



RÈGLEMENT MUTUALISTE RELATIF AUX OPÉRATION COLLECTIVES « FRAIS DE SANTÉ »

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Immatriculée au répertoire SIRENE
sous le numéro 776 950 669

Mis à jour par l'Assemblée Générale du 22 juin 2023

Table des matières

| | |
|---|----------|
| ARTICLE 1 : INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA MUTUELLE..... | 3 |
| ARTICLE 2 : OBJET DU RÈGLEMENT | 3 |
| ARTICLE 3 : MODIFICATION DU RÈGLEMENT, DES COTISATIONS ET DES | |
| PRESTATIONS | 3 |
| 3.1. Modalités..... | 3 |
| 3.2. Information..... | 3 |
| 3.3. Support durable..... | 3 |
| ARTICLE 4 : INFORMATION DU MEMBRE HONORAIRE ET PARTICIPANT | 3 |
| ARTICLE 5 : ADHÉSION | 3 |
| 5.1. Adhésion collective de l'employeur ou de la personne morale | 3 |
| 5.2. Adhésion individuelle des membres de la catégorie bénéficiaire | 3 |
| 5.3. Couverture des ayants droit | 3 |
| ARTICLE 6 : DATE D'EFFET-DURÉE-RÉSILIATION-NULLITÉ | 4 |
| 6.1. Date d'effet – Durée de l'adhésion collective | 4 |
| 6.2. Résiliation de l'adhésion collective..... | 4 |
| 6.3. Résiliation de l'adhésion individuelle..... | 4 |
| 6.4. Fausse déclaration..... | 4 |
| ARTICLE 7 : GARANTIES | 4 |
| 7.1. Prise d'effet des garanties | 4 |
| 7.2. Changement de garanties..... | 4 |
| 7.3. Changement d'option de garanties | 4 |
| 7.4. Maintien des Garanties..... | 5 |
| 7.5. Suspension des garanties mises en place à titre obligatoire par | |
| l'employeur..... | 5 |
| 7.6. Descriptif des garanties..... | 5 |
| 7.7. Révision des garanties..... | 6 |
| ARTICLE 8 : PRESTATIONS..... | 6 |
| 8.1. Conditions de paiement des prestations..... | 6 |
| 8.2. Tiers Payant..... | 6 |
| 8.3. Contrôle | 6 |
| 8.4. Indus | 6 |
| ARTICLE 9 : COTISATIONS | 6 |
| 9.1. Détermination des cotisations | 6 |
| 9.2. Paiement des cotisations | 6 |
| 9.3. Révision des cotisations | 6 |
| 9.4. Non-paiement des cotisations..... | 7 |
| ARTICLE 10 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES..... | 7 |
| 10.1. Subrogation..... | 7 |
| 10.2. Prescription..... | 7 |
| 10.3. Territorialité | 7 |
| 10.4. Réclamation - Médiation | 7 |
| 10.5. Autorité de contrôle..... | 7 |
| 10.6. Action sociale | 7 |
| 10.7. Informatique et libertés | 7 |
| 10.8. Loi et langue applicable..... | 8 |

ARTICLE 1 : INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA MUTUELLE

La Mutuelle PREVIFRANCE (ci-après dénommée « la Mutuelle ») est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 669. Son siège social est situé au 80 rue Matabiau – BP 71269 – 31 012 Toulouse Cedex 6.

Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès.

ARTICLE 2 : OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement collectif définit le contenu des engagements existants entre chaque membre honoraire ou membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations en matière de garanties « frais de santé » dans le cadre d'opérations collectives.

Les prestations ont pour objet le remboursement de frais de santé occasionnés par une maladie, un accident ou une maternité, en complément des prestations en nature servies par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

Le règlement respecte le cahier des charges des garanties « solidaires et responsables » et sera adapté en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire régissant ce dispositif.

Les droits et obligations de la Mutuelle, des membres participants et des membres honoraires résultent principalement de l'application cumulative :

- des dispositions du Livre II du Code de la Mutualité,
- des Statuts de la Mutuelle,
- du présent règlement collectif,
- des tableaux de garanties, annexés au présent règlement, dont ils font partie intégrante,
- du certificat d'adhésion formalisant les spécificités prévues dans le bulletin
- d'adhésion et ses éventuels avenants,
- de la notice d'information.

ARTICLE 3 : MODIFICATION DU RÈGLEMENT, DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

3.1. Modalités

Conformément aux dispositions de l'article L.221-5 du Code de la Mutualité, la modification du règlement est décidée par l'Assemblée Générale et est portée à la connaissance des membres honoraires et des membres participants de la Mutuelle.

La modification des cotisations et prestations est décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration, sur délégation de l'Assemblée Générale.

3.2. Information.

La modification est applicable dès qu'elle a été notifiée au membre honoraire Souscripteur, charge à lui d'en informer les membres participants. Cette notification pourra être effectuée par courrier simple ou courrier électronique, ou par tout autre moyen de communication, notamment par le biais de tout support durable autorisé par le Code de la Mutualité.

3.3. Support durable

Selon les dispositions de l'article L.221-6-4 du Code de la Mutualité, constitue un support durable, tout instrument offrant la possibilité au membre participant, à l'employeur, à la personne morale souscriptrice ou à la mutuelle, de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées

Quand la Mutuelle met à la disposition du membre participant Souscripteur des documents sur support durable autre que le papier, ceux-ci seront dématérialisés et consultables sur l'Espace Entreprise (via le site Internet de la Mutuelle).

