

Mutualia Santé
FNAROPA

Mutualia
Alliance Santé

La Fédération Nationale des Associations de Retraités des Organismes Professionnels Agricoles (FNAROPA) souhaite faire bénéficier les membres des associations adhérentes d'une couverture complémentaire santé de bon niveau.

Pour réaliser cet objectif, la FNAROPA a fait le choix de souscrire un contrat collectif à adhésion facultative auprès de Mutualia Alliance Santé, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et membre du Groupe Mutualia.

Le présent document constitue la notice d'information prévue à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

La FNAROPA est dénommée ci-après « Le Souscripteur », « Mutualia Alliance Santé », « la Mutuelle » ou « Mutualia » et la personne adhérente au contrat « Adhérent » ou « Membre participant ».

La notice définit les garanties prévues par ce contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et précise notamment le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

La FNAROPA met à la disposition de l'association dont vous êtes membre

la présente notice d'information que l'association est tenue de vous remettre accompagnée des statuts et, le cas échéant du règlement intérieur de la Mutuelle.

Dans le cadre d'une vente en agence ou hors établissement, la Mutuelle vous remettra directement l'ensemble des documents contractuels dont la présente notice.

En cas de modification de la présente notice, l'association ou la Mutuelle vous remettront une notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle.

SOMMAIRE

P.07	CHAPITRE I. LE BENEFICE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE
P.07	■ 1. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR LA FNAROPA ?
P.07	■ 2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ ?
P.07	■ 3. COMMENT ADHÉRER ET POUR QUELLE DURÉE ?
P.08	■ 4. QUAND L'ADHÉSION PREND-T-ELLE FIN ?
P.08	■ 5. COMMENT CHOISIR ET CHANGER SA FORMULE ?
P.09	■ 6. QUE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION INTERVENANT DANS VOTRE SITUATION ?
P.09	CHAPITRE II. PRISE D'EFFET ET TERME DES GARANTIES
P.09	■ 1. QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?
P.09	■ 2. QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES FIN ?
P.09	CHAPITRE III. VOS GARANTIES ET PRESTATIONS
P.09	■ 1. QU'EST-CE QUE LE CONTRAT RESPONSABLE ?
P.10	■ 2. A QUELLES GARANTIES AI-JE DROIT ?
P.10	■ 3. REMBOURSEMENT : COMMENT FAIRE ?
P.11	CHAPITRE IV. DISPOSITIONS GENERALES
P.11	■ 1. COTISATIONS
P.11	■ 2. PRESCRIPTION
P.11	■ 3. SUBROGATION
P.12	■ 4. CONTRÔLE MÉDICAL
P.12	■ 5. FAUSSE DÉCLARATION
P.12	■ 6. RÉCLAMATIONS
P.12	■ 7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE
P.12	■ 8. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS
P.13	CHAPITRE V. ANNEXES
P.13	ANNEXE 1 : GARANTIES, CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATION ET EXCLUSIONS DE GARANTIES
P.18	ANNEXE 2 : LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ (LEXIQUE)

ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

A remettre à l'association membre de la FNAROPA souscriptrice du contrat collectif

Je soussigné(e) _____ reconnais avoir reçu une notice d'information sur le régime de remboursement de frais de santé objet du contrat collectif souscrit par la FNAROPA auprès de Mutualia, ainsi que les statuts et le règlement intérieur de celle-ci.

Fait à :

Le :

Signature



NOTICE D'INFORMATION MUTUALIA SANTE FNAROPA

CHAPITRE I LE BENEFICE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

■ 1. QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT SOUSCRIT PAR LA FNAROPA ?

Le contrat a pour objet de proposer des garanties de protection sociale complémentaire portant sur le risque « santé » au bénéfice des membres du souscripteur relevant du territoire d'exercice de la Mutuelle.

Les garanties qu'il propose répondent aux critères du cahier des charges des contrats dits « responsables » défini par les articles L. 871-1 et R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les membres du Souscripteur qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « membre participant » de la Mutuelle ; leur adhésion est facultative.

Ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

■ 2. QUI PEUT BÉNÉFICIER DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ ?

2.1. Adhérents : Conditions d'adhésion

Peuvent exclusivement adhérer au présent contrat, les personnes membres des associations adhérentes à la FNAROPA.

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

2.2. Ayants droit : Conditions de rattachement

Les statuts de la Mutuelle définissent les personnes physiques pouvant bénéficier des garanties du contrat en qualité d'ayants droit d'un Adhérent.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule dont bénéficie l'Adhérent.

■ 3. COMMENT ADHÉRER ET POUR QUELLE DURÉE ?

3.1. Modalités d'adhésion

L'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative nécessite d'accomplir certaines formalités.

Pour cela, il vous est remis le Bulletin d'adhésion, les statuts de la Mutuelle et, le cas échéant, son règlement intérieur, ainsi que la présente notice d'information du contrat.

Vous devez compléter le Bulletin d'adhésion ainsi remis, pour vous-même et, le cas échéant, vos ayants droits. Pour bénéficier des prestations, doivent également être joints à ce bulletin, une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer datant de moins de 6 mois, un relevé d'identité bancaire, un mandat SEPA comportant votre numéro IBAN, ainsi que l'ensemble des autres éléments qui y sont visés.

