

NOTICE VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

Régime frais de santé des Établissements
d'Enseignement Privé sous contrat
Groupe ouvert à adhésion facultative

SOMMAIRE

OBJET DE LA GARANTIE	3
DISPOSITIONS ET DÉFINITIONS GÉNÉRALES	3
DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AUX GARANTIES	3
TITRE I : ADHÉSION, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE MODIFICATIONS, DE RENONCIATION ET DE RESILIATION	4
Article 1 : Adhésion	4
Article 2 : Bénéficiaires	5
Article 3 : Conditions d'adhésion	5
Article 4 : Prise d'effet de l'adhésion	5
Article 5 : Durée et renouvellement du contrat	5
Article 6 : Modification du contrat	5
6-1 Demande de modification	5
6-2 Décès	5
6-3 Changement de garantie	5
Article 7 : Renonciation-Résiliation	6
7-1 Droit de renonciation-vente à distance / vente hors établissement	6
7-2 Résiliation-dénonciation	6
Article 8 : Information des adhérents	7
TITRE II : COTISATIONS	7
Article 9 : Cotisations	7
Article 10 : Actualisation des cotisations	7
Article 11 : Paiement de la cotisation	7
Article 12 : Relance des impayés de cotisations	7
TITRE III : PRESTATIONS	8
Article 13 : Prise en charge des prestations	8
13-1 Modalités de prise en charge	8
13-2 Modalités de modification des garanties	8
Article 14 : Objet et montant	8
Article 15 : Prise d'effet des garanties	8
Article 16 : Paiement des prestations	8
Article 17 : Tiers payant NOEMIE	9
Article 18 : Pluralité d'assurance	9
Article 19 : Définition des prestations	9
19-1 Garanties de base	9
19-2 Garanties Responsables	9
19-3 Prestations en optique : modalités particulières, limitations	10
19-4 Allocation naissance	10
TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES	11
Article 20 : Prescription	11
Article 21 : Subrogation	11
Article 22 : Modalités d'information des adhérents	11
Article 23 : Réclamation-Médiation	11
Article 24 : Contrôle médical	11
Article 25 : Informatique et libertés	12
Article 26 : Autorité de Contrôle	12

La présente notice régit les modalités d'application des garanties définies à la convention d'assurance de groupe à adhésion facultative (ci-après dénommée « la convention ») souscrite par l'ASSOCIATION EMANENS, ci-après dénommée « l'Association » (association loi 1901) sise 1 rue Saint Vincent 30100 Ales, auprès de la mutuelle IDENTITÉS MUTUELLE (ci-après dénommée « la Mutuelle ») (Mutuelle régie par le Code de la mutualité SIREN 379 655 541) située 24, boulevard de Courcelles, 75017 Paris.

Le droit applicable aux relations précontractuelles et contractuelles est le droit français, et notamment le Code de la Mutualité. La langue est la langue française.

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de servir au membre participant et à ses ayants droit désignés, des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

DISPOSITIONS ET DÉFINITIONS GÉNÉRALES

• Membre participant (ci-après dénommé adhérent) :

Personne membre de l'Association qui adhère à la convention d'assurance de groupe conclue avec l'Association pour les garanties exclusivement précisées sur le bulletin individuel d'adhésion signé dont un exemplaire a été remis à l'adhérent.

La Mutuelle remet obligatoirement à la personne morale souscriptrice, la proposition de bulletin individuel d'adhésion. Ce document figure en annexe à la convention d'assurance de groupe.

Pour la personne membre de l'Association, qui adhère à la convention d'assurance de groupe, l'acte d'adhésion est constaté par la signature du bulletin individuel d'adhésion. La signature du bulletin individuel d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur de la Mutuelle, des statuts Emanens Association et des conditions générales groupe ouvert, à adhésion facultative.

• Année civile

Début le 1^{er} janvier et finit le 31 décembre.

• Année d'Adhésion

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.

• Échéance principale

Le 1^{er} janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

Conditions d'admission

Le contrat est réservé aux personnes affiliées à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale français.

