

MUTA SANTÉ

Règlement mutualiste

Contrat labellisé Santé
pour les Agents territoriaux

Validé par le Conseil d'Administration du 25 octobre 2019



MUTA SANTÉ

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
ARTICLE 1 – OBJET	6
ARTICLE 2 – MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE	6
ARTICLE 3 – CHAMP D'APPLICATION – OFFRE LABELLISEE SANTE	6
ARTICLE 4 – PERTE DU LABEL	6
CHAPITRE 2 – ADHESION	6
ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHESION	6
ARTICLE 6 – MODALITES D'ADHESION ET CHOIX D'OPTION	6
ARTICLE 7 – DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHESION	7
ARTICLE 8 – DECLARATIONS DE L'AGENT	7
ARTICLE 9 – FACULTE DE RENONCIATION/RETRACTATION	7
ARTICLE 10 – MODIFICATION D'OPTION A L'INITIATIVE DE L'AGENT	7
Article 10.1 - Délai à respecter	7
Article 10.2 - Date d'effet de la modification	8
ARTICLE 11 – CESSATION DE L'ADHESION	8
Article 11.1 - À l'initiative de l'Agent	8
Article 11.2 - À l'initiative de la Mutuelle	8
Article 11.3 - Résiliations exceptionnelles	8
Article 11.4 - Conséquences de la cessation de l'Adhésion	8
Article 11.5 - Cessation de l'Affiliation des Ayants droit	9
CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS DIVERSES	9
ARTICLE 12 – DÉCLARATION DU RISQUE	9
Article 12.1 - Réticence et fausse déclaration intentionnelle	9
Article 12.2 - Fausse déclaration non intentionnelle	9
Article 12.3 - Fraude	9
ARTICLE 13 – SUBROGATION LEGALE – RECOURS CONTRE TIERS	10
ARTICLE 14 – PRESCRIPTION	10
Article 14.1 - Délai de prescription	10
Article 14.2 - Interruption de la prescription	10
ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE	10
ARTICLE 16 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES	10
ARTICLE 17 – OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE	11
ARTICLE 18 – DEMANDES / RÉCLAMATIONS - MEDIATION	11
ARTICLE 19 – VALEUR CONTRACTUELLE	11
ARTICLE 20 – LOI APPLICABLE	11
CHAPITRE 4 – COTISATIONS	12

ARTICLE 21 – MONTANT DES COTISATIONS	12
Article 21.1 - Fixation et évolution des cotisations	12
Article 21.2 - Gratuité.....	12
ARTICLE 22 – MAJORATION DES COTISATIONS POUR ADHESION TARDIVE	12
ARTICLE 23 – PAIEMENT DES COTISATIONS.....	12
Article 23.1 - Avis d'échéance	12
Article 23.2 - Modalités de paiement de la cotisation	12
Article 23.3 - Défaut de paiement des cotisations	12
CHAPITRE 5 – PRESTATIONS	13
ARTICLE 24 – GARANTIES SANTE ET CONDITIONS DES PRESTATIONS.....	13
Article 24.1 - Objet des Garanties de frais de soins de santé	13
Article 24.2 - Bénéficiaires des Prestations	13
Article 24.3 - Nature des prestations – « Contrat responsable ».....	13
Article 24.4 - Base de remboursement des Prestations	13
Article 24.5 - Exclusions	13
Article 24.6 – Principe indemnitaire et pluralité d'assureurs.....	14
Article 24.7 - Montant et conditions des Garanties	14
Article 24.8 - Délais d'attente	17
Article 24.9 - Soins effectués à l'étranger	17
Article 24.10 - Révision des Garanties	17
ARTICLE 25 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	18
Article 25.1 - Déclaration de Sinistre et formalités.....	18
Article 25.2 - Ouverture du droit aux Prestations.....	18
Article 25.3 - Déchéance du droit aux Prestations	18
Article 25.4 - Modalité de versement des Prestations	18
Article 25.5 - Délai de versement des Prestations	18
Article 25.6 - Expertise médicale	18
Article 25.7 - Poursuite des règlements indus	19
Article 25.8 - Tiers payant	19
Article 25.9 - Pièces justificatives en cas de Sinistre	19
CHAPITRE 5 - TABLEAU DES COTISATIONS ET PRESTATIONS	20

DEFINITIONS

Les termes et expressions inscrits dans le Règlement mutualiste en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

100% SANTE : Dispositif qui définit un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Les paniers du dispositif 100% SANTE ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

Ces paniers sont pris en charge intégralement, par la Sécurité sociale et par les contrats responsables des organismes complémentaires d'assurance maladie, sans frais supplémentaire à la charge de l'Assuré.

Les Assurés qui choisissent les soins du panier 100% SANTE n'ont donc plus de frais à leur charge. Pour autant, ils ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100% SANTE, s'ils le souhaitent.