Pièces justificatives à fournir pour enregistrer un ayant-droit

Statut		Justificatifs
Conjoint et assimilés	Conjoint	Copie de l'attestation de la Carte Vitale
	Concubin Et Partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	
Enfant (s) du participant, du conjoint et assimilés	Pour tous les enfants quelle que soit leur situation	Copie de l'attestation Carte vitale de l'enfant
	Pour les enfants de 21 ans poursuivant des études et affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale	Carte d'étudiant en vigueur pour l'année scolaire ou certificat de scolarité
	Pour les enfants en premier apprentissage âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que le participant	Copie du contrat d'apprentissage
	Pour les enfants exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 55% du SMIC âgés de moins de 21 ans vivant sous le même toit que le participant	Copie du contrat de travail Copie du livret de famille
	Pour les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes	Carte d'invalidité
Personnes à la charge du Membre participant	Ascendant à charge au sens du Régime Obligatoire et vivant sous le même toit que le Membre participant	Copie de l'attestation de la Carte Vitale

La signature du Bulletin d'adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis par les statuts, le règlement intérieur le cas échéant et la notice d'information.

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

L'adhésion est matérialisée par une carte d'adhérent.

3.2. Dispositions particulières aux adhésions réalisées à distance ou « hors établissement »

Mutualia reconnaît aux adhérents un droit de renonciation dans les conditions définies ci-dessous, lorsque l'adhésion au contrat a

été effectuée exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance (par exemple Internet, vente par correspondance, téléphone) ou dans le cadre d'une vente hors établissement (démarchage à domicile, à résidence, sur le lieu de travail ou tout autre lieu non destiné à la commercialisation).

Il est rappelé que le présent contrat est régi par la loi française (y compris en ce qui concerne la juridiction compétente en cas de litige) et notamment le Code de la mutualité et que la langue française est l'unique langue de communication de la Mutuelle.

Aucun coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance n'est perçu

par la Mutuelle. Le Membre participant conserve la charge de ses frais de communication, variable selon son opérateur.

a. Prise d'effet de la souscription à distance ou hors établissement

En cas de souscription à distance ou hors établissement, la prise d'effet de l'adhésion au contrat est retardée jusqu'à l'expiration des délais de renonciation ci-dessous, sauf si le Membre participant demande à la Mutuelle à bénéficier d'une prise d'effet antérieure à leur expiration. Est prise en compte à cette fin la date d'effet indiqué lors de l'adhésion.

b. Droit de renonciation pour les souscriptions à distance

Le Membre participant qui a adhéré au contrat exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations prévues à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

Pour les adhésions renouvelables par tacite reconduction, ce droit de renonciation ne s'applique qu'au contrat initial.

c. Droit de renonciation pour les souscriptions hors établissement

La Mutuelle reconnaît également à tout consommateur qui a adhéré au contrat hors d'un établissement habituel de la Mutuelle ou à la suite d'un démarchage individuel et personnalisé hors de cet établissement, la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

d. Conséquence de l'exercice du droit de renonciation

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

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

e. Modèle de courriers de renonciation

Le Membre participant qui souhaite exercer son droit de renonciation peut exprimer sa décision par toutes déclarations sous toutes formes, sous réserve qu'elle soit dénuée d'ambiguïté, le modèle figurant ci-dessous ayant un caractère facultatif.

Il est rappelé que la charge de la preuve de l'envoi de la renonciation pèse sur le Membre participant (article 1315 du Code civil).

Modèle de lettre de renonciation :

Madame, Monsieur,

*Je soussigné (nom - prénoms).....
déclare renoncer à mon adhésion au
contrat MUTUALIA SANTE FNAROPA garanti*

par Mutualia conclu dans le cadre d'une vente à distance ou dans le cadre d'un démarchage.

Mon adhésion prendra fin à la date de réception, par votre organisme, de la présente lettre de renonciation.

J'ai bien noté que Mutualia me remboursera la cotisation afférente à la période pendant laquelle j'étais couvert(e) dans un délai maximum de 30 jours à compter de cette date, déduction faite, le cas échéant, du montant des prestations versées.

Si ce dernier montant est supérieur au montant remboursé par La Mutuelle, je m'engage à reverser le différentiel.

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

3.3. Date d'effet de l'adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur celle-ci et coïncident au 1^{er} jour d'un mois.

3.4. Durée de l'adhésion

Votre adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

■ 4. QUAND L'ADHÉSION PREND-T-ELLE FIN ?

4.1. Résiliation annuelle

a. Adhésion

Dans tous les cas, vous avez jusqu'au 31 octobre pour résilier votre adhésion au contrat par lettre recommandée.

b. Ayants droit

Vous pouvez, de la même manière, résilier le rattachement de l'un de vos ayants droit à effet au 31 décembre de chaque année en adressant votre demande au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

4.2. Résiliation en cas de modification

En cas de modification de vos droits et obligations, vous pouvez résilier votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice informant de ces modifications, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

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

4.3. Perte des conditions d'adhésion

L'adhésion prend fin lorsque les conditions prévues au I. 2.1 Adhérents : Conditions d'adhésion ne sont plus remplies par l'Adhérent.

