



Contrat Fédération Régionale des AROPA du Grand Est (FRAGE)

Contrat collectif d'assurance complémentaire santé à adhésion Facultative

Entre

Mutualia Alsace - Grand Est, Mutuelle complémentaire santé et prévoyance régie par le livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au SIRENE sous le n° 401 234 240,

domiciliée à COLMAR - 9 rue de Guebwiller,

représentée par Monsieur Thierry MULLER

dénommée ci-après La Mutuelle

Et

La Fédération Régionale des AROPA du Grand EST

représentée par Daniel CRANCE – Président dûment mandaté par les Présidents des AROPA du Grand Est à savoir :

- AROPA 52, AROPA 10, AROPA 21, AROPA 51/08, AROPA 54/88, AROPA 55, AROPA 57, AROPA 89, AROPA ALSACE (67-68), AROPA de FRANCHE COMTE (25-39-70-90)

dénommée ci après LE SOUSCRIPTEUR



SOMMAIRE

Préambule

Chapitre I : Dispositions générales

Article 1 : Objet du contrat

Article 2 : Vie du contrat

Article 2-1 : Date d'effet et durée du contrat

Article 2-2 : Modification du contrat

Article 2-3 : Résiliation du contrat

Article 3 : Adhésion au contrat

Article 3-1 : Conditions d'adhésion

a. Adhérents

b. Ayants droit

Article 3-2 : Modalités d'adhésion

Article 3-3 : Dispositions particulières aux adhésions réalisées à distance ou « hors établissement »

Article 3-4 : Choix des garanties

a. Choix de la formule

b. Changement de formule

Article 3-5 : Date d'effet de l'adhésion

Article 3-6 : Durée de l'adhésion

Article 4 : Fin de l'adhésion

Article 4-1 : Résiliation annuelle

a. Adhérents

b. Ayants droit

Article 4-2 : Résiliation en cas de modification de la formule

Article 4-3 : Perte des conditions d'adhésion

Article 4-4 : En cas de non-paiement des cotisations

Article 5 : Obligations d'information

Article 5-1 : Obligations de l'adhérent envers La Mutuelle

a. Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

b. Décès

Article 5-2 : Obligations du souscripteur envers les adhérents : Notice d'information

Article 5-3 : Information de La Mutuelle relative aux frais de gestion et d'acquisition

Article 6 : Prescription

Article 7 : Subrogation

Article 8 : Clause de sauvegarde

Article 9 : Dispositions diverses relatives aux contrôles

Article 9-1 : Contrôle médical

Article 9-2 : Fausse déclaration

a. Intentionnelle

b. Non Intentionnelle

Article 9-3 : Réclamations

Article 9-4 : Autorité de contrôle

Article 9-5 : Loi Informatique et Libertés



Chapitre II : Les Cotisations

Article 10 : Fixation des cotisations

Article 11 : Evolution des cotisations

Article 11-1 : Impôts et taxes

Article 11-2 : Révision annuelle

Article 11-3 : Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

Article 12 : Appel des cotisations

Article 13 : Défaut de paiement des cotisations

Chapitre III : Les Prestations

Article 14 – Objet et étendue de la garantie

Article 14-1 Objet de la garantie complémentaire santé

Article 14-2 Prestations garanties

Article 14-3 Base de remboursement

Article 14-4 : Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Article 14-5: Limite des remboursements – principe indemnitaire

Article 14-6 Evolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

Article 15 – Caractère « responsable » du contrat

Article 15-1 Principes

Article 15-2 Respect des obligations (le cas échéant, plafonnées) des contrats responsables

Article 15-3 Distinction entre le remboursement des consultations et actes dispensés par les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins et ceux dispensés par les médecins n'y ayant pas adhéré

Article 15-4 Définitions, conditions et modalités d'utilisation du « forfait lunettes »