Dans ce cas, à la mise en ligne d'un nouveau document, une information est adressé au membre participant Souscripteur par courrier électronique à l'adresse de messagerie électronique, portée à la connaissance de la Mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la mutualité, le membre participant Souscripteur a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment.

ARTICLE 4 : INFORMATION DU MEMBRE HONORAIRE ET PARTICIPANT

La Mutuelle remet les Statuts, le présent règlement collectif, le certificat d'adhésion, les annexes et éventuels avenants au membre honoraire Souscripteur.

La Mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues 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 ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu :

- de remettre cette notice et les Statuts de la Mutuelle à chaque membre participant et,
- d'informer chaque membre participant des modifications apportées à ses droits et obligations en lui remettant une notice rectifiée en conséquence et transmise par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice d'information et des Statuts aux membres participants incombe au Souscripteur.

Le Souscripteur a l'obligation d'informer chaque membre participant préalablement à la résiliation de l'adhésion collective.

ARTICLE 5 : ADHÉSION

5.1. Adhésion collective de l'employeur ou de la personne morale

- L'adhésion au règlement est réalisée sur la base d'un bulletin collectif d'adhésion signé :
 - o pour les opérations obligatoires : par un employeur,
 - o pour les opérations facultatives : par un employeur ou une personne morale.

Le signataire du bulletin d'adhésion collectif est ci-après dénommé « le Souscripteur ».

Le Souscripteur est l'interlocuteur de la Mutuelle pour la gestion de tout événement se rapportant à l'adhésion collective.

Par la signature du bulletin d'adhésion collectif, le Souscripteur devient membre honoraire de la Mutuelle.

Dans le bulletin d'adhésion collectif, le Souscripteur précise notamment la catégorie de salariés ou de membres bénéficiaires de la couverture frais de santé.

Le Souscripteur précise également dans le bulletin d'adhésion collectif le ou les tableaux de garanties choisis.

- a) Dans le bulletin d'adhésion collectif signé par l'employeur pour la mise en place d'une couverture collective obligatoire pour son personnel, l'employeur choisit le tableau de garanties socle obligatoire et ouvre également la possibilité à ses salariés d'adhérer à titre facultatif à des options de garanties facultatives dites renforts optionnels.

Dans ce cas, l'ensemble des salariés de la catégorie bénéficiaire est affilié à la garantie socle obligatoire choisie par l'employeur. Chaque salarié peut en plus adhérer à titre facultatif à un renfort optionnel. Ce choix vaut pour lui et ses éventuels ayants droit.

- b) Dans le bulletin d'adhésion collectif signé par le Souscripteur pour l'adhésion facultative de ses membres, le Souscripteur peut proposer différentes options de garanties, au choix du membre participant.

5.2. Adhésion individuelle des membres de la catégorie bénéficiaire

L'adhésion individuelle des membres est soit obligatoire, soit facultative. Ne peuvent être bénéficiaires de la Mutuelle que les assurés ayant des droits ouverts dans un régime d'assurance maladie obligatoire français.

Dans tous les cas, les adhésions individuelles au règlement collectif sont de la responsabilité du Souscripteur qui s'engage à informer la Mutuelle de toute entrée et sortie de ses membres ou salariés dans la catégorie bénéficiaire.

La Mutuelle pourra demander au Souscripteur de lui adresser périodiquement des états nominatifs récapitulants les entrées et sorties dans la catégorie bénéficiaire.

5.2.1. Adhésion individuelle des salariés pour les opérations obligatoires

L'adhésion est obligatoire lorsque, sur la base du bulletin d'adhésion signé par un employeur, l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus de s'affilier en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, d'une convention collective ou d'un accord collectif, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

Le Souscripteur s'engage alors à faire adhérer obligatoirement, tous les salariés, présents ou à venir, appartenant à la catégorie définie dans le certificat d'adhésion, sous réserve des éventuelles conditions d'ancienneté et des dispenses d'adhésion autorisées par la réglementation en vigueur et expressément prévues par l'acte juridique régissant la couverture Frais de Santé.

Les salariés du Souscripteur deviennent, à compter de leur date d'affiliation, membres participants de la Mutuelle.

5.2.2. Adhésion individuelle des salariés ou membres de la personne morale souscriptrice pour les opérations facultatives

L'adhésion est facultative lorsque sur la base du bulletin d'adhésion signé par un employeur ou une personne morale, les salariés d'une entreprise ou les membres d'une personne morale adhèrent librement aux garanties proposées par la Mutuelle.

Le Souscripteur s'engage à proposer les garanties aux seuls membres de la catégorie bénéficiaire définie dans le certificat d'adhésion et à fournir à tout moment à la Mutuelle la preuve de la qualité de salarié de la catégorie bénéficiaire ou de membre affilié comme tel de la personne morale.

Les salariés ou membres du Souscripteur qui adhèrent deviennent à compter de cette date membres participants de la Mutuelle.

5.2.3. Modalités pratiques d'adhésion individuelle des salariés ou membres de la personne morale souscriptrice

Un bulletin individuel d'adhésion rempli et signé par le membre appartenant à la catégorie bénéficiaire doit être adressé à la Mutuelle, avec indication, s'il y a lieu du renfort optionnel choisi.

Si l'adhésion collective permet également l'adhésion des ayants droit, le bulletin du membre participant doit être complété par la demande d'affiliation des ayants droit à garantir.

Doivent être joints au bulletin d'adhésion, tous les éléments d'information nécessaires à la Mutuelle (notamment attestation d'assuré social, relevé d'identité bancaire, mandat SEPA, justificatifs de la qualité d'ayant droit, ...).