4.4. Résiliation en cas de non-paiement des cotisations

Les garanties prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes, dans les conditions prévues au

IV. 1.3. Défaut de paiement des cotisations.

4.5. Résiliation du contrat

Les adhésions prennent fin dans tous leurs effets en cas de résiliation du contrat souscrit par le Souscripteur.

■ 5. COMMENT CHOISIR ET CHANGER SA FORMULE ?

5.1. Choix de la formule et du Forfait Bien-être et Prévention

Vous pouvez opter pour l'une des formules et l'un des forfaits proposés en remplissant la partie qui leur est dédiée au Bulletin d'adhésion.

L'adhésion à une formule ouvre droit à la souscription d'un Forfait Bien-être et Prévention.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule (et le Forfait Bien-être et Prévention le cas échéant) que vous avez choisie pour vous-même en tant qu'Adhérent.

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

5.2. Changement de formule

En cas de changement de formule le droit aux prestations de la nouvelle formule prend effet immédiatement, sous réserve d'un délai de carence applicable aux soins prothétiques. Une franchise de 6 mois s'applique pour les remboursements et allocations forfaitaires se rapportant aux prothèses dentaires, aux implants, à la parodontologie, à l'orthodontie, aux prothèses orthopédiques et auditives, à l'optique, et d'une manière générale à tous les appareillages. Pendant ce délai, les prestations seront remboursées conformément aux garanties de l'option initialement choisie.

Les demandes de changement de formule de base en cours d'année doivent parvenir par écrit à la Mutuelle et sont possibles sous réserve des conditions suivantes :

- Le changement n'est pas autorisé en cours d'année.
- Il peut intervenir au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

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

Le changement de formule pour lequel vous optez s'applique obligatoirement à vos ayants droit qui ne peuvent bénéficier que de la formule dont vous bénéficiez.

Ce changement de formule entraîne l'édition d'une nouvelle carte d'adhésion mise à jour.

5.3. Changement et résiliation de Forfait Bien-être et Prévention

- Changement de Forfait Bien-être et Prévention

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

Il peut intervenir au 1^{er} janvier de l'année

suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

Dans tous les cas, l'option des ayants droit doit toujours être identique à celle de l'Adhérent.

• La résiliation du Forfait Bien-être et Prévention

La résiliation n'est pas autorisée en cours d'année.

Elle intervient au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

■ 6. QUE FAIRE EN CAS DE MODIFICATION INTERVENANT DANS VOTRE SITUATION ?

6.1. Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

Vous devez signaler dans les meilleurs délais aux services administratifs de la Mutuelle, tout changement administratif d'ordre familial et social (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, concubinage, PACS (pacte civil de solidarité), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte bancaire, changement de statut professionnel, cessation d'activité etc.), que ce soit pour vous-même ou l'un de vos ayants droit.



Mutualia met à votre disposition un espace personnel en ligne, pour consulter vos remboursements et effectuer toutes vos demandes de type administratif. Vous y trouverez aussi votre contrat, les dernières informations sur votre mutuelle ainsi qu'un programme de parrainage. Demandez directement votre accès en ligne sur notre site internet mutualia.fr, rubrique espace adhérent.

6.2. Décès

En cas de décès d'un bénéficiaire (Membre participant ou ayant droit), le certificat de décès doit être produit dans un délai d'un mois suivant le décès. Sa radiation intervient à la date du décès, étant précisé que tout mois commencé est dû.

Les bénéficiaires rattachés au Membre participant décédé restent garantis de plein droit jusqu'à l'échéance de paiement de la dernière cotisation encaissée.

CHAPITRE II PRISE D'EFFET ET TERME DES GARANTIES

■ 1. QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES EFFET ?

Seuls les frais de santé dont la date de soins est postérieure à la date d'effet des garanties du bénéficiaire peuvent donner lieu à prise en charge.

1.1. Adhérent

Vos garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion. C'est-à-dire, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur celle-ci et coïncidant au 1^{er} jour d'un mois.

1.2. Ayants droit

Les garanties de vos ayants droit prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception de demande de rattachement ou à une date ultérieure fixée sur celle-ci coïncidant au 1^{er} jour d'un mois.

2. QUAND LES GARANTIES PRENNENT-ELLES FIN ?

2.1. Fin de l'adhésion ou du rattachement d'un ayant droit

La fin de votre adhésion, telle que visée I. 4. Quand l'adhésion prend-elle fin ? de la présente notice, entraîne la perte de la garantie pour vous et vos éventuels ayants droit à compter de cette date.

De même, la résiliation du rattachement d'un ayant droit dans les conditions visées au I. 4. Quand l'adhésion prend-elle fin ? de la présente notice, entraîne la perte de la garantie pour celui-ci à compter de cette date.