Article 15-5: Exclusions au titre du caractère responsable du contrat

Article 16 : Date d'effet de la couverture

Article 16-1 : Adhérent

Article 16-2 : Ayants droit

Article 17: Règlement des prestations

Article 18 : Fin de la couverture

Article 18-1 : Fin de l'adhésion

Article 18-2 : Perte de la qualité d'ayant droit

Annexe 1 : Garanties

Tableau de garanties

Conditions d'utilisation, limitation et exclusions de garanties

Annexe 2 : Glossaire

Annexe 3 : Cotisations



Préambule

L'association **FRAGE** a choisi la mutuelle **MUTUALIA ALSACE-GRAND EST** pour proposer à ses membres une couverture en frais de santé adaptée à son objet. Le présent contrat est collectif à adhésion facultative.

Chapitre I : Dispositions générales

Article 1 : Objet du contrat

Le présent 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 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 ».

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité, et notamment son livre II.

Article 2 : Vie du contrat

Article 2-1 : Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} janvier 2016.

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

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées à l'article 2-3 ci-dessous.

Article 2-2 : Modification du contrat

Toute modification du contrat sera constatée par l'émission et la signature d'un avenant. Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents par Le Souscripteur dans les conditions prévues à l'article 5-2 du présent contrat.

Article 2-3 : Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié annuellement par Le Souscripteur ou La Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception adressée au plus tard le 31 Octobre de chaque année.

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



Article 3 : Adhésion au contrat

Article 3-1 : Conditions d'adhésion

a. Adhérents & Ayants droit

Peuvent exclusivement adhérer au présent contrat, les personnes membres des associations AROPA membre de la FRAGE. Cette garantie est accordée sans limite d'âge, sans formalité médicale et sans délai de carence.

Les personnes assurables au titre du présent contrat sont :

- Les adhérents des associations AROPA membres de la FRAGE (Fédération Régionale des Aropas du Grand Est),
- Le conjoint, le concubin ou la personne ayant conclu un PACS avec un adhérent AROPA,
- Les enfants à charge du père ou de la mère au sens des régimes obligatoires de Sécurité Sociale.

Sont considérés comme adhérents, l'ensemble des Retraités Agricoles ayant fait l'objet d'une déclaration d'adhésion **dûment transmise par les AROPA** du Grand Est selon des modalités à définir avec chacune d'elle.

Article 3-2 : Modalités d'adhésion

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

L'adhésion au contrat résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion, dûment complété, mentionnant, le cas échéant, les ayants droits et auquel doivent être joints une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer de moins de 6 mois, un relevé d'identité bancaire, un mandat SEPA comportant le numéro IBAN, ainsi que l'ensemble des éléments visés dans ce bulletin.

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 mutualiste.

Le membre participant se voit remettre, les statuts de la mutuelle et, le cas échéant, son règlement intérieur, ainsi que la notice d'information du contrat.

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.

Article 3-3: 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 :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) 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 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. Modèles 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, les modèles 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 FRAGE garanti par Mutualia Alsace - Grand Est, conclu (Choisir entre : « à distance » ou « dans le cadre d'un démarchage [Préciser les modalités de l'adhésion] »).

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

J'ai bien noté que Mutualia Alsace - Grand Est 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.

Article 3-4 : Choix des garanties

a. Choix de la formule

L'adhérent peut opter pour l'une des deux formules proposées en remplissant la partie qui leur est dédiée au Bulletin d'affiliation.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule dont bénéficie l'adhérent (l'ouvrant droit).



b. Changement de formule

Les garanties individuelles prennent effet immédiatement, sans délai de stage préalable et à compter de la date d'affiliation du membre participant et de ses ayants droit.

Le changement est autorisé sous réserve de rester au moins deux années calendaires dans la formule souscrite initialement.

En cas de changement ultérieur, la formule du groupe familial doit toujours être identique. Les changements de formule en cours d'année doivent parvenir par écrit à la Mutuelle et sont possibles sous réserve des conditions suivantes :

A la hausse :

- Le changement n'est pas autorisé en cours d'année.
- Le changement est autorisé sous réserve de rester au moins deux années calendaires dans la nouvelle formule avant tout autre changement.
- Il peut intervenir au 1er janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

A la baisse :

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

Exception : Toutefois, Le changement est autorisé en cours d'année à titre dérogatoire s'il est justifié par des circonstances économiques ; il fait alors l'objet d'une décision expresse de la Mutuelle. Il prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

Article 3-5 : Date d'effet de l'adhésion

L'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.