Le présent Règlement mutualiste intègre le dispositif du 100% SANTE.

Accident : Toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'Assuré.

Actes Hors Nomenclature : Actes non-inscrits aux nomenclatures de la Sécurité Sociale et non remboursés par cette dernière.

Adhésion : Lien contractuel entre la Mutuelle et l'Agent découlant de la signature d'un Bulletin d'adhésion.

Agent : Personne relevant à travers son contrat de travail de la fonction publique territoriale et d'état.

Affiliation : Acte administratif permettant de rattacher les Ayants droit à l'Adhésion souscrite par l'Agent.

Assuré : Personne physique sur laquelle pèse le risque. Il peut s'agir du Membre participant, l'Agent signataire et le cas échéant, d'un ou plusieurs de ses Ayants-droit.

Ayants droit :

- Le Conjoint de l'Agent ;
- Les enfants à charge de l'Agent :
Sont réputés à charge de l'Agent, les enfants âgés de moins de 26 ans :
 - fiscalement à charge de l'Agent ou de son Conjoint, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et sous réserve qu'ils soient au 1^{er} janvier de l'année en cours ;
 - scolarisé sous réserve de fournir un justificatif de scolarité à la Mutuelle ;
 - sous contrat d'apprentissage ou en alternance, sous réserve de fournir le contrat d'apprentissage ou justificatif correspondant ;
 - n'exerçant pas une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel supérieur à 75% du SMIC.

Quel que soit leur âge, sont considérés comme enfants à charges les enfants de l'Agent ou de son Conjoint, atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable, titulaires de la

carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^{ème} anniversaire.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) : Représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale. C'est sur cette base que la Sécurité sociale calcule son remboursement (appelé également Tarif de Convention ou Tarif de responsabilité).

Bénéficiaire : Personne qui recevra la Prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du Risque frais de soins de santé garanti par l'Adhésion.

Bulletin d'adhésion : Document destiné au Membre participant et de nature à permettre son Adhésion au présent Règlement.

Certificat d'adhésion : Document administratif émis par la Mutuelle confirmant les conditions d'adhésion du Membre participant et ses éventuels Ayants droit.

Conjoint : le conjoint de l'Agent, légalement marié, non séparé de corps ou de fait à la date de l'événement donnant lieu à Prestation ou à défaut :

- le partenaire lié par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil ;
- ou le concubin de l'Agent célibataire, divorcé ou veuf, au sens de l'article 515-8 du Code civil, sur présentation d'une attestation sur l'honneur.

Dépassement d'honoraires : Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Ce dépassement existe lorsque le médecin pratique des tarifs supérieurs aux Tarifs de Convention de la Sécurité sociale.

Délai d'attente : Période au cours de laquelle une Garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'Assuré cotise. Elle commence à courir à compter du jour de la date d'effet de l'Adhésion.

Forfait journalier : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Forfait : Prestation dont le montant fixe est indépendant des frais de soins réellement supportés par l'Assuré.

Garantie : Couverture constituée par un ensemble de prestations et souscrite à un tarif donné.

Honoraire limite de facturation (HLF) : Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné, en particulier pour certains actes prothétiques dentaires.

Membre participant : Personne qui fait acte d'adhésion, signataire du Bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations.

Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : Montant correspondant à la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Mutuelle : MUTA SANTÉ – Mutuelle Alsacienne pour la Santé, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN n° 394 152 474, dont le siège social est situé 20B rue de Chemnitz, 68200 MULHOUSE.

Nomenclature : Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites...);
- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie,...) et pour les actes dentaires;
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les actes de biologie médicale;
- la Liste des Produits et Prestations (LPP) pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage,...);
- les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) pour les soins hospitaliers.

OPTAM et OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAMTS et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de garanties, la mention « OPTAM et OPTAM-CO » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « NON OPTAM et OPTAM-CO » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO est consultable sur le site internet : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>.

Option : Ensemble de Prestations dont peut bénéficier l'Agent et le cas échéant, les Ayants droit.

PACS : Sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité régi par les dispositions des articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil.

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

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
- consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Plafond : Montant maximum de Prestation qui dépend des frais de soins réellement supportés par l'Assuré.

Prestation : Correspond à l'exécution de la Garantie par la Mutuelle.

Prix limite de vente (PLV) : Montant maximum de vente, fixé réglementairement et s'appliquant aux produits et prestations

inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, que les professionnels de santé sont tenus de respecter.

Risque : Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'Assuré.

Sinistre : Correspond à la réalisation du Risque.

Ticket modérateur (TM) : Part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le Montant Remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Tiers payant : Système de paiement qui évite aux Assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoires et/ou par la Mutuelle.

