa cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion desdites garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement de prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

CHAPITRE IV - LES PRESTATIONS

ARTICLE 11 - PRESTATIONS GARANTIES

Article 11-1 - 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, dans les conditions et limites fixées dans les Conditions Particulières.

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

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. Les demandes de remboursement sont traitées simultanément à la part obligatoire pour les salariés du régime agricole et à réception des décomptes du régime obligatoire pour les autres bénéficiaires.

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. Cette clause ne peut en aucun cas porter préjudice au caractère responsable des garanties.

Article 11-2 - 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 11-3 - Etendue 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 le présent contrat. Le Membre Participant peut se faire soigner en France, comme dans tout autre pays du monde.

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

Article 11-4 - Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'affiliation

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 une prise en charge par la Mutuelle.

Article 11-5 - 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 11-6 - 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 11-7 - Conformité des garanties au caractère « solidaire et responsable »

Les garanties du présent contrat répondent au nouveau cahier des charges des contrats responsables, édicté aux articles L.871-1 et R. 871-1 et suivant du Code de la Sécurité sociale tels qu'issus des modifications introduites par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du CSS, ont pour objectifs de réguler les dépassements d'honoraires et d'agir sur le prix de l'optique, des soins dentaires et des aides auditives en interdisant certaines prises en charge et en imposant des plafonds et limites à ces remboursements.

A ce titre, les garanties suivantes sont nécessairement prises en charge par le contrat :

- le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, dans le respect du parcours de soins coordonnés (hormis quelques exceptions) ;
- la prise en charge du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, étant précisé qu'il s'agit uniquement du forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ainsi que le prévoit la circulaire n° DSS/SD2A/SD3A-SD6D-2015-0 du 30 janvier 2015 ;
- les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM/ OPTAM-CO) prévu à la convention médicale nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20% du tarif de responsabilité ;

De plus, conformément au décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, sont pris en charge au titre des contrats responsables :

- la totalité des dépenses d'acquisition de dispositifs médicaux d'optique, d'aides auditives ou de soins prothétiques dentaires appartenant au panier dit « 100% santé » à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites vente (PLV) ou des honoraires de facturations plafonnés.
- les dépenses d'acquisition de dispositifs médicaux d'optiques, d'aides auditives, de soins prothétiques dentaires n'appartenant pas au panier « 100% santé » dans le respect des minima et maxima fixés par la réglementation.

Selon le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019, les dispositions introduites dans le cadre de la réforme 100% santé, sont applicables à compter de :

- 1^{er} janvier 2020 en matière de dispositifs médicaux d'optique médicale et de frais de soins dentaires prothétiques précisés par arrêté ;
- 1^{er} janvier 2021 en matière de dispositifs médicaux d'aides auditives et pour l'ensemble des soins dentaires prothétiques pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge tels que définis dans l'arrêté précité.

Conformément à l'article L. 221-5 du Code de la Mutualité, la modification du contrat proposée par la Mutuelle, visant à le mettre en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables est constatée par une lettre-avenant. Elle est réputée acceptée à défaut d'opposition du Souscripteur.

La Mutuelle informe par écrit le Souscripteur qui porte à la connaissance des Membres Participants les nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix.

Le Souscripteur dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition.

Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des Membres Participants par le Souscripteur.

Article 11-8 - Exclusions au titre du caractère responsable du contrat

Ne sont pas pris en charge, au titre du caractère responsable des garanties :

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, acquittée par le Membre Participant ou ses ayants droit, pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie ;
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale, mises à la charge du Membre Participant ou ses ayants droit, concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires ;
- La prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux Membres Participants ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins), tel que visé à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques, tel que prévu au 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale.

De même, ne pourra être pris en charge toute garantie dont la couverture serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale ou ses textes d'application.

ARTICLE 12 - PRISE D'EFFET ET FIN DES GARANTIES

Les garanties souscrites auprès de la Mutuelle s'appliquent à partir de la date d'effet de l'affiliation, tel que présenté à l'article 3 « affiliation au contrat souscrit » des présentes conditions générales.

La cessation des garanties, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la perte immédiate des droits aux prestations pour les Membres Participants et leurs ayants droit éventuels.

Par ailleurs, la perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie aux Conditions Particulières, entraîne, pour celui-ci, la perte de la garantie à compter de cette date.

ARTICLE 13 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Article 13-1 - 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, justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

Article 13-2 - 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, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

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. 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 et nominative.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du 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 du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du Membre Participant 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.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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 15 - 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 17 « contacts utiles » du présent document.

ARTICLE 16 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTRÔLES

Article 16-1 - Contrôle médical

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 16-2 - Expertise médicale

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 entraîne 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 16-3 - Réticence ou fausse déclaration

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 correspondante, 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 16-4 - Omission ou déclaration inexistante de l'adhérent

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'affiliation.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'affiliation moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation 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 16-5 - Réclamations

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.

Le Souscripteur ou le Membre Participant peut adresser une réclamation en s'adressant directement au centre de gestion, en envoyant un mail ou un courrier à l'adresse indiquée à l'article 17 « contacts utiles » du présent document

Un accusé de réception lui parviendra dans le délai maximal de dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la date d'envoi de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

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

Article 16-6 - Médiation des litiges de la consommation

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relative 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 du service de gestion de la Mutuelle dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 16-5 ci-avant du présent contrat 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 **CNPM MÉDIATION CONSOMMATION**. Il peut être joint :

- sur son site internet <https://cnpm-mediation-consommation.eu>
- ou par voie postale : **CNPM MÉDIATION CONSOMMATION - 27, avenue de la Libération - 42400 Saint-Chamond**

Les parties à la médiation 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 16-7 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège social est situé au 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris CEDEX 09.

Article 16-8 - 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.

Le Souscripteur et 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), le Souscripteur, les Membres Participants, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient 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.**

Le Souscripteur et les Membres Participants disposent également d'un droit à réclamation, en matière de protection 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 16-9 - 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 16-10 - 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 16-11 - Atteinte aux intérêts 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.

ARTICLE 17 - CONTACTS UTILES

- **Siège social de l'Organisme Assureur** : Mutualia Territoires Solidaires - 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES.
- **Siège Social de l'Organisme Distributeur** : Diffusion Santé : 470, rue des Grillières - 01580 MATAFELON-GRANGES
- **Service de Gestion Réclamation** : les demandes de remboursements doivent être adressées à votre centre de gestion par courrier à : HENNER - Unité de Gestion UG38 - 1, rue Marcel Paul - 44097 NANTES Cedex ou par e-mail à ug38@henner.fr (l'adresse figure sur votre Carte Mutualiste de tiers Payant) Service relation adhérent

ANNEXES

ANNEXE 1 – 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...).

(i) 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..... hors cataracte) permettant 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.

(ii) 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 ouvrent 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.