Article 3-6 : Durée de l'adhésion

L'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 1er janvier de chaque année.

Article 4 : Fin de l'adhésion

Article 4-1 : Résiliation annuelle

a. Adhérents

L'Adhérent a dans tous les cas jusqu'au 31 octobre pour résilier son adhésion au contrat par lettre recommandée.



b. Ayants droit

L'adhérent peut, de la même manière, résilier le rattachement de l'un de ses ayants droit à effet au 31 décembre de chaque année en adressant sa demande au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Article 4-2 : Résiliation en cas de modification

En cas de modification de ses droits et obligations, l'adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

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

Article 4-3 : Conditions d'adhésion

L'adhésion prend fin lorsque les conditions de l'article 3-1 du présent contrat ne sont plus remplies par l'adhérent.

Article 4-4 : 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 à l'article 13 du présent contrat.

Article 4-4 : Résiliation du contrat

Les adhésions prennent fin dans tous leurs effets en cas de résiliation du présent contrat.

Article 5 : Obligations d'information

Article 5-1 : Obligations de l'adhérent envers LA MUTUELLE

a. Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

Tout changement administratif d'ordre familial et social (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, concubinage, PACS (pacte civil de solidarité), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte postal ou bancaire, changement de statut professionnel, cessation d'activité etc.) doit être signalé dans un délai d'un mois aux services administratifs de la mutuelle, qu'il s'agisse du membre participant lui-même ou des membres de sa famille affiliés à la mutuelle de son chef.

b. 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.



Article 5-2 Obligations du Souscripteur envers les adhérents : Notice d'information

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

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice, ainsi que les statuts et, le cas échéant, le règlement intérieur de La Mutuelle à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, Le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par La Mutuelle.

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

Article 5-3 : Information de La Mutuelle relative aux frais de gestion et d'acquisition

La Mutuelle communique annuellement à l'Adhérent le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties du présent contrat en pourcentage des cotisations ou primes y afférents.

Article 6 : Prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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 Souscripteur,



en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à La Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

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

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

Article 7 : 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.

Article 8 : Clause de sauvegarde

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

Dans l'hypothèse de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les engagements de la Mutuelle ne pourront s'en trouver augmentés.

Ainsi, soit les parties conviennent par avenant au présent contrat des aménagements nécessaires à apporter aux cotisations et/ou aux prestations, soit les prestations resteront acquises sur la base du présent contrat c'est-à-dire que les



cotisations et les prestations resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avant les modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, ces modifications ne pouvant en aucun cas venir augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle.

Article 9 : Dispositions diverses relatives aux contrôles

Article 9-1 : 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.

Article 9-2 : Fausse déclaration

a. Intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par La Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour La Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. 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.

b. Non Intentionnelle

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 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 le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant



par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 9-3 : 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 directement à :

**Mutualia Alsace - Grand Est
9 rue de Guebwiller
68023 COLMAR 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.

Article 9-4 : Autorité de Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de La Mutuelle est :

**Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
61 rue Taitbout
75436 Paris cedex 09**

Article 9-5 : 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 à

**Mutualia Alsace - Grand Est – Siège social : 9 rue de Guebwiller
68023 COLMAR 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.



Chapitre II : Les Cotisations

Article 10 : Fixation des cotisations

Les prestations sont assurées par La Mutuelle en contrepartie du versement des cotisations.

Les cotisations sont fixées conformément à l'article L. 112-1 du Code de mutualité et sont annuelles. Elles ne peuvent être fixées en fonction de l'état de santé des adhérents : le contrat est dit « solidaire ».