2.2. Perte de la qualité d'ayant droit

La perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie au I. 2.2. Ayants droit : Conditions de rattachement de la présente notice, entraîne, pour ce dernier, la perte de la garantie à compter de cette date.

CHAPITRE III VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

■ 1. QU'EST-CE QUE LE CONTRAT RESPONSABLE ?

Les garanties « complémentaire santé »

proposées sont « responsables » au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

1.1. Médecin traitant

Mutualia vous incite à respecter le parcours de soins coordonnés, qui consiste notamment à désigner à sa caisse de Régime Obligatoire, un médecin traitant qui coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

Ce médecin doit ainsi être consulté en premier lieu en cas de problème de santé ou pour être orienté si besoin vers un praticien spécialiste. En respectant cette procédure, vous entrez « dans le parcours de soins » et bénéficiez d'un suivi médical de qualité et de meilleurs remboursements.

Exception : Il est possible de consulter directement un gynécologue, un ophtalmologiste, un stomatologue et un psychiatre ou neuro-psychiatre pour les personnes entre 16 et 25 ans. Il est bien entendu également possible de se rendre aux urgences sans passer par votre médecin traitant.

1.2. Contrat d'accès aux soins

Le contrat responsable promeut le contrat d'accès aux soins dans lequel les médecins s'engagent à réguler et modérer leurs dépassements d'honoraire. Mutualia incite ses Adhérents à consulter des praticiens ayant souscrit un contrat d'accès aux soins, en prévoyant un meilleur remboursement dans ce cadre.

1.3. Exclusions

Au titre du caractère responsable des garanties, ne sont pas pris en charge :

• La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale (CSS) ;

• Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 322-2 du CSS ;

• La majoration de participation des adhérents et de leurs ayants droit :

- visée à l'article L. 162-5-3 du CSS en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (Situation hors parcours de soins coordonnés) ;

- lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 1111-15 du CSS d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;

• Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en

Exemple à titre indicatif :

Consultation au tarif de 35€	Base de remboursement Régime Obligatoire	Régime Obligatoire	Formule F150	Reste à charge
médecin généraliste secteur 2, adhérent au CAS	23€	15,10€	18,40€	1,50€
médecin secteur 2, non adhérent au CAS	23€	15,10€	13,80€	6,10€

application du 18° de l'article L. 162-5 du CSS (Situation hors parcours de soins coordonnés), à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

• Et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 CSS et par ses textes d'application.

■ 2. A QUELLES GARANTIES AI-JE DROIT ?

2.1. Prestations garanties et Base de remboursement

Les garanties du présent contrat se déclinent en 3 formules :

- F 100
- F 150
- F 300

Elles sont assorties de 2 forfaits optionnels.

Les prestations garanties sont définies dans le tableau de garanties figurant à l'Annexe n° 1 de la présente notice d'information.

L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés aux conditions particulières.

Sous réserve des exclusions et des limitations ci-dessus la Mutuelle prend en charge le montant du ticket modérateur qui correspond à la partie des dépenses de santé restant à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie.

La prise en charge du ticket modérateur s'applique aussi à la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes dépassant un certain tarif (actes « lourds »).

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 la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient, et ce, dans le cadre des « contrats responsables ».

2.2. Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

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

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

2.3. Limite des remboursements – principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de 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 et avant prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du CSS.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs

organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

■ 3. REMBOURSEMENTS : COMMENT FAIRE ?

3.1. Quels justificatifs ?

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations :

- au vu des décomptes originaux de la Sécurité sociale ;
- au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie obligatoire (CPAM ou MSA) ;
- sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles,
- Et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément, pour les prestations donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire les pièces justificatives sont :

- Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
 - 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 :
 - justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

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

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par

Prestations	Décompte du Régime Obligatoire	Facture acquittée
Frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie PEC RO	✓	✓
Frais d'appareillage	✓	✓
Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale	-	✓ facture détaillée de l'établissement hospitalier
Dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier...) et les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé	-	✓ facture détaillée de l'établissement
Cures thermales	✓	✓ la facture acquittée de l'établissement de cure

la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

Les prestations garanties sont versées soit directement sur votre compte bancaire, soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant).

3.2. Spécificité du tiers payant

Le tiers payant vous 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.



Besoin d'un devis optique ou dentaire pour savoir combien vous serez remboursé suite à vos prochains frais ?
Effectuez votre demande grâce à votre espace adhérent.
Mutualia vous donne une réponse dans les 48h (jours ouvrés) pour toute demande de devis en dentaire et instantanément avec le service Carte Blanche pour un devis optique.



En cas d'hospitalisation programmée, contactez votre service de gestion au plus tôt au numéro indiqué sur votre carte d'adhérent.
Il vous délivrera une prise en charge à remettre lors de votre entrée en établissement hospitalier.

La carte d'adhérent qui vous a été remise permet le tiers payant avec certaines professions 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 la prise d'effet de votre résiliation.

3.3. A qui adresser les demandes de remboursement ?

Mutualia a choisi la MSA comme partenaire pour la gestion de ses contrats. Mise en place depuis plusieurs années, cette collaboration est pour ses Adhérents un gage de qualité de service, basé sur des valeurs communes que sont la proximité, la solidarité et le conseil.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à votre organisme de gestion dont l'adresse figure sur votre carte d'adhérent.