Afin de faciliter le règlement des prestations, la Mutuelle doit être informée, dès leur survenance, de tout changement sur les données personnelles et familiales indiquées sur le bulletin d'adhésion (adresse, coordonnées bancaires, affiliation ou résiliation d'ayants droit...).

5.3. Couverture des ayants droit

Le Souscripteur peut ouvrir la possibilité aux membres participants de couvrir leurs ayants droit.

5.3.1. Affiliation de l'ayant droit du salarié adhérent à titre obligatoire

Lorsque la couverture frais de santé est mise en place à titre obligatoire par l'employeur, les conditions de couverture des ayants droit des membres participants, notamment leur affiliation à titre obligatoire ou facultatif, sont fonction des dispositions prévues à ce sujet par l'acte juridique régissant les garanties complémentaires Frais de Santé au sein de l'entreprise (convention ou accord collectif, accord ratifié par référendum, décision unilatérale de l'employeur).

Aussi, la vérification des demandes d'affiliation ou de radiation des ayants droit est de la responsabilité du Souscripteur.

5.3.2. Affiliation de l'ayant droit du salarié ou du membre adhérent à titre facultatif

Lorsque l'adhésion des membres participants est facultative, le membre participant doit justifier de la qualité de ses ayants droit lors de la demande d'affiliation et il a la responsabilité d'informer la Mutuelle dès que ces derniers perdent la qualité d'ayant droit afin de procéder à leur radiation.

La Mutuelle pourra demander périodiquement aux membres participants de lui faire parvenir les justificatifs de qualité de leurs ayants droit.

5.3.3. Modalités pratiques d'affiliation de l'ayant droit

L'affiliation des ayants droit aux garanties est subordonnée à l'adhésion du membre participant.

Les ayants droit sont affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

Le changement de renfort optionnel du membre participant entraîne automatiquement celui de ses ayants droit.

Les ayants droit cessent de bénéficier des garanties en même temps que le membre participant ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit.

Peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant :

- son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou son concubin notoire ;
- les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a., jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ou jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire s'ils poursuivent des études ou une formation en alternance, ou sont en contrat d'apprentissage, d'insertion ou de professionnalisation, ou sont inscrits à Pôle Emploi à la recherche de leur premier emploi et non indemnisés ;
- les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a. sans condition d'âge s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles ;
- les ascendants à charge fiscalement du membre participant.

L'inscription de l'enfant d'une personne définie au a. n'est possible qu'à la condition que cette dernière soit inscrite à la Mutuelle.

Le membre participant s'engage à fournir à tout moment à la Mutuelle la preuve de la qualité d'ayant droit de chaque personne inscrite comme telle. Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle, dès leur survenance, de toute modification des informations qu'il a fournies.

ARTICLE 6 : DATE D'EFFET-DURÉE-RÉSILIATION-NULITÉ

6.1. Date d'effet – Durée de l'adhésion collective

L'adhésion collective est réalisée pour une période allant de la date d'effet indiquée sur le certificat d'adhésion au 31 décembre de l'année d'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation de l'adhésion collective.

6.2. Résiliation de l'adhésion collective

Le Souscripteur peut mettre fin à son adhésion collective :

- à l'échéance au 31 décembre en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant cette date d'échéance
- à tout moment, à l'issue de la première année d'adhésion (12 mois), conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité relatif au droit à la résiliation infra-annuelle sous réserve des modalités et conditions d'application fixées par décret en Conseil d'État.

Un changement de garantie tant à la hausse qu'à la baisse entraîne l'application d'un nouveau délai de 12 mois.

Pour les opérations collectives obligatoires, la Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion collective à l'échéance au 31 décembre en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date d'échéance.

L'adhésion peut également être résiliée par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9.

La dissolution de l'entreprise entraîne aussi la résiliation de l'adhésion.

La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date de résiliation. Elle entraîne aussi la résiliation de l'adhésion individuelle du salarié à une option de garanties facultative.

6.3. Résiliation de l'adhésion individuelle

6.3.1. Résiliation de l'adhésion individuelle dans le cadre des opérations collectives obligatoires

Le Souscripteur s'engage à demander la résiliation de l'adhésion individuelle du membre participant :

- lorsque le membre participant n'est plus membre de la catégorie bénéficiaire ;
- lorsque le membre participant n'est plus salarié de l'employeur, sous réserve des cas de maintien de droits dans les conditions détaillées au paragraphe 7-4 du présent règlement ;
- en cas de décès du membre participant ;
- en cas de résiliation de l'adhésion collective obligatoire.

6.3.2. Résiliation de l'adhésion individuelle dans le cadre des opérations collectives facultatives

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion :

- au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre recommandée ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité au moins deux mois avant la date d'échéance de fin d'année ;
 - à tout moment, à l'issue de la première année d'adhésion (12 mois), conformément à l'article L.221-10-2 du code de la mutualité relatif au droit à la résiliation infra-annuelle sous réserve des modalités et conditions d'application fixées par décret en Conseil d'État ;
- Un changement de garantie tant à la hausse qu'à la baisse entraîne l'application d'un nouveau délai de 12 mois ;
- dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice l'informant d'une modification de ses droits ou obligations.

La radiation du membre participant, ou de l'ayant droit, peut être accordée hors période de résiliation annuelle lorsqu'il justifie devoir adhérer à un régime complémentaire santé obligatoire souscrit par son employeur.

L'adhésion peut, en tout état de cause, être résiliée par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 9.

6.3.3. Résiliation de l'affiliation facultative de l'ayant droit

Hors cas d'adhésion obligatoire des ayants droit du salarié aux garanties mise en place par l'employeur, le membre participant peut demander la résiliation de l'affiliation de ses ayants droit au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance de fin d'année.