Elles sont déterminées en fonction de l'âge et d'un coefficient que l'on affecte selon le lieu de résidence et le régime de sécurité social d'affiliation de l'adhérent.

Elles figurent en **Annexe 3** du présent contrat.

Article 11 : Evolution des cotisations

Article 11-1: Impôts et taxes

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

Article 11-2 : Révision annuelle

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

L'évolution annuelle des cotisations est déterminée par le Conseil d'Administration de MUTUALIA et sera appliquée sur la base de tarification figurant à l'annexe 3 du présent protocole d'accord.

Toutefois, en application des dispositions statutaires en vigueur, les modulations de cotisations suivantes seront appliquées annuellement à **compter du 1^{er} janvier 2017**

↳ Les modulations de cotisations suivantes seront appliquées annuellement :

- Si le rapport Prestations / Cotisations est inférieur à 83% HT, la cotisation du contrat ne sera pas réévaluée.
- Si le rapport Prestations / Cotisations est compris entre 83% HT et 88% HT, l'évolution sera conforme à l'évolution fixée par le Conseil d'Administration de Mutualia Alsace - Grand Est.
- Si le rapport Prestations / Cotisations est supérieur à 88% HT, un réajustement supérieur à l'évolution fixée par le conseil d'administration sera appliqué. Ce réajustement ne pourra être supérieur à 150% du taux annuel d'évolution fixé par le Conseil d'Administration.



L'actualisation ainsi obtenue fera l'objet d'un avenant tarifaire transmis annuellement à la FRAGE.

En tout état de cause, MUTUALIA s'engage à informer et à fournir à la FRAGE tous les justificatifs sur l'évolution annuelle des tarifs qui sera retenue.

Ainsi, chaque année, avant le 31 octobre, La Mutuelle communique au Souscripteur, pour l'année qui suit, l'évolution envisagée des cotisations. Cette dernière fait l'objet d'un avenant. En cas de refus du Souscripteur, ce dernier peut résilier le contrat aux conditions prévues par l'article 2-3 du présent contrat.

Article 11-3 : Révision en cas de modification de l'environnement légal et réglementaire

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

Jusqu'à la date d'effet des nouvelles conditions résultant desdits aménagements ainsi négociés, ainsi que dans l'hypothèse d'un défaut d'accord des parties, il sera fait application de la clause de sauvegarde prévue à l'article 8 du présent contrat.

Article 12 : Appel des cotisations

Les cotisations sont dues par le membre adhérent qui les règle directement auprès de la MUTUELLE.

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

Article 13 : 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.



Chapitre III : Les Prestations

Article 14 – Objet et étendue de la garantie

Article 14-1 : Objet de la garantie complémentaire santé

Les garanties « complémentaire santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux Bénéficiaires le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le contrat.

Article 14-2 : Prestations garanties

Les prestations garanties sont définies en **Annexe 1** du présent contrat. 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.

Article 14-3 : Base de remboursement

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 ».

Article 14-4 : 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 en annexe 1.

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



Article 14-5 : 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 indemnisations 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 Code de la sécurité sociale.

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

Article 14-6 : Evolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

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

Article 15 : Caractère « responsable » du contrat

Article 15-1 : Principes

Les garanties du présent contrat répondent au nouveau « cahier des charges » des charges des contrats dits « responsables » posé par les articles L. 871-1 et R. 871-1 et suivant du CSS.

Ces articles ont pour objectifs de réguler les dépassements d'honoraires et d'agir sur le prix de l'optique en interdisant certaines prises en charge et en imposant des plafonds et limites à ces remboursements.

L'article 15-2 ci-après détaille les planchers de prise en charge qui ont été instaurés par ces textes pour préserver la qualité du niveau de couverture, en cohérence avec la politique d'accès aux soins menée par le Gouvernement. Les articles 15-3, 15-4 et 15-5 qui suivent détaillent, quant à eux, les restrictions obligatoires à apporter aux garanties des Bénéficiaires, conformément à ces dispositions.