Bulletin d'adhésion

Document signé par l'adhérent confirmant son adhésion à la convention d'assurance de groupe et à la Mutuelle mentionnant l'ensemble des bénéficiaires et le niveau de garantie souscrit.

Étendue

En France et à l'étranger, Identités Mutuelle intervient au profit des Membres Participants et de leurs ayants droit en complément de la Sécurité sociale s'ils sont affiliés ou rattachés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français et ce dans les limites des garanties souscrites.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reste identique au taux pratiqué en France. Les prestations de La Mutuelle s'effectuent uniquement dans les cas et sur la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française.

Bénéficiaires

L'adhérent, son conjoint, et leurs enfants, tels que définis au bulletin individuel d'adhésion, ayant droit aux prestations en nature de l'un des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au bulletin individuel d'Adhésion.

DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AUX GARANTIES

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- **tarif de convention (TC)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- **tarif d'autorité (TA)** lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné 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.

Ticket modérateur

Part de la Base de remboursement laissée à la charge du Bénéficiaire après intervention du Régime Obligatoire. Il est pris en charge partiellement ou totalement par votre Mutuelle.

Hospitalisation

Le séjour du bénéficiaire en qualité de patient, prescrit par un médecin d'une durée minimum de 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, de lésions résultant d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Régime Obligatoire

Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé au Bulletin individuel d'Adhésion (régime général de la Sécurité sociale ou régime minier ou régime local, ou régime Sécurité sociale, étudiant ou régime des travailleurs non-salariés...).

Plafonds

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (année civile) ou année d'adhésion, selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties figurant au descriptif des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

TITRE I : ADHÉSION, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE MODIFICATIONS, DE RENONCIATION ET DE RESILIATION

ARTICLE 1 : ADHÉSION

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de la Mutuelle dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin individuel d'adhésion à la Mutuelle doit être accompagné :

- de la copie de l'attestation vitale du demandeur et de l'ensemble des bénéficiaires couverts par l'adhérent. Si le conjoint du demandeur est assuré à un régime de Sécurité sociale différent, il devra produire un bulletin individuel d'adhésion séparé.
- du mandat de prélèvement sur compte bancaire ou postal dûment signé accompagnée d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

Au moment de l'adhésion, l'adhérent fait le choix d'une seule garantie principale pour lui-même et ses ayants droit. L'adhésion peut être souscrite au profit des enfants à charge au sens de la Sécurité sociale et de toute personne couverte par le régime d'assurance maladie sous le numéro de Sécurité sociale de l'adhérent ou de son conjoint.

Vente à distance

Lorsque l'adhésion à la convention d'assurance a été proposée en dehors de la présence physique des deux parties, dans le cadre d'une commercialisation utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (Internet, vente par correspondance, démarchage par téléphone), le Membre Participant bénéficie des dispositions protectrices définies par le Code de la Mutualité et le Code de la Consommation.

La Mutuelle communique au Membre Participant, par écrit ou sur un autre support durable, auquel l'adhérent à l'accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles et les informations précontractuelles mentionnées au III de l'art. L. 221-18 du Code de la Mutualité et notamment : la dénomination de la Mutuelle, ses coordonnées, le montant total de la cotisation et les modalités de paiement de celle-ci, la durée minimale du bulletin

individuel d'adhésion à la convention d'assurance ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci, la loi applicable aux relations contractuelles, l'existence d'un droit de renonciation.

Le Membre Participant peut à tout moment demander à recevoir les conditions contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable. En outre, le Membre Participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

Vente « hors établissement »

Dans le cadre d'une vente hors établissement (démarchage au domicile du Membre Participant, à sa résidence, à son lieu de travail ou dans tout autre lieu non destiné à la commercialisation de nos garanties), le Membre Participant reçoit en temps utile et avant tout engagement de sa part, les informations précontractuelles requises ainsi que les conditions contractuelles de l'adhésion. Ces informations et conditions lui sont fournies sur papier ou, sous réserve de son accord, sur un autre support durable. Le contrat comprend un formulaire de rétractation. La Mutuelle ne peut recevoir aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du souscripteur avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat.