CHAPITRE IV DISPOSITIONS GENERALES

1. COTISATIONS

1.1. Fixation des cotisations

Les garanties sont acquises moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle pour chaque bénéficiaire assuré. Le montant de la cotisation dépend de l'âge atteint au 1^{er} janvier de l'année. S'agissant des Adhérents relevant du Régime Maladie Obligatoire d'Alsace-Moselle, un tarif spécial leur est appliqué.

Lorsque l'Adhérent d'une association membre de la FNAROPA fait également adhérer un ou plusieurs membres de sa famille, le tarif applicable à chacun des membres est celui correspondant à l'âge atteint au 1^{er} janvier de l'année.

L'Adhérent se voit automatiquement appliquer le nouveau tarif de sa classe d'âge au 1^{er} jour du mois qui suit la date où il change de tranche d'âge.

1.2. Evolution des cotisations

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

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 de l'Adhérent et sont payables en même temps que les cotisations.

1.3. Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues par l'Adhérent qui les règle directement auprès de la Mutuelle.

Elles sont appelées à terme à échoir ou à terme échu. Elles peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire mensuellement ou d'un paiement par chèque mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon la périodicité définie à l'adhésion.

1.4. Défaut de paiement des cotisations

Le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

Lors de cette mise en demeure, l'Adhérent 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 ou au bulletin d'adhésion.

2. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au contrat sont prescrites par deux ans à compter de

l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où La Mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant 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 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.

3. 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.

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.

■ 4. CONTRÔLE MÉDICAL

Les différends d'ordre médical auxquels peut 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 ou son ayant droit pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de La Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour La Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination

■ 5. FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhérent 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 l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhérent par lettre recommandée, la Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Adhérent par rapport au taux des cotisations qui

auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

■ 6. 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 et que ces demandes doivent être adressées à votre conseil habituel.

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant à :

Mutualia Alliance Santé

1, rue André Gatoux CS 10905

62033 Arras cedex

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

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

■ 7. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément à l'article L. 510-1 du Code de la Mutualité, le contrôle sur les mutuelles et unions régies par le livre II du Code de la Mutualité est exercé par :

**L'Autorité de Contrôle Prudenciel
et de Résolution**

61 rue Taitbout

75436 Paris cedex 09

■ 8. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et au suivi du contrat. Les destinataires des données sont La Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, les Membres participants, ainsi que leurs ayants droit bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui les concernent, droit qui peut être exercé en s'adressant au siège social de la Mutuelle. :

Mutualia Alliance Santé

1, rue André Gatoux CS 10905

62033 Arras cedex

Ils sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de La Mutuelle ou de ses partenaires, sauf opposition de leur part, pour des produits et services analogues.

ANNEXE 1 : GARANTIES, CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATION ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

SOINS COURANTS	F100	F150	F300
Consultations, visites, médecins gén. ou spé. CAS , sages-femmes (conventionnés ou non)	100%	150%	300%
Consultations, visites, médecins gén. ou spé. Hors CAS (conventionnés ou non)	100%	130%	200%
Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	100%	150%	300%
Actes de biologie médicale : analyses, prélèvements, examens de laboratoire	100%	150%	300%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie (hors milieu hospitalier) CAS	100%	150%	300%
Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie (hors milieu hospitalier) Hors CAS	100%	130%	200%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...) actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) CAS	100%	150%	300%
Actes d'imagerie (IRM, scanners...) actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) Hors CAS	100%	130%	200%
PHARMACIE	100%	100%	100%
HOSPITALISATION			
Honoraires : actes cliniques et techniques CAS	100%	150%	300%
Honoraires : actes cliniques et techniques Hors CAS	100%	130%	200%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie CAS	100%	150%	300%
Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétrique - actes d'anesthésie Hors CAS	100%	130%	200%
Frais de séjour	100%	150%	300%
Forfait journalier hospitalier (1)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière avec hébergement (2)	40€ / jour	50€ / jour	100€ / jour
Forfait accompagnant de l'enfant de moins de 18 ans (3)	-	50€ / jour	100€ / jour
Forfait confort à l'hôpital (4)	-	5€ / jour	10€ / jour
OPTIQUE, lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf enfants de -18 ans et changement de dioptrie, le forfait est annuel (5)			
2 verres simples (dont monture)	150€ (max. 50€)	250€ (max. 75€)	350€ (max. 120€)
2 Verres mixtes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	175€ (max. 50€)	275€ (max. 75€)	375€ (max. 120€)
2 Verres complexes (dont monture)	200€ (max. 50€)	300€ (max. 75€)	400€ (max. 120€)
Lentilles PEC RO / an	100% + 200€	100% + 300€	100% + 400€
Lentilles non PEC RO (inclus lentilles jetables) / an	200€	300€	400€
Chirurgie réfractive de l'œil (par œil / par an)	-	300€	400€
DENTAIRE			
Frais de soins et actes (y compris Inlay / Onlay)	100%	150%	300%
Prothèses PEC RO (y compris Inlay Core) (6)	125%	150%	300%+200€/an
Forfait annuel prothèses non remboursées par le RO mais figurant à la nomenclature Sécurité sociale	100%	150%	300%
Orthodontie remboursée par le RO	125%	150%	300%
Forfait annuel IPP (Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire), soins et orthodontie non PEC RO	-	250€/an	300€/an
APPAREILLAGE			
Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses, orthèses	100%	150%	300%
Prothèses auditives	100%	150%	300%+200€/an
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES			
Frais de transport	100%	150%	300%
Cure thermique PEC RO (soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	100%	150%	300%
Actes de prévention PEC RO	100%	100%	100%
Forfaits Bien-être et Prévention (7)	optionnels	optionnels	optionnels