En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », Le Souscripteur et La Mutuelle s'engagent à adapter le présent contrat selon les modalités prévues par la législation en vigueur, le cas échéant par voie d'avenant.

Article 15-2 : Respect des obligations (le cas échéant, plafonnées) de prise en charge des contrats responsables

Le présent contrat respecte l'ensemble des obligations et conditions de prise en charge posées par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivant CSS.

Ainsi, le présent contrat prend en charge :



- L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 CSS, c'est-à-dire du ticket modérateur (à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L.162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées aux II et III de l'article L.322-2 CSS cf. article 15-5 ci-après);

- le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, étant précisé qu'il s'agit uniquement du forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ainsi que le prévoit la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ;

- les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5, dans la double limite de

125 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité, pour les soins engagés en 2015 et 2016 ;

100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité, pour les soins engagés à partir de 2017.

- les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans le respect des minima et maxima fixés ci-dessous, incluant le montant du ticket modérateur :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres 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 ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres 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 et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.



Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures de l'équipement est limitée à 150 euros maximum. Attention, il s'agit d'un maximum absolu envisagé par les textes précités. En pratique, en fonction des garanties choisies, figurant en annexe 1 du présent contrat, cette prise en charge des montures peut être moins élevée.

Cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Ces prestations pourront être amenées à évoluer pour tenir compte des dispositions législatives ou réglementaires prises dans le cadre des contrats responsables.

Article 15-3 : Distinction entre le remboursement des consultations et actes dispensés par les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins et ceux dispensés par les médecins n'y ayant pas adhéré

Conformément à l'article R. 871-2 CSS, le présent contrat prend en charge les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale mentionnée à l'article L.162-5 CSS, de manière plafonnée, dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable. Par exception et à titre transitoire, ce montant est fixé à 125% pour les soins délivrés en 2015 et 2016 ;
- elle est inférieure à la prise en charge proposée par le présent contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent au dispositif du contrat d'accès aux soins, en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas au contrat d'accès aux soins et couverts par une garantie du contrat.

Les garanties présentées en annexe 1 peuvent prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques font l'objet d'une prise en charge.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.



Article 15-4 : Définitions, conditions et modalités d'utilisation du « forfait lunettes »

Le forfait « lunettes » est l'un des éléments de la garantie optique qui peut, le cas échéant en outre comprendre, selon les modalités présentées en annexe 1, un forfait lentilles et un forfait chirurgie réfractive des yeux.

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.

La prise en charge du forfait lunettes 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 justifiée 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. 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 (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) 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 70 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 2016, 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 2018.

Les montants des Forfaits lunettes sont précisés en annexe 1.

Chaque Forfait lunettes comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture. Le montant du forfait lunettes dépend de la nature de l'équipement optique, selon les définitions suivantes:

- **Lunettes « Verres simples » :**

- 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.

- **Lunettes « Verres mixtes » :**

- 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 ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

Et une monture.

- 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 ou un verre multifocal ou progressif ;

Et une monture.

- **Lunettes « Verres complexes » :**

- 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 ou ***deux verres*** multifocaux ou progressifs ;

Et une monture.

- 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 ou 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 ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;



Et une monture.

- Equipement comportant :

Deux verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à + 8,00 dioptries ou *deux verres* multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries.

Et une monture.

Article 15-5: Exclusions au titre du caractère responsable du contrat

Les garanties « complémentaire santé » proposées au contrat sont « responsables » au sens de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application.

A ce titre, ne sont pas pris en charge :

- La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- La majoration de participation des adhérents et de leurs ayants droit :
 - visée à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale 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 Code de la sécurité sociale d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;
- Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale (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.

Article 16: Date d'effet de la couverture

Article 16-1 : Adhérent

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion. C'est-à-dire, conformément à l'article 3-5 du présent contrat, 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.

Article 16-2 : Ayants droit

Les garanties des 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.