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent Règlement mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existant entre le Membre participant, dénommé ci-après, « l'Assuré » ou « l'Agent » et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Les Garanties effectivement souscrites par l'Agent sont définies en annexe selon l'Option mentionnée au Bulletin d'adhésion.

Elles répondent aux obligations résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

ARTICLE 2 – MODIFICATION DU REGLEMENT MUTUALISTE

Le Règlement est modifié par le Conseil d'Administration de la Mutuelle dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Toute modification du Règlement mutualiste est portée à la connaissance des Agents.

ARTICLE 3 – CHAMP D'APPLICATION – OFFRE LABELISEE SANTE

Les articles du présent Règlement mutualiste définissent les spécificités relatives à l'offre santé labellisée pour la Fonction publique territoriale de la Mutuelle. Ils ont pour objet de définir les engagements réciproques spécifiques entre la Mutuelle et les Agents actifs (et leurs Ayants droit) des collectivités territoriales et leurs établissements publics.

Certains engagements sont définis par le décret n° 2011-1474 et arrêtés du 8 novembre 2011 qui fixent les conditions dans lesquelles les collectivités territoriales peuvent accorder des participations à leurs Agents qui souscrivent à un règlement de protection complémentaire santé labellisé.

ARTICLE 4 – PERTE DU LABEL

Dans le cas où le label a fait l'objet d'une décision de retrait ou de non-renouvellement, l'organisme informe, dans un délai d'un mois à compter de la notification de cette décision, les souscripteurs ou Adhérents des conséquences qui peuvent en résulter au regard de la majoration de cotisation (prévue à l'article 28 du décret du 8 novembre 2011).

Le retrait ou le non-renouvellement prend effet pour l'Adhérent ou le souscripteur à compter du premier jour du deuxième mois suivant la fin de la labellisation. Lorsque l'organisme reçoit directement la participation, il informe également la collectivité territoriale ou l'établissement public intéressé de la décision de retrait ou de non-renouvellement du contrat ou du règlement. Cette information est donnée par les Agents intéressés, lorsque la participation leur est versée directement.

CHAPITRE 2 – ADHESION

ARTICLE 5 – CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent adhérer au présent Règlement, les fonctionnaires et Agents de droit public et de droit privé des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la Loi du 26 janvier 1984, en activité de service (collectivités territoriales). Il n'y a pas de limite d'âge pour adhérer aux garanties santé.

L'Agent ne doit pas être en cessation d'activité, ni placé en disponibilité à sa demande pour convenances personnelles.

Dès que ces conditions ne seront plus respectées, les couvertures prendront fin.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une Adhésion antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

L'engagement réciproque du Membre participant (l'Agent) et de la Mutuelle résulte de la signature d'un Bulletin d'adhésion.

La Mutuelle remet gratuitement au Membre participant ou au futur Membre participant avant la signature du Bulletin d'adhésion, les statuts et le Règlement ou une fiche d'information sur ledit Règlement qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

La signature du Bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent Règlement.

L'Affiliation des Ayants droit est indissociable et indivisible de l'Adhésion du Membre participant.

ARTICLE 6 – MODALITES D'ADHESION ET CHOIX D'OPTION

La personne souhaitant adhérer à l'une des Garanties du présent Règlement complète et signe un Bulletin d'adhésion qui précise notamment :

- l'Option souscrite,
- l'Agent et les Ayants droit couverts,
- les montants ou taux et assiettes de cotisations,
- la date d'effet de la Garantie souscrite,
- les conditions d'entrée en vigueur de la Garantie,
- les coordonnées des autres organismes assureurs assurant éventuellement le Risque.

La Garantie des Ayants droit est identique à celle de l'Agent.

Elle joint au Bulletin d'adhésion les pièces justificatives suivantes :

- les attestations d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie du Membre Participant et des Ayants droit,
- un relevé d'identité bancaire pour le prélèvement des cotisations et le versement des Prestations,
- le cas échéant, tout document justifiant de la situation d'enfants à charge (certificat de scolarité, copie de la déclaration fiscale, attestation sur l'honneur de ne pas bénéficier d'un revenu supérieur à 75% du SMIC...),
- une copie d'une fiche de paye ou attestation de l'employeur justifiant la situation d'Agent au sein d'une collectivité territoriale.

Sous réserve que l'Agent satisfasse aux conditions d'Adhésion et qu'il ait communiqué l'ensemble des pièces justificatives et qu'il ait payé la première cotisation, la Mutuelle adresse à l'Assuré

participant un « Certificat d'adhésion » reprenant l'ensemble des mentions figurant dans le Bulletin d'adhésion et notamment l'Option retenue, les taux et assiettes de cotisation, la date d'effet, la date d'échéance, la liste des Ayants droit, le montant des Prestations correspondant à la Garantie souscrite.