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

ARTICLE 2 : BÉNÉFICIAIRES

La garantie est accordée dans le cas général à l'adhérent pour lui-même, son conjoint, et ses enfants à charge tels que définis par les statuts et le bulletin individuel d'adhésion.

ARTICLE 3 : CONDITIONS D'ADHÉSION

Une attestation d'activité sera à remettre dès la souscription au contrat puis une fois par an avant le 31 octobre.

Les enfants de l'adhérent, en qualité d'ayants droit, sont couverts jusqu'à la fin de l'année civile de leur 28 ans, sous réserve de fournir un certificat de scolarité ou une attestation d'affiliation au régime des étudiants. Les enfants à charge de leurs parents présentant une carte d'invalidité sont assimilés aux enfants de moins de 28 ans.

ARTICLE 4 : PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur ce même bulletin.

ARTICLE 5 : DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

L'adhésion prend fin au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année civile sauf résiliation ou dénonciation.

ARTICLE 6 : MODIFICATION DU CONTRAT

6-1 Demande de modification

Les demandes de modification des mentions portées au bulletin individuel d'adhésion devront faire l'objet d'une demande écrite de l'adhérent notamment celles résultant :

- d'un changement de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français,
- d'un changement de fréquence de paiement,
- d'un changement d'adresse,
- d'un changement de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation familiale.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

La demande de modification doit parvenir à la Mutuelle avant le 10 du mois pour être appliquée au prélèvement du mois suivant.

6-2 Décès

En cas de décès d'un bénéficiaire (adhérent ou ayant droit), le certificat de décès doit être adressé dans le délai d'un mois suivant le décès. La radiation intervient au jour du décès. La Mutuelle rembourse aux héritiers la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date de radiation.

6-3 Changement de garantie

Toute modification du niveau de prestation demandée par le membre participant n'est pas autorisée en cours d'année.

Elle peut intervenir au 1er janvier de l'année qui suit la demande adressée à la Mutuelle par écrit, sous réserve d'un préavis minimum de 2 mois.

Le changement de garantie est autorisé sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins 12 mois dans la garantie précédente (date de souscription ou date du précédent changement de niveau de garantie).

Par exception, le changement à la baisse est éventuellement autorisé en cours d'année à titre dérogatoire s'il est justifié par des circonstances économiques durables et imprévisibles telles que chômage, perte d'emploi, décès ; il fait alors l'objet d'une décision expresse de la Mutuelle et prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

ARTICLE 7 : RENONCIATION-RÉSILIATION

7-1 Droit de renonciation-vente à distance / vente hors établissement

En cas de vente à distance et hors établissement, le délai de renonciation est de 14 jours calendaires révolus.

Ce délai court à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations si cette réception est postérieure à la date d'effet.

Lorsque le délai de rétractation expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai de rétractation est prorogé jusqu'à la fin du jour ouvrable suivant.

L'assuré doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, une lettre recommandée avec accusé de réception. La renonciation entraîne la restitution de la totalité des cotisations versées. Le remboursement est adressé dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception, par la mutuelle, de la lettre recommandée. Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

Les modalités d'exercice du droit de renonciation figurent au bulletin individuel d'adhésion.

Ci-dessous le modèle de lettre de renonciation :

Monsieur le Directeur,

Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse) vous prie de bien vouloir prendre acte de mon désir de renoncer au contrat santé n° XXXXX que j'ai signé en date du :

Je vous serais obligé de bien vouloir en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à Le

Signature

Les paiements effectués pendant cette période seront intégralement remboursés par la Mutuelle dans un délai de 30 jours calendaires à réception de la lettre recommandée.

7-2 Résiliation-dénonciation

La résiliation à l'initiative du Membre participant peut intervenir à l'échéance annuelle ou à titre exceptionnel.

Résiliation annuelle

La résiliation ne peut prendre effet qu'au 31 décembre de chaque année civile.

La résiliation doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant la date d'échéance (au plus tard le 31 octobre).

À défaut, l'adhésion se reconduit pour une nouvelle période d'une année et la cotisation s'y rapportant est due dans son intégralité, quel que soit le fractionnement retenu pour son paiement.