Article 17 : Règlement des prestations

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 ;
- sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles,
- Et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément :

- pour les frais d'optique, les prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie faciale prises en charge par la Sécurité sociale : le décompte du Régime Obligatoire et la facture acquittée ;
- pour les frais d'appareillage dans le cas où cette prestation est prévue à la garantie : le décompte du Régime Obligatoire et la facture acquittée du fournisseur ;
- pour les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : facturation détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier ;
- pour les dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier...) et les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé dans le cas où ces prestations sont prévues à la garantie : la facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier ;
- pour les cures thermales prises en charge par la Sécurité sociale : la facture acquittée de l'établissement de cure et le décompte du Régime Obligatoire.
- 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 :
 - justification de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

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

La carte d'adhérent remise au salarié 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 du départ du salarié de l'entreprise.

Tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

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



Article 18: Fin de la couverture

Article 18-1 : Fin de l'adhésion

La fin de l'adhésion, telle que visée à l'article 4 du présent contrat, entraîne la perte de la garantie pour le membre participant et ses ayants droit à compter de cette date.

Article 18-2 : Perte de la qualité d'ayant droit

La perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie à l'article 3-1 du présent contrat entraîne la perte de la garantie.

Fait à Colmar le 4/11/2015

Thierry MULLER

Daniel CRANCE

Philippe MOCQUERY

Le Directeur Général

Le Président de la FRAGE

Le Président de l'Aropa 10

Alain Gidon

Daniel COFFINET

Daniel CRANCE

Le Président de l'Aropa 21

Le Président de l'Aropa
51/08

Le Président de l'Aropa 52

Michel THOMAS

Guy PEIFFER

Daniel PONTISSO

Le Président de l'Aropa 55

Le Président de l'Aropa
54/88

Le Président de l'Aropa 57

Gérard MOSCA

Michel Ruty

Raymond Clément

Le Président de l'Aropa 89

Le Président de l'Aropa de
Franche-Comté

Le Président de l'Aropa
Alsace

Annexe 1 : Garanties

Tableau de garanties VOIR PLAQUETTE

		GARANTIES			
CHEZ MUTUALIA, NOS GARANTIES S'ADAPTENT À VOS BESOINS					
PEC RO : Pris En Charge par le Régime Obligatoire. Non PEC RO : Non Pris En Charge par le Régime Obligatoire.		Régime obligatoire	Régime Obligatoire Alsace - Moselle	Régime Obligatoire + Régime complémentaire LES GARANTIES MUTUALIA SAINTE FRAGE	
				FRAGE 150	FRAGE 300
	SOINS COURANTS				
	Consultations, visites, médecins généralistes ou spécialistes CAS , sages-femmes (conventionnés ou non)	70%	90%	150%	300%
	Auxiliaires médicaux : infirmiers, kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes	60%	90%	150%	300%
	Actes de biologie médicale : analyses, prélèvements, examens de laboratoire	60%	90%	150%	300%
	Actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie (hors milieu hospitalier) CAS	70%	90%	150%	300%
	Actes d'imagerie (IRM, scanners...) actes d'échographie - actes techniques médicaux (actes d'endoscopie, de radiologie...) CAS	70%	90%	150%	300%
	PHARMACIE	15% à 100%	15% à 100%	100%	100%
	HOSPITALISATION				
	Honoraires : actes cliniques et techniques CAS	80% à 100%	100%	150%	300%
	Honoraires : actes de chirurgie - actes d'obstétriques - actes d'anesthésie CAS	100%	100%	150%	300%
	Frais de séjour	80% à 100%	100%	150%	300%
	Forfait journalier hospitalier (1)	-	100%	Frais réels	Frais réels
	Chambre particulière avec hébergement	-	-	50€/jour	Frais réels
	Forfait confort à l'hôpital (2)	-	-	5€/jour	10€/jour
	OPTIQUE Lunettes remboursées tous les 2 ans, sauf changement de dioptrie, le forfait est annuel (3)				
	2 verres simples (dont monture)	60%	90%	150€	380€
	2 verres miexes : 1 simple + 1 complexe (dont monture)	60%	90%	180€	420€
	2 verres complexes (dont monture)	60%	90%	200€	500€
	Lentilles PEC RO / an Adulte	60%	90%	100% + 100€ / an	100% + 350€ / an
	Lentilles non PEC RO (inclus lentilles jetables) / an Adulte	-	-	100€ / an	350€ / an
	Chirurgie réfractive de l'œil (par œil / par an)	-	-	100€ / an	200€ / an
	DENTAIRE				
	Frais de soins et actes (y compris Inlay / Onlay)	70%	90%	150%	300%
	Prothèses PEC RO (y compris Inlay Core)	70%	90%	200%	400%
	Orthodontie non PEC RO, Forfait IPP (Implantologie, Parodontologie, Prophylaxie bucco-dentaire), prothèses non PEC RO mais figurant à la nomenclature RO et soins non PEC RO	-	-	100€ / an	200€ / an
	APPAREILLAGE				
	Fournitures médicales, pansements, petits et gros appareillages, prothèses, orthèses	60%	90%	150%	300%
	Prothèses auditives	60%	90%	150%	300%
	Forfait Prothèses auditives	-	-	100€ / an	200€ / an
	PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES				
	Cure thermale PEC RO (soin, forfait thermal, hébergement et frais de transport)	65% à 70%	65% à 90%	150%	300%
	Frais de transport	65%	100%	100%	100%
	Médecine non remboursée : ostéopathe, chiropractie, acupuncteur, podologue, pédicure (4)	-	-	90€ (30€/acte maxi 3/an)	120€ (30€/acte maxi 4/an)
	Actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire	70%	90%	100%	100%
	ASSISTANCE			oui	oui