Toute modification des Garanties définies au Bulletin d'adhésion auquel fait référence le Certificat d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci à l'Agent.

Postérieurement à l'Adhésion, seul l'Agent peut demander l'Affiliation d'Ayants droit en complétant un nouveau Bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

ARTICLE 7 – DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHESION

L'Adhésion ne peut prendre effet qu'à réception par la Mutuelle :

- du Bulletin d'adhésion complété, daté, paraphé et signé,
- de l'ensemble des pièces justificatives visées à l'article « MODALITÉ D'ADHÉSION ET CHOIX D'OPTION » et du paiement de la première cotisation.

Sous cette réserve, elle prend effet à la date figurant au Bulletin d'adhésion.

Cette date d'effet est par principe le 1^{er} jour du mois qui suit la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion. La Mutuelle peut cependant exceptionnellement déroger à cette règle et accepter une Adhésion à effet rétroactif.

L'Adhésion est souscrite dans le cadre de l'année civile et pour une durée expirant le 31 décembre de chaque année.

Elle se renouvelle ensuite sous réserve du paiement des cotisations par tacite reconduction, le premier janvier de chaque année civile sauf cas de cessation des garanties prévues aux articles 10 et suivants du présent Règlement.

La couverture de nouveaux Ayants droit, postérieurement à l'Adhésion initiale, prend effet à la date figurant sur le nouveau Bulletin d'adhésion.

En cas de mariage, de naissance ou d'adoption d'un enfant postérieurement à l'Adhésion de l'Agent, les Garanties prennent effet, pour l'Ayant droit, dès la date de l'événement en question si la demande est reçue dans les deux mois qui suivent l'événement.

Dans tous les autres cas, les Garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.

ARTICLE 8 – DECLARATIONS DE L'AGENT

L'Agent certifie sincères et véritables les informations qu'il a fournies lors de la signature de son Bulletin d'adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l'Adhésion dans les conditions de l'article « DECLARATION DU RISQUE » et les sanctions prévues aux Statuts et présent Règlement.

Par ailleurs, l'Agent est tenu d'informer la Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications le concernant ayant un intérêt pour la Mutuelle.

Seules les informations et demandes de modification fournies par l'Agent seront prises en compte par la Mutuelle.

ARTICLE 9 – FACULTE DE RENONCIATION/RETRACTATION

- Vente à distance

Dans le cadre de la vente à distance au sens de l'article L.221-1 du Code de la consommation, l'Agent peut renoncer à l'Adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus commençant à courir soit à compter de la date prise d'effet de l'Adhésion, soit à compter du jour où il a reçu les conditions contractuelles et les informations prévues à l'article L.222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure.

- Vente hors établissement

Dans le cadre de la vente hors établissement au sens de l'article L.221-1 du Code de la consommation, l'Agent peut se rétracter dans un délai de 14 jours commençant à compter de la signature du Bulletin d'adhésion. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Dans tous les cas, il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer à l'adresse suivante :

MUTA SANTÉ CS 62290- 68069 Mulhouse cedex

Le jour où l'Adhésion prend effet n'est pas compté dans le délai. Le délai commence à courir au début de la première heure du premier jour suivant et prend fin à l'expiration de la dernière heure du dernier jour du délai.

L'Agent qui a demandé le commencement de l'exécution de l'Adhésion avant l'expiration du délai de renonciation ou de rétractation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'Adhésion et la renonciation.

La Mutuelle rembourse à l'Agent les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent ainsi que des Prestations versées au cours de cette période, dans les trente (30) jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation. Passé ce délai, les sommes produisent des intérêts au taux légal majoré de 50% durant les deux premiers mois, puis au-delà de ce délai, au double du taux légal.

Toutefois, dans le cadre du démarchage à domicile, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Agent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un Risque mettant en jeu le paiement de la Garantie et dont il n'a pas eu connaissance, est intervenue pendant le délai de renonciation.

Cette renonciation ou rétractation entraîne la cessation du droit aux Garanties et à l'ensemble des Prestations prévues.

ARTICLE 10 – MODIFICATION D'OPTION A L'INITIATIVE DE L'AGENT

L'Agent a la possibilité de changer d'Option dans les conditions suivantes. Rappelons que la Garantie des Ayants droit est identique à celle de l'Agent.

Article 10.1 - Délai à respecter

Tout changement d'Option ne peut intervenir qu'une fois par an maximum, après une période de 12 mois au cours de laquelle l'Agent a bénéficié d'un premier niveau de Garanties. Ce changement pourra être effectué à condition que l'Agent en ait fait la demande au moins deux mois avant l'échéance de

l'Adhésion, soit avant le 31 octobre, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 10.2 - Date d'effet de la modification

Le changement de Formule prend effet le 1^{er} janvier suivant la demande sous réserve d'avoir bénéficié de l'Option précédente pendant 12 mois minimum.