CAS : contrat d'accès aux soins. Les garanties **non CAS** sont inférieures d'au moins 20% aux garanties **CAS**. **RO** : Régime Obligatoire. **PEC / NON PEC RO** : Pris en charge / Non pris en charge par le Régime Obligatoire. **BR** : Base de Remboursement. Les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat. Les forfaits lunettes incluent la prise en charge du ticket modérateur.

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles.
 (2) Durée limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. (3) Durée limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Pour la formule 300 : Forfait limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. (4) Forfait confort à l'hôpital : (TV, téléphone, wifi, chambre particulière ne donnant pas lieu à hébergement...). Forfait limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire quelle que soit la durée de l'hospitalisation. (5) Conditions et modalités d'utilisation de la garantie précisées dans la Notice d'Information. (6) Plafond annuel par bénéficiaire de 0,5 fois le PMSS en vigueur au 1er janvier de l'année. Pour la formule F300, Plafond annuel par bénéficiaire de 1 fois le PMSS en vigueur au 1er janvier de l'année. (7) Forfait global à utiliser librement sur les consultations de médecines douces et autres prestations.

A. FORFAIT LUNETTES

Définition

Le forfait lunettes vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de lunettes en complément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Par « lunettes » il convient d'entendre un équipement composé de deux verres et d'une monture.

Le forfait lunettes est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros. Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité. Il inclut le remboursement des verres et de la monture, étant précisé qu'au sein même de cette enveloppe, un plafond de remboursement maximal est alloué au remboursement des frais d'acquisition de la monture.

Périodicité

La prise en charge du forfait lunette est limitée à **un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans.**

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait lunettes peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

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

Cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement ou d'un élément de l'équipement optique (verres ou monture). Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Lorsque le Bénéficiaire effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part, la monture, d'autre part, les verres), la période pendant laquelle un équipement optique peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève deux ans après.

Exemple : le contrat de l'Adhérent prévoit un plafond de garantie de 250 euros pour les équipements optiques à verres simple foyer dont une garantie de 75 euros pour la monture et la période de 2 ans est fixée à compter de la date d'acquisition de l'équipement. L'Adhérent acquiert le 28 septembre 2016 deux verres simple foyer pour 200 euros. En janvier 2017, il souhaite acquérir une monture pour compléter son équipement optique. La monture pourra être couverte dans la limite de 50 euros. La prise en charge du renouvellement de son équipement (verres et monture) pourra s'effectuer à compter du 29 septembre 2019.

Montant

Le montant du forfait dépend de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision.

Le montant du forfait lunettes varie ainsi en fonction de la nature des verres. Chaque forfait lunettes comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture.

Les forfaits lunettes sont distingués entre Lunettes « Verres simples », Lunettes « verres complexes » et Lunettes « verres mixtes » de la manière suivante :

Lunettes « Verres simples »			
Utilisation	Verre simple foyer qui corrige un défaut spécifique tel que la myopie légère ou l'astigmatisme léger. Il corrige un défaut de loin ou de près.		
Equipement	Equipement comportant : Deux verres simple foyer sphère comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries. Et une monture.		
Formule :	F100	F150	F300
Le forfait est limité à :	150 euros	250 euros	350 euros
Dont au maximum pour la monture :	50 euros	75 euros	120 euros

Lunettes « Verres mixtes »			
Utilisation	La paire de lunettes se compose d'un verre simple et d'un verre complexe dont chacun des verres corrige un défaut spécifique à l'œil correspondant.		
Equipement	<p>- Equipement comportant : Verre 1 : Un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; Verre 2 : Un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries <u>ou</u> un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; Et une monture.</p> <p>- Equipement comportant : Verre 1 : un verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; Verre 2 : un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries <u>ou</u> un verre multifocal ou progressif ; Et une monture.</p>		
Formule :	F100	F150	F300
Le forfait est limité à :	175 euros	275 euros	375 euros
Dont au maximum pour la monture :	50 euros	75 euros	120 euros