Q.S. : contrat d'accès aux soins. Les garanties non **CAS** sont inférieures d'au moins 20% aux garanties **Q.S.** Dans le cas de garanties supérieures au plafond prévu par la loi, soit 200%, ces dernières sont limitées à ce pourcentage. **RO** : Régime Obligatoire.
MS : Ticket modérateur. **SR** : Salaire de Remboursement.

Les prestations sont indiquées en pourcentage de la RR en incluant le 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. Les frais de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont exprimés à titre indicatif et peuvent être modifiés par décision législative ou réglementaire. Les garanties sont des contrats responsables conformément à la loi. La mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire (1€) ainsi que les franchises et majorations en cas de non respect du parcours de soins. Dans le cadre des actes de plus de 120€ (ou affectés d'un coût > 60) mis en oeuvre par les spécialistes, la franchise de TRIC est prise en charge par la mutuelle.

(1) Dans les conditions mentionnées dans les D/SG. (2) Forfait confort à l'hôpital : sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes, dans le limite des frais engagés. Forfait limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire. Au titre du forfait confort à l'hôpital, seul être pris en charge dans ces conditions, la chambre particulière ne donnant pas lieu à hébergement. (3) sur prescription d'un professionnel de santé ou dans le cadre du renouvellement d'une prescription par un opticien. Détails des verres dans les conditions mentionnées dans les D/SG. (4) Forfait global annuel à utiliser librement sur les différents actes. Sur présentation de justificatifs de dépenses ou de factures, dans le limite du forfait annuel. - Ostéopathes inscrits au Répertoire des Ostéopathes de France (ROF), à l'Association Française d'Ostéopathe (AFO), au Syndicat Français des Ostéopathes ou à l'Ordre des Médecins. - Chiropracteurs diplômés en chiropraxie (licoles ou universités accréditées auprès du CCI Chiropracteur Conseil en Education). - Ostéopathes inscrits au Répertoire National des Ostéopathes et membres de l'Institut Français d'Ostéopathe. - Acupuncteurs diplômés et inscrits à l'Ordre des Médecins - Pédicure - Podologue - Prestations remboursées si non remboursées par le Régime Obligatoire.



Conditions d'utilisation, limitation et exclusions de garanties

Forfait lunettes :

Le forfait lunettes rembourse l'achat d'un équipement optique composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans.