La garantie prend fin pour les personnes à charge dès qu'elles ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1 ci-dessus.

L'adhérent qui quitte la Mutuelle pour quelque cause que ce soit est tenu de restituer la (ou les) carte(s) de tiers-payant en sa possession.

Résiliation exceptionnelle

Un Membre Participant peut demander la résiliation de sa garantie en cours d'année s'il répond à l'un des cas suivants :

- être bénéficiaire de la CMU-C (complémentaire), sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle,
- être nouveau bénéficiaire de l'ACS, sous réserve de présenter un justificatif à la Mutuelle,
- être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif, sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle,
- en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, ou en cas de changement de profession, sous réserve cependant que la modification de situation ait entraîné une modification de l'objet de la garantie pour la Mutuelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet le 1er jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs associés.

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

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

Résiliation de la convention d'assurance de groupe

En cas de résiliation de la convention d'assurance par l'association ou la mutuelle, ou en cas de cessation d'activité de l'Association, le Membre participant en est informé.

Dans ces cas, la mutuelle maintiendra le bénéfice des garanties.

ARTICLE 8 : INFORMATION DES ADHÉRENTS

L'Adhérent se voit remettre un exemplaire des statuts, un exemplaire du règlement intérieur, des présentes conditions générales et des statuts Emanens Association ainsi qu'une carte de tiers-payant valant carte d'adhérent, permettant de justifier de son adhésion à la Mutuelle.

Cette carte indique les personnes bénéficiaires des prestations de la Mutuelle, et le niveau de garantie choisi par l'adhérent.

En application de l'article L221-6 du Code la mutualité, régissant les contrats groupe ouvert à adhésion facultative, dès lors que les modifications ont été portées à sa connaissance, le Membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la réception de cette information, dénoncer son affiliation en raison des modifications.

TITRE II : COTISATIONS

ARTICLE 9 : COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fixé par le Conseil d'Administration en application des statuts.

La cotisation est exprimée en pourcentage du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale). Elle peut être variable selon le régime et la composition familiale.

Cette information est portée sur le descriptif de la garantie ou sur le devis fourni à la demande de l'adhérent.

ARTICLE 10 : ACTUALISATION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations peut être actualisé au 01/01 de chaque année ou en cours d'année, dans les mêmes conditions que ci-dessus, en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation et des paramètres utilisés par la Sécurité sociale et des résultats techniques des régimes. La modification est portée à la connaissance de l'Adhérent.

ARTICLE 11 : PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (mensuelle, trimestrielle, annuelle). Pour percevoir leurs prestations, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

ARTICLE 12 : RELANCE DES IMPAYÉS DE COTISATIONS

Les cotisations doivent être réglées au plus tard le 15 du mois ou du 1er mois du trimestre en cours. À défaut de règlement dans ce délai, des lettres de relances sont adressées aux adhérents concernés par un impayé de cotisations. Chaque relance fait apparaître l'intégralité des cotisations dues ainsi que, le cas échéant, les frais bancaires et de gestion administrative générés par ces impayés.

S'agissant des cotisations réglées par prélèvement, en cas de rejet, le prélèvement peut faire l'objet d'une représentation à l'échéance suivante.

Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse, en pli recommandé, une lettre de rappel valant mise en demeure, l'avisant de la suspension des garanties au bout de 30 jours. Lors de la mise en demeure, le Membre participant est informé que le défaut de paiement entraînera la résiliation du contrat 40 jours après la date d'envoi de la mise en demeure. Il est alors mis fin à toutes les garanties.

Les frais occasionnés par la récupération des cotisations impayées sont réclamés aux adhérents.

TITRE III : PRESTATIONS

ARTICLE 13 : PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS

13-1 Modalités de prise en charge

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

- soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire incluent la part de remboursement du régime obligatoire en vigueur à la date d'ouverture du droit aux prestations ;
- soit sur des bases forfaitaires. En cas de dépenses de soins prises en charge par le régime obligatoire, le ticket modérateur est inclus dans le forfait, sauf indication contraire figurant au tableau de garanties.