Lunettes « Verres complexes »			
Utilisation	Dits aussi verres multifocaux, le verre se compose de 2 ou 3 foyers corrigeant chacun un défaut visuel spécifique permettant une amélioration de la vision que ce soit de près ou de loin. On retrouve dans cette catégorie les verres progressifs qui corrigent selon l'angle de vision. Ils sont utilisés pour corriger la presbytie.		
Equipement	<p>- Equipement comportant : Deux verres simple foyer dont la sphère est hors zone à - 6,00 ou + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries <u>ou</u> deux verres multifocaux ou progressifs ; Et une monture.</p> <p>- Equipement comportant : Verre 1 : un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries <u>ou</u> un verre multifocal ou progressif ; Verre 2 : un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries <u>ou</u> un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; Et une monture.</p> <p>- Equipement comportant : Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries <u>ou</u> à deux verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries. Et une monture.</p>		
Formule :	F100	F150	F300
Le forfait est limité à :	200 euros	300 euros	400 euros
Dont au maximum pour la monture :	50 euros	75 euros	120 euros

B. LENTILLES OPTIQUES NON PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

La garantie dépend de la formule choisie, ainsi :

Formule :	F100	F150	F300
Garantie	200 euros	300 euros	400 euros

La période d'utilisation du forfait est d'un année civile. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait.

Au-delà du forfait, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur lorsqu'il y a eu remboursement par le régime obligatoire

C. FORFAIT CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Forfait global par œil et par année civile, dont le montant forfaitaire dépend de la formule choisie :

Formule :	F100	F150	F300
Garantie	-	300 euros	400 euros

D. PRESTATIONS D'HOSPITALISATION :

Frais de séjour

La Mutuelle prend en charge la totalité du ticket modérateur relatif aux frais de séjours dans un établissement de santé public et privé conventionné par le régime obligatoire.

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur relatif aux frais de séjour dans un établissement de santé privé non-conventionné sur la base du tarif d'autorité appliqué à ce type d'établissement.

Selon la garantie souscrite, les frais de séjour dans un établissement de santé privé non conventionné peuvent être pris en charge par la Mutuelle pour un montant supérieur au ticket modérateur.

Forfait journalier hospitalier

La Mutuelle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier des établissements médico-sociaux régis par le Code de l'Action sociale et des familles.

Chambre particulière avec hébergement

La Mutuelle verse à l'Adhérent un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire.

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

Chambre particulière sans hébergement

La Mutuelle ne prend pas en charge les frais d'une chambre particulière sans hébergement.

Dans le cadre de nos garanties, les Adhérents qui en bénéficient peuvent utiliser le forfait confort à l'hôpital pour financer la chambre particulière sans hébergement.

Forfait accompagnement de l'enfant de moins de 18 ans

Il est versé sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire. Pour la formule F 300 le forfait est limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.

Forfait confort à l'hôpital

Le forfait peut prendre en charge les frais liés notamment à la TV, le téléphone, le wifi, la chambre particulière ne donnant pas lieu à hébergement.

Il est limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire quelle que soit la durée de l'hospitalisation.

E. PRESTATIONS DENTAIRES

Est pris en charge au titre des prestations dentaire le ticket modérateur.

Les bénéficiaires ont droit en outre à un forfait annuel IPP (Implantologie, parodontologie, prophylaxie bucco-dentaire), soins et prothèses non pris en charge par le Régime obligatoire.

Son montant par an et par bénéficiaire varie selon la formule choisie :

Formule :	F100	F150	F300
Garantie	-	250 euros/an	300 euros/an

Ce forfait sert à financer des prestations non remboursées par le régime obligatoire.

F. FORFAIT BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION

Les forfaits Bien-Être et Prévention permettent le remboursement de prestations sur une base forfaitaire annuelle globale.

Conditions d'utilisation

En règle générale nos forfaits remboursent les prestations et équipements non pris en charge par le Régime Obligatoire (RO).

L'Adhérent peut choisir librement un Forfait Bien-Être et Prévention parmi les deux forfaits proposés.

La souscription au forfait est facultative.

Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

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

L'Adhérent doit, préalablement au versement du forfait, présenter à La Mutuelle les justificatifs de dépenses.

Il est utilisable pour les consultations en médecine douce ou des prestations non remboursées par le régime obligatoire telles que visées dans le tableau de garanties étant précisé :

• **Contraception** : pilule, patch, implant prescrits par un médecin ou une sage-femme. Le forfait ne comprend pas la prise en charge des préservatifs.

• **Médicaments, spécialités homéopathiques** : la pharmacie et l'homéopathie prescrites et non remboursées par le RO prennent en charge : l'homéopathie, les antihistaminiques, les veinotoniques, les médicaments contre les troubles du sommeil, les médicaments contre les troubles de la ménopause (traitement hormonal substitutif).

• **Traitement préventif du paludisme** : le forfait prend en charge les dépenses de médicaments et de spécialités pharmaceutiques sur prescription médicale.

• **Appareillage** : le forfait prend en charge l'appareillage inscrit à la Liste des Produits et Prestations (LPP) remboursables par le Régime Obligatoire, prescrits par un médecin.

• **Médecine douces** : Ostéopathie/ Etiopathie, Chiropractie, consultation de Diététicien, Nutritionniste, consultation de Psychologue libéral, Pédicure-Podologue, Psychomotricien.