L'affiliation de l'ayant droit cesse également lorsqu'il ne justifie plus de cette qualité, le membre participant s'engageant à en informer immédiatement la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article 5-3-3, peuvent être ayants droit les enfants jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire sous certaines conditions ; de fait, la résiliation de leur affiliation interviendra au plus tard au 31 décembre de l'année de leur 28e anniversaire.

L'affiliation de l'ayant droit cesse en tout état de cause à la date de résiliation de l'adhésion du membre participant.

6.3.4. Conséquence de la résiliation de l'adhésion individuelle

La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date de résiliation.

En cas de résiliation de son adhésion individuelle, le membre participant a l'obligation de renvoyer sa carte de tiers payant à la Mutuelle à la date de sa radiation.

Les garanties de ses éventuels ayants droit cessent concomitamment.

6.4. Fausse déclaration

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité et 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 dénature par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. 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.

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 peut 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 alors au membre participant la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Déchéance en cas de fraude

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée par l'utilisation de moyens frauduleux ou la production de documents falsifiés (faux décomptes, fausses factures, faux bulletins d'hospitalisation ...) fait perdre tout droit à prestation au membre participant ou à l'ayant droit qui porte ainsi atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Les prestations déjà versées à tort par la Mutuelle dans ces conditions seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu. Toute personne dont la fraude est avérée pourra être exclue de la Mutuelle dans les conditions de l'article 8 des statuts. Elle s'expose également à des poursuites pénales engagées par la Mutuelle.

ARTICLE 7 : GARANTIES

7.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque membre participant à la date inscrite sur son certificat d'adhésion, établi suite à transmission par le Souscripteur à la Mutuelle du bulletin d'adhésion dûment complété.

Pour les adhésions obligatoires aux garanties collectives souscrites par l'employeur, la prise d'effet des garanties est demandée par l'employeur en fonction des dispositions prévues dans l'acte juridique régissant la couverture obligatoire frais de santé (convention ou accord collectif, accord ratifié par référendum, décision unilatérale de l'employeur), notamment, l'arrivée au terme d'éventuelles dispenses d'adhésion.

Les garanties prennent effet pour chaque ayant droit à la date inscrite sur le certificat d'adhésion mis à jour suite à réception par la Mutuelle de la demande d'affiliation dûment complétée et justifiée.

La couverture du membre participant ou de l'ayant droit se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours ; elle se renouvelle automatiquement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation réalisée dans les conditions détaillées à l'article 6.

7.2. Changement de garanties

En cours d'adhésion, le Souscripteur peut demander à la Mutuelle le changement de tableau de garanties socle.

Sauf dérogation accordée par la Mutuelle, cette modification prendra effet le 1^{er} janvier de l'année suivante, à condition que la demande du Souscripteur soit parvenue à la Mutuelle deux mois au moins avant la date d'échéance annuelle.

Un avenant au certificat d'adhésion collectif sera établi ainsi qu'une nouvelle notice d'information.

Le Souscripteur a alors la responsabilité de rendre opposable aux membres participants ce changement de garanties.

7.3. Changement d'option de garanties

- Une adhésion collective obligatoire impose une garantie socle et propose des renforts optionnels facultatifs aux salariés.**
- Une adhésion collective facultative peut proposer différentes options de garanties, au choix du membre participant.**

Sauf demande écrite de radiation ou de changement d'option, dans les conditions décrites ci-après, l'option est reconduite chaque année par tacite reconduction.

Pour les adhésions facultatives, le membre participant peut demander à changer d'option dans les conditions suivantes :

- après un an d'adhésion sur les mêmes garanties, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve que sa demande soit reçue par la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- dans le délai d'un mois suivant la transmission de la notice informant le membre participant d'une modification de ses droits et obligations afférents à l'option facultative de garanties dont il bénéficiait ;
- dans les trois mois suivant un changement de sa situation de famille (affiliation ou radiation d'ayants droit), pour une prise d'effet au premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de sa demande complétée de toutes les pièces justificatives.

Le membre participant et ses ayants droits doivent en tout état de cause bénéficier de la même option de garanties.

7.4. Maintien des Garanties

7.4.1. Dans le cadre de la Portabilité des droits

Ce dispositif de portabilité est déterminé par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, issu de l'article 1 de la Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

7.4.1.1. Conditions de maintien des garanties

Le salarié bénéficie du maintien à titre gratuit de sa couverture frais de santé en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur (le salarié n'ayant pas bénéficié de la couverture santé, soit au titre d'une dispense d'affiliation, soit parce qu'il n'avait pas atteint l'éventuelle ancienneté requise dans l'entreprise pour bénéficier des garanties, n'a pas droit à la portabilité) ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des présentes conditions prévues par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail, selon les modalités prévues par l'acte de droit du travail régissant les garanties en entreprise (accord collectif, accord ratifié par référendum, ou décision unilatérale de l'employeur).

7.4.1.2. Garanties santé maintenues

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale : « les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ». Aussi, toute modification apportée aux garanties collectives des salariés actifs sera également appliquée à la couverture santé maintenue à l'ancien salarié, et à ses éventuels ayants droit, dans le cadre de la portabilité.

La résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou le changement d'organisme assureur lui sera également opposable.

L'information de l'ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties sur ses droits et leur évolution est de la responsabilité du Souscripteur.

7.4.1.3. Modalités pratiques

Le dispositif de maintien de la couverture prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail, sous réserve, d'une part que la Mutuelle en ait été informée par l'employeur par la transmission du bulletin de portabilité prévu à cet effet et, d'autre part, que l'ancien salarié lui adresse, dès ouverture de ses droits à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les justificatifs correspondants.