13-2 Modalités de modification des garanties

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par le Conseil d'Administration.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci à l'adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations du Membre participant, ce dernier en est informé et dispose d'un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice ou de l'information, pour dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

ARTICLE 14 : OBJET ET MONTANT

La garantie a pour objet de servir à l'adhérent des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat. Cette garantie peut être étendue aux frais concernant la famille de l'adhérent.

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

En principe, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste, ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le régime obligatoire de la sécurité sociale et la réglementation applicable à l'exception des prestations du poste « Prévention et Médecines douces ».

Les ostéopathes doivent être titulaires du titre d'ostéopathie dans le respect des lois et décrets qui régissent cette profession. Les chiropracteurs doivent être titulaires d'un diplôme délivré par une école en France dont la formation est conforme aux exigences de l'Union Européenne de Chiropracticiens ou par un institut en France agréé par l'Union Européenne de Chiropracticiens et être membres de l'Association Française de Chiropratique (AFC).

Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Les étioopathes doivent être inscrits sur le Registre National des Étioopathes.

Pour la prise en charge de la garantie « Conseiller en environnement intérieur », le professionnel doit être diplômé d'un DIU Santé Respiratoire et Habitat ou d'une licence professionnelle des métiers de la santé et de l'environnement.

Le contrat répond aux dispositions relatives aux contrats responsables prévues par les articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale et répond ainsi aux obligations de prises en charge et aux exclusions de prises en charge.

À ce titre, est exclue la prise en charge :

- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés,
- du remboursement des actes et prestations de soins lorsque l'assuré refuse à un professionnel de santé d'accéder ou de compléter son Dossier Médical Personnel (DMP),
- des participations forfaitaires visée à l'article L322-2 II et L322-2 III du code de la Sécurité sociale fixée à ce titre par la législation Sécurité sociale en vigueur et à venir,
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'assuré sans prescription préalable de son médecin traitant dont les montants sont fixés par décret.

L'étendue et le montant des prestations sont définis à la convention d'assurance de groupe et sont fonction de la garantie souscrite, figurant au descriptif des garanties.

ARTICLE 15 : PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet fixée sur le bulletin individuel d'adhésion.

ARTICLE 16 : PAIEMENT DES PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, les Membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Les demandes de prestations doivent être reçues avant l'expiration du délai de prescription de 2 ans à compter de la

date d'évènement, et être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- le décompte original de remboursement du Régime Obligatoire, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par le Régime Obligatoire,
- la facture acquittée et détaillée de l'établissement concerné, du fournisseur ou du praticien précisant la date et la nature des soins en cas de dépassements d'honoraires ou d'hospitalisation,
- éventuellement, la copie du décompte de prestations établi par un autre organisme complémentaire.

Selon la nature des soins engagés, des documents complémentaires pourront être demandés.

Les prestations sont servies directement au Membre participant pour l'ensemble des ayants droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne.

Le paiement peut être effectué par un autre organisme, avec lequel la Mutuelle a conclu une convention de gestion pour une partie des membres adhérents.

L'envoi des décomptes de paiement des prestations d'un montant inférieur à celui défini par le Conseil d'Administration peut être différé jusqu'à ce que la totalité des prestations dues au titre de plusieurs demandes atteigne ce montant ; dans tous les cas, un envoi de décompte est effectué une fois par mois au minimum.

Dans le cas où les décomptes sont envoyés par voie électronique aucun montant minimum n'est requis.

En cas de décision judiciaire, les prestations sont servies à la personne ou à l'organisme ayant obtenu la garde de l'enfant ou assumant la tutelle de l'incapable majeur.

Les prestations sont payables en France exclusivement et en euros.

ARTICLE 17 : TIERS PAYANT NOEMIE

Lorsqu'un établissement ou un professionnel de santé en accepte le principe, la Mutuelle lui paye directement le montant des frais qui auraient dû être remboursés à l'adhérent après avoir engagé la dépense.

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de Sécurité sociale pour effectuer le remboursement des prestations, la Mutuelle paye directement l'adhérent et pourra demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle.