ARTICLE 11 – CESSATION DE L'ADHESION

Article 11.1 - À l'initiative de l'Agent

- Dans le respect des dispositions de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, l'Agent peut mettre fin à son Adhésion tous les ans en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours. La résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours. À compter du 1^{er} décembre 2020, l'Agent pourra notifier sa résiliation à la Mutuelle soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'Adhésion au présent Règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, soit par tout autre moyen prévu par le présent Règlement dans le respect du même délai indiqué ci-avant. La Mutuelle confirmera par écrit la réception de la notification.
- L'Agent dispose également d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuelle pour dénoncer le renouvellement de son Adhésion, le cachet de la poste faisant foi.
- A compter du 1^{er} décembre 2020, l'Agent pourra en outre dénoncer son Adhésion à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, dans les conditions prévues au premier paragraphe. La résiliation prendra effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification.

Article 11.2 - À l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut mettre fin à l'Adhésion de l'Agent :

- En cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article « Paiement des cotisations » du présent Règlement,
- En cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « Réticence et fausse déclaration intentionnelle » du présent Règlement,
- En cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, dans les conditions de l'article « Fausse déclaration non intentionnelle » du présent Règlement,
- En cas de fraude ou de tentative de fraude dans le cadre de la procédure d'exclusion prévue aux statuts de la Mutuelle. La fraude s'entend de tout(e) acte, action ou opération réalisé(e) de mauvaise foi dans le but d'obtenir de la Mutuelle des Prestations qui ne sont pas dues.

Article 11.3 - Résiliations exceptionnelles

Cessation des conditions d'adhésion

L'Adhésion est résiliée dans les conditions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité lorsque l'Agent ne satisfait plus à l'une ou

l'autre des conditions d'Adhésion définies par l'article : « CONDITIONS D'ADHESION » du présent règlement.

Événement exceptionnel

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque l'Agent ne remplit plus les conditions d'Adhésion ou en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- départ en retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

il peut être mis fin à l'Adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des Risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'Adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivants la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La Mutuelle doit rembourser à l'Agent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le Risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Cas particulier des personnes décédées : L'Adhésion est résiliée de plein droit en cas de décès de l'Agent.

Une copie de l'acte de décès doit être transmise à La Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte.

Résiliations dérogatoires

- **Adhésion à un contrat collectif obligatoire :** si l'Agent se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire, il peut demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, l'Agent doit communiquer à la Mutuelle une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l'absence de dispense d'Affiliation.

La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de la demande. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées à l'Agent.

- **Admission au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire » :** Si l'Agent est admis au bénéfice de la « Complémentaire Santé Solidaire », il peut demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, l'Agent doit envoyer à la Mutuelle un courrier accompagné de l'attestation délivrée par le régime obligatoire. La résiliation prend effet la veille de la date d'effet de sa couverture figurant sur l'attestation délivrée par le régime obligatoire et avec un effet rétroactif si nécessaire.

Article 11.4 - Conséquences de la cessation de l'Adhésion

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement de l'Adhésion restent dues dans tous les cas.

Aucune Prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement de l'Adhésion, sauf celles

pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Article 11.5 - Cessation de l'Affiliation des Ayants droit

La cessation des droits de l'Agent entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants droit.

Lorsqu'un Assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant droit, son Affiliation cesse le premier jour du mois qui suit la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre cotisant.

Les Ayants droit de 26 ans et plus doivent cotiser isolément comme Membre participant à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle où ils atteignent leur 26^{ème} anniversaire.

L'Affiliation des Ayants droit peut être résiliée, au 31 décembre de l'année, à la demande de l'Agent notifiée par lettre recommandée ou lettre recommandée électronique avec accusé de réception à la Mutuelle, moyennant le respect d'un préavis de deux mois.

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si l'Ayant droit se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire, il peut alors demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, l'Agent doit communiquer à la Mutuelle une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l'absence de dispense d'affiliation. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite, sous réserve de produire une pièce justificative.

CHAPITRE 3 – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 12 – DÉCLARATION DU RISQUE

Lors de la signature du Bulletin d'adhésion, l'Agent doit répondre avec exactitude aux questions posées par la Mutuelle, dans le respect des dispositions de l'article L.110-2 du Code de la mutualité.