Ne peuvent faire l'objet d'un remboursement au titre de ce forfait, que les consultations, des professionnels de santé suivants :

- Ostéopathe/Chiropracteur, inscrit au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer ;
- Acupuncture, exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement ;
- Etiopathie, exercé par un praticien recensé dans l'annuaire de l'Institut français des étioopathes.
- Psychologue Nutritionniste/Diététicien, Psychomotricien inscrits au répertoire ADELI ou au répertoire amené à le remplacer.

• **Vaccins** : le forfait prend en charge les vaccins non remboursés par le Régime Obligatoire et prescrits ou non par un médecin.

• **Sevrage tabagique** : La Mutuelle prend en charge les substituts nicotiniques (patch, gommes...) délivrés sur prescription médicale.

• **Prothèses capillaires suite à une radio ou une chimiothérapie** : avec ou sans prescription médicale, sur présentation des justificatifs.

• **Frais d'accompagnement du bénéficiaire de plus de 60 ans à l'hôpital** : sur présentation des justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes.

• **Frais de déplacements et d'hébergement en cure thermale** : sur prescription médicale, frais non pris en charge par le Régime Obligatoire prescrit ou non par un médecin.

• **Basse vision** : sert à financer l'achat du matériel permettant d'améliorer les capacités visuelles des personnes mal voyantes : télé-agrandisseurs, loupes électroniques, loupes à main, loupes éclairantes, etc.

• **Fournitures incontinences** : avec ou sans prescription médicale, non remboursées par le Régime Obligatoire.

ANNEXE 2 : LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ (LEXIQUE)

Ce lexique reprend l'ensemble des termes utilisés dans le tableau des garanties et la Notice d'information.

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.

Appareillage : Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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 (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

• **Tarif de responsabilité (TR)** : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Sont synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaire : Personne assurée au titre du présent contrat (membre participant / adhérent ou ayant droit), inscrite et portée au bulletin d'adhésion.

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.

Secteur 1 / Secteur 2 : Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

• Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

• Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Il convient de distinguer :

- Le médecin conventionné qui a adhéré au « contrat d'accès aux soins » (voir ci-après) qui pratique des dépassements modérés et dont les soins sont mieux remboursés tant par l'Assurance Maladie que par la Mutuelle.

- Le médecin qui n'a pas adhéré au « contrat d'accès aux soins », et qui ne s'est donc pas engagé à modérer et stabiliser ses honoraires.

Le site annuaire.santé.ameli.fr permet de retrouver le secteur d'exercice du médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins.

Contrat d'accès aux soins (CAS) : La finalité du contrat d'accès aux soins est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

Peuvent adhérer au CAS les médecins libéraux du secteur 2 (à honoraires libres), les médecins titulaires du droit à dépassement permanent et les médecins titulaires des titres leur permettant d'exercer en secteur 2.

Les médecins qui ont signé un CAS avec l'assurance maladie obligatoire s'engagent à réguler et modérer leurs dépassements d'honoraires.

En contrepartie, l'Assurance maladie obligatoire applique à l'activité des médecins signataires du CAS le taux de remboursement du secteur 1 (médecins appliquant des tarifs sans dépassements d'honoraires), de sorte que l'assuré social sera mieux remboursé.

Dans le cadre de la réglementation sur les contrats responsables, la Mutuelle rembourse également mieux les soins effectués dans le cadre du CAS que ceux effectués hors CAS.

Le site annuaire.santé.ameli.fr recense les médecins ayant adhéré au CAS.

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

• 50 centimes d'euros par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,

• 50 centimes d'euros 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 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après la date de l'accouchement ;

• et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

(ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat, ne rembourse pas ces franchises médicales.

Médecin traitant : Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

Parcours de soins coordonnés : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Une personne est hors parcours de soins coordonnés si elle :

- n'a pas déclaré de médecin traitant ;
- consulte un autre médecin sans être orientée par son médecin traitant, sauf si elle se trouvait dans une situation d'urgence et/ou d'éloignement géographique.

Cependant, pour certains soins et certaines spécialités, un accès direct est possible sans passer par le médecin traitant. C'est le cas pour :

- un gynécologue, pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse, l'IVG médicamenteuse ;
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre, pour les personnes entre 16 et 25 ans ;
- un stomatologue, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

Hors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la Mutuelle, **au titre du caractère responsable du contrat, ne prend pas en charge la différence.**

Participation forfaitaire des actes coûteux ou Forfait « 18 euros » : Participation forfaitaire qui s'applique sur les actes pratiqués lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe et dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte). Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait. Son montant peut être révisé par voie réglementaire.

Cette participation forfaitaire se substitue au ticket modérateur, elle est prise en charge par Mutualia.

Participation forfaitaire d'un euro : Participation laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 4 euros par jour, 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : le PMSS est une base de calcul permettant de fixer chaque année les nouveaux montants des cotisations au régime de retraite de base et de retraite complémentaire, de l'aide au logement et des allocations chômage, etc.

Le PMSS sert également de référence aux remboursements de dépenses de santé. Le plafond mensuel de Sécurité sociale est donc autant une base de calcul des prestations sociales que des cotisations

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)