ARTICLE 18 : PLURALITÉ D'ASSURANCE

En cas de pluralité d'assurance contractée par l'adhérent auprès d'un ou de plusieurs organismes complémentaires, l'intervention de la Mutuelle s'effectue à due concurrence des frais pouvant rester à charge après remboursement par le régime de protection.

ARTICLE 19 : DÉFINITION DES PRESTATIONS

19-1 Garanties de base

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la sécurité sociale, engagés au titre de maladies, accidents ou maternité postérieurement à l'affiliation de l'adhérent et pendant la durée de cette affiliation.

Les taux et bases de remboursement pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins.

Pour les prothèses et l'optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de prescription des soins.

Le montant des remboursements prévus, ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la sécurité sociale, une société mutualiste ou un organisme de prévoyance de toute nature ou éventuellement un tiers responsable.

La garantie peut prévoir la prise en charge des frais de prothèses, dentaires ou de lentilles qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement de la sécurité sociale.

Sauf mention contraire au tableau de garanties, le forfait ou le reliquat du forfait non utilisé ne peuvent pas être reportés à l'année suivante.

Les frais de Chambre particulière et d'accompagnant sont soumis à une limitation de durée. Se reporter au tableau de garantie.

19-2 Garanties Responsables

Les présentes conditions générales « frais de soins de santé » répond aux dispositions relatives aux contrats responsables prévues par les articles L871-1, R871- 1 et R871-2 du code de la sécurité sociale et à la Circulaire du 30/01/2015 ; et répond ainsi aux obligations de prise en charge et exclusions de prise en charge.

Sur l'ensemble des postes de garanties, la Mutuelle prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'assurance maladie obligatoire (à l'exclusion des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie), le ticket modérateur de l'ensemble des actes de prévention remboursables ainsi que le ticket modérateur forfaitaire.

Aucun délai de carence n'est appliqué pour la prise en charge du ticket modérateur sur les actes remboursables.

Le forfait journalier en établissement hospitalier est pris en charge sans limitation de durée sauf mention contraire figurant au tableau de garanties.

Les planchers et plafonds de prise en charge des dépassements de tarifs, s'ils sont couverts, figurent au tableau de garanties.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, les conditions de prise en charge et le niveau de remboursement diffèrent selon que le médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM).

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements de tarifs en optique, ces planchers et plafonds (ticket modérateur inclus) sont différenciés par type d'équipement.

La prise en charge des dépassements de tarifs en optique est précisée à l'article 19.3 des présentes conditions générales.

Le tableau de garanties précise, les conditions de prise en charge, le cas échéant, des actes non remboursables par l'assurance maladie obligatoire, et des actes hors nomenclature ; des cures thermales ; des médicaments remboursés à 15 et 30% (dont l'homéopathie).

Le montant des prestations peut être actualisé de la réglementation et des paramètres utilisés par la sécurité sociale.

19-3 Prestations en optique : modalités particulières, limitations

Le remboursement « optique » prend en charge un seul équipement d'optique médicale composé de deux verres correcteurs et d'une monture par période de deux ans.

Le montant des forfaits varie en fonction de la nature des verres et est défini au tableau de garanties. Ces montants respectent les « planchers » et les « plafonds » définis par le décret du 18 novembre 2014 relatif aux contrats « responsables ».

Le droit au forfait est subordonné à un remboursement préalable par le Régime Obligatoire.

Tous les forfaits s'entendent comme incluant le montant du ticket modérateur.

La période d'utilisation de chacun des forfaits « optique » débute à la date de souscription du contrat et s'achève deux ans après. Cette période est fixe.

Exceptions à la durée biennale de la période d'utilisation des forfaits

Les mineurs de 18 ans et les majeurs en cas de renouvellement d'équipement optique justifié par l'évolution de la vue peuvent bénéficier d'un forfait optique une fois par an.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Pour les bénéficiaires présentant un défaut de vision de près et un déficit de vision de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prennent en charge deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits.

Le remboursement « optique » s'applique, en fonction de la garantie souscrite, à chacun des deux équipements considérés individuellement.