Article 12.1 - Réticence et fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la Garantie accordée à l'Agent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du Risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle alors même que le Risque omis ou dénaturé par l'Agent a été sans influence sur la réalisation du Risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 12.2 - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Agent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas automatiquement la nullité de la Garantie prévue au Bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du Risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Agent. A défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée à l'Agent 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'aurait lieu qu'après la réalisation du Risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Agent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les Risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 12.3 - Fraude

En cas de fraude de l'assuré de nature à entraîner le paiement de prestations indues, la Mutuelle décide de la suspension immédiate du service des prestations et fait procéder à une enquête au cours de laquelle l'intéressé est invité à fournir des explications.

Si les résultats de cette enquête confirment les faits reprochés à l'assuré, il peut être décidé, compte-tenu de la gravité de la faute, de la suspension des prestations pendant une période indéterminée, ou de l'annulation des droits de l'intéressé aux prestations, sans préjudice des poursuites à engager contre l'assuré pour le recouvrement des sommes indûment payées.

En tout état de cause, les cotisations antérieurement versées par l'intéressé demeurent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 13 – SUBROGATION LEGALE – RECOURS CONTRE TIERS

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions de l'Agent ou de ses Ayants droit victime d'un Accident, contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité 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.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'Agent ou ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

Lorsque, du fait de la victime ou des Ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du Sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses Ayants droit.

L'Assuré victime d'un Accident, qui aura été indemnisé directement par un tiers responsable devra, sous peine d'exclusion, rembourser à la Mutuelle les Prestations qu'elle lui a versées dans le cadre de cet Accident, jusqu'à concurrence du montant de l'indemnité perçue.

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'indemnise ces éléments de préjudice.

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

ARTICLE 14 – PRESCRIPTION

Article 14.1 - Délai de prescription

Toutes les actions dérivant du présent Règlement sont prescrites pour deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Passé ce délai, l'action n'est plus recevable.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le Risque couru, du fait de l'Agent, 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 de l'Agent, du Bénéficiaire ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Agent ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Article 14.2 - Interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que prévues aux articles

2240 et suivants du Code civil et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un Risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressé par la Mutuelle au Membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Agent, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 15 – AUTORITE DE CONTROLE

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 16 – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations nominatives concernant les Assurés qui sont recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement fondé sur l'exécution du contrat et des mesures contractuelles et sur le consentement.

Les finalités de ce traitement sont de :

- gérer l'Adhésion et les Affiliations des Assurés,
- verser les prestations aux Assurés,
- interroger les Agents sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle,
- leur proposer des garanties complémentaires à titre individuel.

Le responsable du traitement est MUTA SANTÉ - CS 62290 - 68069 MULHOUSE Cedex.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion de l'Adhésion peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude ou contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de prévenir, de détecter ou de gérer des opérations, actes ou omissions à risque, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Elles sont par ailleurs susceptibles d'être communiquées :

- au régime obligatoire auquel sont affiliés les Assurés sauf s'ils ont refusé la télétransmission NOEMIE,
- aux organismes choisis par la Mutuelle pour assurer le service de Tiers payant (concentrateur), pour éditer et publier les décomptes des Prestations versées aux Bénéficiaires ainsi que les cartes de tiers-payant (imprimeur),
- aux banques pour le versement des prestations et le prélèvement des cotisations,
- à d'autres organismes assureurs en cas de recours contre un tiers-responsable,
- à des réseaux de soins partenaires,
- à un éventuel délégataire de gestion,
- aux réassureurs de la Mutuelle.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation de l'Adhésion ne pourra excéder dix (10) années.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, l'Agent ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle. Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès, en adressant une demande par lettre simple au service Protection de la clientèle de MUTA SANTÉ CS 62290 – 68069 MULHOUSE CEDEX ou par courrier électronique à l'adresse suivante : **dpo@muta-sante.fr**.

L'Agent peut également adresser une réclamation concernant le traitement de ses données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) située 3 place de Fontenay, TSA 80175, 75334 PARIS Cedex 07.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Agent ou, le cas échéant, aux Ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la santé publique.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne l'Adhésion. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'Adhésion.

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L.1461-3 du Code de la santé publique.

ARTICLE 17 – OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, les Assurés peuvent s'opposer au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr/.

Toutefois, cette demande ne pourra être prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui lie l'Agent avec la Mutuelle, sous réserve d'opposition expresse de l'Agent à la prospection commerciale.

ARTICLE 18 – DEMANDES / RÉCLAMATIONS - MEDIATION

Toute demande ou réclamation est à adresser directement aux Services Affiliation ou Prestations de la Mutuelle. Cependant, dans le cas où la réponse apportée par nos Services ne devait donner satisfaction, l'Assuré pourra solliciter le Service Réclamation, obligatoirement par courrier, à l'adresse suivante :

MUTA SANTÉ
Service Réclamation
CS 62290 - 68069 Mulhouse cedex

La Mutuelle accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa réception, sauf si durant ce même

décal elle est en mesure d'apporter une réponse à l'Agent. Dans le cas contraire, elle dispose d'un délai de deux mois pour répondre à la réclamation envoyée par l'Agent.