La date retenue pour le calcul de la période biennale est la date de la première acquisition d'un équipement optique ou d'un élément d'équipement optique (verres et monture)

Le renouvellement des lunettes dans un délai inférieur à 24 mois à compter de la date d'acquisition n'est pas pris en charge par la mutuelle, sous réserve des exceptions définies à l'article 15-4 du présent contrat.

Le montant du forfait dépend de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision, ainsi pour :

- les lunettes à verres simples :

<u>Formule :</u>	<u>FRAGE 150</u>	<u>FRAGE 300</u>
Le forfait est limité à :	150 euros	380 euros

- Lunettes à verres mixtes :

<u>Formule :</u>	<u>FRAGE 150</u>	<u>FRAGE 300</u>
Le forfait est limité à :	180 euros	420 euros

- Lunettes à verres complexes :

<u>Formule:</u>	<u>FRAGE 150</u>	<u>FRAGE 300</u>
Le forfait est limité à :	200 euros	500 euros

Le ticket modérateur est inclus dans le forfait.

Le reliquat du forfait non consommé ne peut pas être reporté sur la période biennale suivante.



En tout état de cause, la période de deux ans est une période préfixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Lentilles optiques prises en charge par le Régime Obligatoire

La garantie dépend de la formule choisie, ainsi :

Formule :	FRAGE 150	FRAGE 300
Garantie :	100% + 100€ / an	100% + 350€ / an

La période d'utilisation du forfait est annuelle. 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 prend en charge le ticket modérateur lorsqu'il y a eu remboursement par le régime obligatoire.

Forfait chirurgie réfractive

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

Formule :	FRAGE 150	FRAGE 300
Montant du forfait :	100 euros	200 euros

Prestations d'hospitalisation :

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.

Forfait confort à l'hôpital

Forfait (TV, Téléphone, wifi, chambre particulière ne donnant pas lieu à hébergement...), limité à 60 jours par année civile et par bénéficiaire quelle que soit la durée de l'hospitalisation.



Frais de séjour

Lorsque des établissements sont non conventionnés avec l'Assurance maladie, la base de remboursement est le Tarif d'autorité dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les établissements conventionnés.

Forfait « Bien être et Prévention »

Le forfait Bien-être et Prévention est un forfait global d'un montant dépendant de la formule choisie :

<u>Formule :</u>	<u>FRAGE 150</u>	<u>FRAGE 300</u>
Montant du forfait :	90 euros	120 euros

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.

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 ;
- Pédicure, podologue inscrits au répertoire ADELI ou au répertoire amené à le remplacer.



Annexe 2 : Glossaire

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.

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

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.

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 ameli.direct 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 ameli.direct recense les médecins ayant adhéré au CAS.

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)...

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.

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.

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.

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

La franchise est plafonnée :

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

En sont exonérés :

- les enfants de moins de 18 ans ;



- les femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^e 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.

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^e 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.



Annexe 3 : Cotisations Mensuelles

La/ Les cotisations 2016 sont fixées comme suit :

<u>Régime Général</u>	ADULTE	ENFANT
FRAGE 150%		
Cotisations Mensuelles HT	56,47€/mois	28,23€/mois
Cotisations Mensuelles TTC	60,01€/mois	30,00€/mois
FRAGE 300%		
Cotisations Mensuelles HT	84,18€/mois	37,57€/mois
Cotisations Mensuelles TTC	89,45€/mois	39,92€/mois

<u>Régime Local</u>	ADULTE	ENFANT
FRAGE 150%		
Cotisations Mensuelles HT	27,67€/mois	17,37€/mois
Cotisations Mensuelles TTC	29,40€/mois	18,45€/mois
FRAGE 300%		
Cotisations Mensuelles HT	42,90€/mois	19,35€/mois
Cotisations Mensuelles TTC	45,59€/mois	20,56€/mois

Le Tarif TTC inclut la Taxe CMU de 6,27%.

La première cotisation mensuelle est calculée au prorata temporis de la date d'entrée dans le régime.