Monture : quelle que soit la garantie souscrite, la prise en charge est limitée à 150 euros par monture.

Lentilles optiques : selon la garantie souscrite, le forfait « Lentilles » prend en charge les lentilles correctrices remboursées ou non par le Régime Obligatoire, uniquement sur prescription médicale.

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

Forfait opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser : pour les garanties qui le prévoient, le forfait est versé sur la période d'un an et n'est pas subordonné à une prise en charge préalable par le Régime Obligatoire.

19-4 Allocation naissance

Une participation naissance peut être versée, selon décision prise chaque année par l'assemblée générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation. Sauf mention contraire au tableau des garanties, la participation naissance couvre l'ensemble des frais relatifs à la maternité, y compris les dépassements d'honoraires (à l'exclusion de la césarienne prise en charge au titre de la garantie hospitalisation).

La participation est versée sur présentation : d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

En cas de naissances multiples, la participation versée peut être multipliée par le nombre d'enfants.

L'adoption d'un enfant est assimilée à une naissance, si l'enfant a moins de 12 ans le jour de l'adoption.

Se reporter au tableau des garanties.

TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 20 : PRESCRIPTION

Conformément aux articles L221-11 et L221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant de la présente souscription est prescrite par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là,
- quand l'action du participant (adhérent), du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption : une citation en justice, y compris en référé, un commandement d'huissier ou la reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts, et par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur pour ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le souscripteur ou le bénéficiaire à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

L'interruption fait naître un nouveau délai de deux ans.

La prescription peut être suspendue, notamment en cas de recours à la Médiation, dans les conditions prévues par le Code civil.

ARTICLE 21 : SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, 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.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnisé ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Dans le cas où la Mutuelle aurait obtenu d'une caisse ou de tout autre organisme, gérant la part Sécurité sociale obligatoire de la couverture santé, un agrément de délégation de paiement ou un agrément permettant d'agir en qualité de correspondant mutualiste, la Mutuelle est subrogée de plein droit à ses adhérents pour l'encaissement des prestations de Sécurité sociale.

ARTICLE 22 : MODALITÉS D'INFORMATION DES ADHÉRENTS

D'une manière générale, toute modification des prestations, des cotisations et le cas échéant, les modifications des statuts et règlements de la Mutuelle sont portées à la connaissance des Membres participants et Honoraires dans la lettre d'information de la Mutuelle et/ou par courrier individuel ou via les espaces sécurisés personnels en ligne, le site web ou par tous autres moyens de communication.

ARTICLE 23 : RÉCLAMATION-MÉDIATION

Toute réclamation peut être adressée au service Qualité de la Mutuelle, 24 boulevard de Courcelles, 75017 Paris. La Mutuelle s'engage à en accuser réception dans les 10 jours, en précisant le délai de traitement qui ne pourra excéder deux mois.

Après épuisement des voies internes de réclamation, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, l'adhérent, ainsi que le bénéficiaire désigné, peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à la Mutuelle, s'adresser par courrier à Monsieur le Médiateur de la Mutuelle Française FNMF, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ou par mail à mediation@mutualite.fr.

ARTICLE 24 : CONTRÔLE MÉDICAL

La mutuelle se réserve le droit de soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées et

la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ou à des bonnes pratiques de soins.

ARTICLE 25 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données personnelles collectées (par courrier, téléphone, messagerie électronique ou tout autre moyen) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à votre adhésion et à la gestion de votre contrat. Elles peuvent être utilisées, sauf opposition de votre part, à des fins de sollicitations commerciales. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment, le financement du terrorisme ou la fraude. Elles pourront être utilisées par nos mandataires, nos réassureurs, nos partenaires et organismes professionnels et nécessaires à la gestion de votre contrat.

Vos données seront conservées pendant toute la durée de l'adhésion et des prescriptions applicables. Vous pouvez à tout moment exercer vos droits d'opposition, de communication, de rectification, et de suppression (pour motifs légitimes) des données vous concernant auprès de Identités Mutuelle, Service Qualité, 24 boulevard de Courcelles 75017 Paris.

ARTICLE 26 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.