- Obligations de l'employeur
L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié par l'envoi du bulletin de portabilité.
- Obligations du salarié
L'ancien salarié s'engage à adresser à la Mutuelle, dès sa réception, une copie de la notification d'ouverture de droit émise par Pôle Emploi.
L'ancien salarié devra fournir à la Mutuelle tous les trimestres les justificatifs de ces droits à prise en charge par Pôle emploi et l'informer de tout événement de nature à mettre fin à ses droits à la portabilité, notamment en cas de fin d'indemnisation par l'assurance chômage.
Si l'ancien salarié ne remplit pas son obligation de transmission de ces informations et justificatifs, la Mutuelle pourra lui signifier par lettre recommandée la résiliation définitive de son adhésion. Elle pourra en outre exiger le remboursement de prestations versées sur des périodes pendant lesquelles l'ancien salarié n'a pas justifié de ses droits à portabilité.

7.4.1.4. Financement

Le financement de la portabilité est assuré par un système de mutualisation intégré dans le calcul de la cotisation afférente aux garanties en vigueur dans l'entreprise.

L'ancien salarié, et éventuellement ses ayants droit couverts par les garanties collectives santé lors de la rupture du contrat de travail, n'ont pas de cotisation à acquitter après la cessation du contrat de travail et jusqu'à la fin des droits à portabilité.

7.4.1.5. Cas de cessation de la portabilité santé

La portabilité des garanties santé cesse dans les cas suivants :

- fin de l'indemnisation chômage ;
- non transmission par l'ancien salarié des justificatifs du régime d'assurance chômage ;
- résiliation par le Souscripteur de l'adhésion collective frais de santé en vigueur dans l'entreprise ;
- décès de l'ancien salarié ;
- arrivée au terme de la durée de portabilité des droits et au plus tard douze mois après la cessation du contrat de travail.

7.4.2. Dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Evin »

Les membres participants peuvent bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, selon lesquelles le maintien des garanties est possible, dans le cadre d'une adhésion facultative au présent règlement, pour :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que l'intéressé en

fasse la demande dans les six mois qui suivent la rupture de son contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties ;

- les ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

7.4.2.1. Adhésions antérieures au 1er juillet 2017

Les tarifs applicables aux personnes précédemment visées ne peuvent être supérieurs de plus de cinquante pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

7.4.2.2. Adhésions à partir du 1er juillet 2017

Conformément au Décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, un plafonnement progressif des tarifs est mis en place sur trois ans, à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, selon les modalités suivantes :

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs et,
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50% aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

7.5. Suspension des garanties mises en place à titre obligatoire par l'employeur

7.5.1. En cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu :

- à un maintien total ou partiel de salaire versé par l'employeur,
- ou au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (en cas d'activité partielle, de congé de reclassement, de congé de mobilité, etc.).

Les garanties définies au présent contrat sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs.

7.5.2. En cas de suspension du contrat de travail non indemnisée

En dehors des cas de suspension de contrat de travail ne donnant pas lieu au maintien total ou partiel de la rémunération, les dispositions de l'acte juridique qui régit la couverture frais de santé au sein de l'entreprise, peuvent prévoir le maintien éventuel des garanties, dans les mêmes conditions que pour les actifs, au profit de salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Le maintien des garanties, ou la demande de radiation auprès de la Mutuelle, est de la responsabilité du Souscripteur, dans la mesure où des conditions différentes peuvent être convenues entre le Souscripteur et ses salariés dans l'acte juridique régissant la couverture frais de santé, selon que la période de suspension soit indemnisée ou non et selon le motif de cette absence.

Lorsque le Souscripteur maintient le bénéfice des garanties au profit de ces personnels, les cotisations doivent continuer à être versées à la Mutuelle dans les mêmes conditions que celles du personnel actif.

Lorsque le Souscripteur cesse de maintenir les garanties au profit de membres de son personnel dont le contrat de travail est suspendu, il doit demander leur radiation de l'adhésion collective des actifs à la Mutuelle. L'employeur a la responsabilité d'en informer préalablement le membre participant. Les garanties s'interrompent à la date indiquée par le Souscripteur, ainsi que les appels de cotisations, tant pour la partie socle de garanties obligatoires que pour les opérations facultatives afférentes aux éventuelles options de garanties ou aux garanties des ayants droit.

Une solution d'adhésion à titre individuel peut être proposée par la Mutuelle aux personnes concernées.

Le Souscripteur doit demander à la Mutuelle leur réintégration dans l'adhésion collective au présent règlement dès leur reprise d'activité.

7.6. Descriptif des garanties

Les garanties, leurs limitations et exclusions sont détaillées dans les tableaux de garanties annexés au présent règlement.

Les tableaux de garanties choisis par le Souscripteur sont joints à son certificat d'adhésion.

Les tableaux de garanties choisis sont également joints à la notice d'information transmise par la Mutuelle au Souscripteur pour information des membres participants.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

7.6.1. Limite des remboursements

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 d'un de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

7.6.2. Garanties « responsables »

Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables », détaillé notamment dans l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment,

- sont expressément exclues des prestations :
 - o la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L 160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
 - o la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical

et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale).

- o la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
- o la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.

- Les remboursements respectent les obligations :

- o de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
- o de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
- o de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;
- o de prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1, la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
 - dans le respect de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus la participation de l'assuré prévue au I de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale, pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, ainsi que dans le respect des conditions prévues à l'article D911-1 du code de la Sécurité sociale ;
 - La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L.165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.
- o de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L.162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L.162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
- o de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 ;
 - au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

La prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L.165-1.

La Mutuelle communique avant l'adhésion, puis annuellement les ratios Prestations/Cotisations et Frais de gestion/Cotisations ainsi que la composition des frais de gestion relatifs aux garanties Complémentaire Santé de l'ensemble de son portefeuille selon les modalités précisées par un arrêté du Ministre chargé de la Santé.

7.7. Révision des garanties

Des modifications du cadre législatif ou réglementaire et la parution de nouveaux textes d'application pourront impliquer l'adaptation du présent règlement pour mise en conformité avec les nouvelles règles, par décision de l'Assemblée Générale ou, sur délégation, du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Le règlement sera notamment adapté en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ».

En cas de désaccord du Souscripteur, il pourra résilier l'adhésion collective par envoi d'une lettre recommandée, dans le mois qui suit la notification de cette révision.

L'information de chaque membre participant sur les modifications impactant sa couverture est de la responsabilité du Souscripteur.

ARTICLE 8 : PRESTATIONS

8.1. Conditions de paiement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue, soit par système de Télétransmission, soit sur demande adressée à la Mutuelle, accompagnée des pièces nécessaires au traitement du dossier : décomptes originaux du régime d'assurance maladie obligatoire français et d'autres organismes complémentaires, notes d'honoraires détaillées des praticiens, prescriptions des professionnels de santé et factures originales acquittées, ainsi que tout document supplémentaire demandé par la Mutuelle pour le traitement du dossier.

Dans le cas des frais de transport, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque le membre participant ou un bénéficiaire utilise un véhicule personnel, si le tableau de garantie prévoit un remboursement supérieur à 100%, part de l'assurance maladie obligatoire incluse, le remboursement s'effectue sur la base du barème kilométrique fiscal en vigueur à la date du transport, sur présentation de :

- La copie de l'état de frais adressé à l'assurance maladie obligatoire
- Le décompte de l'assurance maladie obligatoire
- La copie de la carte grise du véhicule

Le traitement des prestations s'effectue à réception du dossier complet des pièces justificatives demandées par la Mutuelle.

A ce moment, le paiement est réalisé sous 48h pour les demandes de remboursement reçues par télétransmission et sous 10 jours pour les décomptes et factures envoyée(s) par courrier.

Dans le cas où ces documents sont transmis par voie dématérialisée, les originaux doivent être conservés par le membre participant ou ses ayants droits afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle ; ceci pour la durée de prescription, soit 2 ans à compter de la date des soins.

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion individuelle (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa date de résiliation quelle qu'en soit la cause) sont remboursées par la Mutuelle, la date des soins faisant foi.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Lorsque la prise en charge des frais d'accompagnement est prévue par la garantie, ils sont remboursés au membre participant.

Lorsque la prise en charge d'une chambre particulière est prévue par la garantie, la Mutuelle rembourse uniquement l'hébergement en chambre individuelle et ne prend pas en compte les services et prestations optionnels.

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle, avant la date de prescription, soit dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

8.2. Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords passés avec les professionnels de santé et la Mutuelle Prévoirance, sur présentation de la carte Mutuelle, en cours de validité.

En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

8.3. Contrôle

Si, après avoir payé un professionnel de santé, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ou que le remboursement dépasse la limite des garanties souscrites, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte dans les conditions de l'article 8.4.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

8.4. Indus

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers payant.

En cas de versement de prestations se révélant indu, la Mutuelle se réserve le droit de :

- compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur ou un crédit de cotisation ou,
- solliciter le remboursement de la prestation induite versée.

ARTICLE 9 : COTISATIONS

9.1. Détermination des cotisations

Les taux, assiettes ou montants des cotisations sont indiqués dans le certificat d'adhésion.

Ces montants sont déterminés dans le respect des principes mutualistes.

Ils sont notamment établis en fonction des tableaux de garanties choisis.

9.2. Paiement des cotisations

Dans le cadre des opérations obligatoires, l'employeur Souscripteur précompte les cotisations. Il est donc responsable du paiement des cotisations auprès de la Mutuelle, tant pour la part patronale que salariale.

Pour les opérations facultatives, soit le Souscripteur réalise le précompte des cotisations, soit elles sont appelées directement auprès de chaque membre participant.

Ce choix de mode de paiement des cotisations est indiqué dans le certificat d'adhésion.

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables selon la périodicité et les modalités indiquées au certificat d'adhésion.

9.3. Révision des cotisations

Chaque année, les cotisations et/ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées sur décision de l'Assemblée Générale ou, sur délégation, du Conseil d'Administration de la Mutuelle, en raison notamment des modifications des bases ou des taux de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire, de l'évolution

des dépenses de santé, des résultats techniques des garanties collectives souscrites, de l'application de nouvelles taxes ou des évolutions législatives ou réglementaires.

La Mutuelle en informe le Souscripteur qui a la charge :

- s'agissant des opérations facultatives, de notifier l'information aux membres participants afin que la modification s'applique à la date de notification et,
- s'agissant des opérations obligatoires, de tout mettre en œuvre pour rendre ces modifications opposables aux salariés.

9.4. Non-paiement des cotisations

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provision) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liés à ce rejet.

- Dans le cadre d'une adhésion collective à titre obligatoire
Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, lorsque l'employeur Souscripteur procède au précompte des cotisations, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est également informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion collectif. Une solution d'adhésion avec paiement individuel peut lui être proposée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion collective dix jours après le délai de trente jours suivant l'envoi de la mise en demeure.

L'adhésion collective non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

- Dans le cadre d'une adhésion collective à titre facultatif
Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité,

- I. Lorsque dans le cadre des adhésions collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion collective dix jours après le délai de trente jours suivant l'envoi de la mise en demeure.

L'adhésion collective non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

- II. Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante 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 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 son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

ARTICLE 10 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

10.1. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur. Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

10.2. Prescription

Conformément aux dispositions des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite dans un délai de 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, 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 adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

10.3. Territorialité

Seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire française pourront être pris en charge par la Mutuelle.

En cas de frais de santé imprévus engagés à l'étranger, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie.

Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'Etat français ; le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

Toutefois, la Mutuelle pourra rembourser selon les taux indiqués dans les tableaux de garantie sous réserve de recevoir :

- l'original ou la copie :
 - o des factures acquittées et des prescriptions médicales (traduites en français) ;
 - o du formulaire S3125 intitulé "Soins reçus à l'étranger"
- l'original :
 - o du décompte de l'Assurance Maladie obligatoire ;
 - o ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

Dans tous les cas, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et des remboursements français dans la limite des frais engagés ; si des prestations annexes à ces soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, elles seront remboursées par la mutuelle de la même manière qu'en France, si le tableau de garantie les prévoit.

10.4. Réclamation - Médiation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle PréviFrance « Réclamation entreprise » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6 par courrier recommandé avec accusé de réception.

En l'absence de réponse dans les 2 mois ou si le différent persiste et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, le membre participant ou ses ayants droit pourront, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle.

Le Médiateur est saisi :

- soit par courrier avec accusé de réception adressé à :
CM2C - 14 RUE SAINT JEAN - 75017 Paris
- soit par voie électronique sur le site internet de CM2C : cm2c.net
- soit par mail à cm2c@cm2c.net

accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

10.5. Autorité de contrôle

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4, Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS cedex 09.

10.6. Action sociale

L'adhésion au présent règlement ouvre accès pour le membre participant et ses ayants droit affiliés à l'Action sociale de la Mutuelle.

10.7. Informatique et libertés

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégués de gestion.

La réception et le traitement des documents comportant des informations médicales par les salariés de la Mutuelle PréviFrance sont effectués dans le respect des procédures internes limitant le nombre de personnes ayant accès à ces renseignements et garantissant leur confidentialité. Ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au secret professionnel.

Dans ce cadre, les salariés de la Mutuelle PréviFrance pourront traiter l'ensemble des informations médicales. Concernant les dossiers de Prévoyance, en cas de refus écrit de l'adhérent/prospect, ces informations seront traitées par le Médecin conseil uniquement.

Pour plus d'informations, les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, et de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle, PREVIFRANCE - Protection des données- 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle, est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr

10.8. Loi et langue applicable

La loi applicable est la loi française.

La langue applicable est la langue française.

Garanties Gamme collective standard (50COLLO3) en vigueur au 01/01/2023

| | ANI 1 + | PLUS 2 + | MULTI 3 + | MAX 4 + | TOP 5 + | ULTRA 6 + |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| SOINS COURANTS | | | | | | |
| Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO ? | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 300 % BR | 400 % BR |
| Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO ? | 100 % BR | 105 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 300 % BR | 400 % BR |
| Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 105 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...) | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Analyses et examens de laboratoire | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 100 % BR | 105 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR |
| Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 100 % BR | 105 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR |
| Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO | 120 % BR | 140 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR | 300 % BR |
| Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 120 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Matériel médical - Orthopédie, petits et grands appareillages | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR | 300 % BR |
| Matériel médical - Forfait orthopédie, petits et grands appareillages | - | - | 30 €/an | 50 €/an | 70 €/an | 100 €/an |
| Matériel médical - Prothèses capillaires et mammaires | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR + 200 €/an | 100 % BR + 300 €/an | 100 % BR + 350 €/an | 100 % BR + 400 €/an |
| HOSPITALISATION (1) | | | | | | |
| Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO | 120 % BR | 140 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR | 300 % BR |
| Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 120 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait | 24 € | 24 € | 24 € | 24 € | 24 € | 24 € |
| Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR | 300 % BR |
| Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO | 100 % BR | 105 % BR | 130 % BR | 180 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Frais de séjour | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Forfait journalier | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Forfait patient urgence | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR | 100 % FR |
| Chambre particulière en chirurgie : durée illimitée et médecine : durée illimitée en maternité : 60 jours /an, rééducation : 60 jours /an, maison de repos : 60 jours /an, maison de convalescence : 60 jours /an et moyen séjour : 60 jours /an | - | 50 €/jour | 55 €/jour | 65 €/jour | 80 €/jour | 100 €/jour |
| Chambre particulière en ambulatoire limitée à 10 jours / an | - | 20 €/jour | 25 €/jour | 30 €/jour | 35 €/jour | 40 €/jour |
| Frais d'accompagnement - enfants de moins de 16 ans ou adultes de plus de 75 ans : 30 jours - autres cas : 2 jours | - | 15 €/jour | 20 €/jour | 25 €/jour | 25 €/jour | 30 €/jour |
| Garanties majorées en cas d'accident de la circulation | | | | | | |
| Actes chirurgicaux et d'anesthésie OPTAM/OPTAM-CO | 180 % BR | 200 % BR | 250 % BR | 300 % BR | 350 % BR | 400 % BR |
| Actes chirurgicaux et d'anesthésie Hors OPTAM/OPTAM-CO | 160 % BR | 180 % BR | 200 % BR | 200 % BR | 200 % BR | 200 % BR |
| Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie) | 120 €/jour | 120 €/jour | 120 €/jour | 120 €/jour | 120 €/jour | 120 €/jour |
| Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours maximum par accident) | 15 €/jour | 25 €/jour | 30 €/jour | 30 €/jour | 30 €/jour | 30 €/jour |
| Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...) | 100 €/an | 100 €/an | 100 €/an | 100 €/an | 100 €/an | 100 €/an |
| OPTIQUE (2) 1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue | | | | | | |
|  Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A) | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral |
| Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) | | | | | | |
| - Verre simple | 40 €/verre | 75 €/verre | 85 €/verre | 125 €/verre | 145 €/verre | 145 €/verre |
| - Verre complexe | 90 €/verre | 100 €/verre | 120 €/verre | 190 €/verre | 255 €/verre | 270 €/verre |
| - Verre très complexe | 90 €/verre | 100 €/verre | 120 €/verre | 190 €/verre | 255 €/verre | 300 €/verre |
| - Monture | 25 € | 50 € | 75 € | 100 € | 100 € | 100 € |
| Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique PréviFrance | | | | | | |
| - D'un équipement à verres simples. Dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables » | + 30 € | + 30 € | + 30 € | + 30 € | + 30 € | + 30 € |
| - D'un équipement à verres complexes. Dans la limite des plafonds des « Contrats Responsables » | + 60 € | + 60 € | + 60 € | + 60 € | + 60 € | + 60 € |
| Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
| Forfait Lentilles remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire | - | 80 €/an | 120 €/an | 150 €/an | 180 €/an | 220 €/an |
| Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance | + 30 €/an | + 30 €/an | + 30 €/an | + 30 €/an | + 30 €/an | + 30 €/an |
| Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie) | - | 200 €/œil | 300 €/œil | 400 €/œil | 450 €/œil | 550 €/œil |

* Tels que définis réglementairement

DENTAIRE (3)

| 100% SANTÉ Soins et prothèses 100 % Santé * (Panier sans reste à charge) | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral |
|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Soins et consultations | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Inlay-Onlay | 100 % BR | 100 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Prothèses remboursées par l'AMO (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR | 350 % BR | 400 % BR | 450 % BR |
| Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) | 125 % BR | 125 % BR | 150 % BR | 170 % BR | 200 % BR | 250 % BR |
| Prothèses non remboursées par l'AMO | - | 150 €/an | 200 €/an | 300 €/an | 400 €/an | 450 €/an |
| Orthodontie remboursée par l'AMO | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR | 350 % BR | 350 % BR | 400 % BR |
| Orthodontie non remboursée par l'AMO | - | 200 €/an | 300 €/an | 400 €/an | 500 €/an | 600 €/an |
| Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO | 125 % BR | 200 % BR | 300 % BR | 350 % BR | 400 % BR | 450 % BR |
| Implantologie et parodontologie non remboursées par l'AMO | - | 400 €/an | 500 €/an | 650 €/an | 750 €/an | 800 €/an |

* Tels que définis réglementairement

AIDES AUDITIVES (4) 1 prothèse par oreille tous les 4 ans

| 100% SANTÉ Équipement 100 % Santé * (Classe 1) | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral | Remboursement intégral |
|--|------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Équipement hors 100% Santé (Classe 2) | | | | | | |
| Aides auditives - Prothèses auditives par oreille | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR + 200 €/oreille | 100 % BR + 300 €/oreille | 100 % BR + 350 €/oreille | 100 % BR + 400 €/oreille |
| Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance | + 100€/oreille | + 100€/oreille | + 100€/oreille | + 100€/oreille | + 100€/oreille | + 100€/oreille |

*Tels que définis réglementairement.

TRANSPORT

| | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|

LES PLUS (5)

| | | | | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Cures Thermales - Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 150 % BR | 150 % BR |
| Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Amniocentèse, Contraception, Fécondation in vitro, Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables, Ostéodensitométrie, Sevrage tabagique, Vaccins non remboursés | - | 30 € | 40 € | 50 € | 60 € | 70 € |
| Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, ergothérapeute, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure-Podologue, Psychologue, Psychomotricien | - | 20 €/séance 3 séances max/an | 30 €/séance 3 séances max/an | 35 €/séance 3 séances max/an | 40 €/séance 3 séances max/an | 45 €/séance 3 séances max/an |
| Actes de prévention remboursés par l'AMO | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR | 100 % BR |

La réglementation impose la **différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires** des médecins. **OPTAM /OPTAM-CO** : votre médecin adhère à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé. Vous bénéficiez de la prise en charge indiquée dans le tableau de garantie ci-dessous. **Hors OPTAM /OPTAM-CO** : votre médecin n'adhère pas à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, la prise en charge des dépassements d'honoraires est minorée de 20 % BR et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.

Ces garanties sont conformes à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elles seront automatiquement adaptées en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

Mentions complémentaires

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) HOSPITALISATION

- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.**
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.**
- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation **uniquement dans les secteurs précisés dans le tableau de garanties**; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.
- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.
- Est réputé « accident de la circulation », l'accident :
 - provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
 - survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre. Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

(2) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
 - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
 - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
 - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100 €.
- L'équipement 100 % Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420 €, un équipement complexe : 700 €, un équipement très complexe : 800 €, un équipement simple et complexe : 560 €, un équipement simple et très complexe : 610 €, ou un équipement complexe et

très complexe : 750 €.

- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

(3) DENTAIRE

- Les soins et prothèses 100 % santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.
- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

(4) AIDES AUDITIVES

- L'équipement 100 % Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des « Contrats Responsables » (1700 €/oreille).
- En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans les limites des plafonds des « contrats responsables ».

(5) LES PLUS

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.
- Les médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % ; la Mutuelle rembourse ces médicaments sur présentation de la facture originale acquittée.