En cas d'absence de réponse de la Mutuelle dans ce délai, ou si la réponse de la Mutuelle ne le satisfait pas, l'Agent peut saisir le Médiateur de la consommation dont relève la Mutuelle par voie postale à l'adresse suivante :

SAS Médiation Solution – 222 Chemin de la Bergerie
01800 Saint Jean de Niois

Ou par voie électronique :

- sur le site internet du Médiateur :
www.sasmediationsolution-conso.fr
- par mail :
contact@sasmediationsolution-conso.fr

L'Agent doit formuler sa demande de médiation dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition qu'il n'ait pas saisi les tribunaux.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas des droits de l'Agent et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

ARTICLE 19 – VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le Bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé par l'Agent,
- le présent Règlement mutualiste, y compris ses annexes,
- les statuts de la Mutuelle.

En cas de contradiction entre les dispositions du Bulletin d'adhésion et celles du présent Règlement, ce sont celles du Bulletin d'adhésion qui l'emportent.

Le Bulletin d'adhésion, le Règlement et les statuts de la Mutuelle expriment l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du Bulletin d'adhésion, du Règlement ou des statuts de la Mutuelle, serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du Règlement.

ARTICLE 20 – LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

CHAPITRE 4 – COTISATIONS

ARTICLE 21 – MONTANT DES COTISATIONS

Article 21.1 - Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fonction de l'Option choisie et leur montant est modulé en fonction du régime de Sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'Ayants droit.

Lorsque le tarif est fonction de tranches d'âge, le changement de tarif se fait au premier janvier de l'année qui suit l'anniversaire mentionné dans la tranche de cotisations.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'Assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du Bulletin d'adhésion. Toute modification législative ou réglementaire pourra faire l'objet d'une répercussion immédiate sur les cotisations de l'année en cours.

Les cotisations sont en outre réexaminées par la Mutuelle chaque année et peuvent être modifiées en fonction notamment de l'évolution des prestations, des résultats du compte technique d'exploitation du présent Règlement mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

La révision des cotisations est notifiée à l'Agent et s'impose à lui dès la notification, conformément aux dispositions de l'article L221-5 du Code de la mutualité.

Article 21.2 - Gratuité

Une gratuité est accordée à partir du 3^{ème} enfant à charge affilié.

ARTICLE 22 – MAJORATION DES COTISATIONS POUR ADHESION TARDIVE

Pour toute année non cotisée à une garantie de référence postérieure à l'âge de trente ans, depuis la date la plus récente entre la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé et la date d'entrée dans la fonction publique, ou, le cas échéant, depuis la dernière adhésion à une garantie de référence, il est calculé par l'organisme proposant une garantie de référence une majoration égale à 2 % par année.

Il n'est pas appliqué de majoration au titre des deux premières années d'ancienneté dans la Fonction publique. Pour les Agents en fonction lors de la publication du décret du 8 novembre 2011 susvisé, il n'est appliqué de majoration qu'à compter de la deuxième année suivant la publication, le 31 août 2012 de la première liste de contrats et règlements labellisés, soit le 31 août 2013.

Le coefficient de majoration ainsi calculé est le cas échéant additionné au coefficient de majoration transmis à l'organisme auprès duquel l'Agent souhaite souscrire ou adhérer à une garantie de référence.

Si un contrat ou un règlement perd son label, les périodes écoulées postérieurement sont prises en compte comme une durée de cotisation jusqu'à l'expiration du délai mentionné à l'Article 4 (Perte du label) du présent Règlement mutualiste.

ARTICLE 23 – PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 23.1 - Avis d'échéance

La cotisation est appelée par un « avis d'échéance » adressé à chaque Membre participant, annuellement. La non-réception de l'avis d'échéance par l'Agent ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

Article 23.2 - Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier pour tout Membre participant inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux Membres participants, à partir de la date d'effet de l'Adhésion.

Pour faciliter le paiement de l'échéance annuelle, la Mutuelle permet son fractionnement selon une périodicité mensuelle ou trimestrielle. Le fractionnement ne constitue toutefois qu'une facilité de paiement accordée à l'Agent. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle qui demeure dans tous les cas exigibles en totalité.

Le non-paiement de l'une des échéances, sauf dispositions ayant reçu l'accord de la Mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Les modalités de paiement sont par prélèvement automatique ou par chèque.

Article 23.3 - Défaut de paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la Garantie est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure de l'Agent.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la Garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses Garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, l'Agent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des Garanties.

La Garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

CHAPITRE 5 – PRESTATIONS

ARTICLE 24 – GARANTIES SANTE ET CONDITIONS DES PRESTATIONS

Article 24.1 - Objet des Garanties de frais de soins de santé

Les Garanties ont pour objet de rembourser aux Assurés en cas de maladie, d'accident ou de maternité, tout ou partie des frais de soins de santé engagés en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les frais de soins de santé doivent correspondre à des **soins reçus, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, postérieurement à la date d'effet de l'Adhésion ou à l'Affiliation de l'Ayant droit, et en tout état de cause, avant toute cessation de l'Adhésion.**

Les frais de soins de santé concernés par les Garanties sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions de l'article « Soins effectués à l'étranger ».

Peuvent être également couverts certains frais de soins de santé ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'assurance maladie selon l'Option choisie par l'Agent. Pour ces remboursements, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Les frais de soins de santé donnent lieu à un remboursement selon l'Option souscrite par l'Agent dans les conditions et au taux ou montant mentionnés en annexe du présent Règlement.

Article 24.2 - Bénéficiaires des Prestations

Les Bénéficiaires des Prestations de la Mutuelle sont les Agents et éventuellement, leurs Ayants droit à titre gratuit lorsque la cotisation est prévue comme telle, à titre onéreux dans tous les autres cas. La détermination des Ayants droit est mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

Les Ayants droits affiliés bénéficient obligatoirement de la même Garantie que l'Agent.

Les Bénéficiaires perçoivent les Prestations de la Mutuelle en fonction de l'Option choisie et doivent remplir les conditions d'âge, d'appartenance au régime de Sécurité sociale ou équivalent concerné suivant l'Option choisie.

Article 24.3 - Nature des prestations – « Contrat responsable »

Les Prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables ».

Les Garanties respectent par ailleurs les obligations du dispositif « 100% SANTE » et tiennent compte dans leur rédaction des recommandations de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM) en matière de lisibilité des garanties.

Ces dispositions législatives et réglementaires sont exposées en annexe de manière détaillée et sont accessibles sur le site de MUTA SANTÉ.

En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent Règlement, les règles du contrat responsable prévaudront.

Article 24.4 - Base de remboursement des Prestations

La Mutuelle intervient, selon l'Option retenue par l'Agent, en complément des remboursements du Régime général de la Sécurité sociale, ou de tout autre régime obligatoire ou régime équivalent au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les Prestations sont calculées, acte par acte, **et sont limitées, en tout état de cause et tous régimes confondus (obligatoires et complémentaires), aux frais réellement engagés.**

Les frais en cause doivent avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française ou d'un autre régime obligatoire ou régime équivalent avec une date de soins pendant la période d'assurance.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Les dépassements d'honoraires ne faisant pas l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale ne seront pas pris en compte.

La Mutuelle intervient également, selon l'Option retenue par l'Agent, pour des actes non remboursés soit par le Régime général de la Sécurité sociale, soit par tout autre régime obligatoire ou équivalent.

La date des soins retenue sera, dans tous les cas, celle figurant sur le décompte de l'organisme de Sécurité sociale ou sur la facture du professionnel de santé pour les actes non remboursés par la Sécurité sociale et ne figurant pas sur ces décomptes.

Pour les consultations et visites chez un praticien non conventionné, la Mutuelle rembourse sur la base fictive du tarif conventionné reconstitué.

Les Prestations sont généralement exprimées :

- en pourcentage des Bases de Remboursement de la Sécurité sociale,
- en euros auquel cas, certains remboursements sont plafonnés soit par année civile, soit par acte, soit sur plusieurs années selon la date d'achat. Les Plafonds annuels sont valables du 1^{er} janvier au 31 décembre sans proratisation pour l'Adhésion et les Affiliations en cours d'année.

Ils incluent le cas échéant le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

Article 24.5 - Exclusions

Sont exclus les frais d'hébergement et les forfaits journaliers liés aux moyens et longs séjours en maison de cure médicale et de retraite, maisons d'enfants spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médicaux-psycho-pédagogiques, médicaux-professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnelle.

Sont également exclues de tout remboursement les cures de thalassothérapie.

De manière plus générale, la Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de Garanties figurant en annexe selon l'Option choisie par l'Agent.

Le fait que la Mutuelle ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Article 24.6 – Principe indemnitaire et pluralité d'assureurs

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,

« Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la 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 ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix ».

Si le Bénéficiaire a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire.

Article 24.7 - Montant et conditions des Garanties

Les Garanties dont bénéficient les Assurés figurent en annexe selon l'option choisie par l'Agent.

Peuvent donner lieu à remboursement, si les Garanties correspondantes sont effectivement prévues dans l'option choisie par l'Agent, les frais suivants :

Hospitalisation :

▪ Hospitalisation chirurgicale :

- Frais chirurgicaux proprement dits (intervention chirurgicale, frais de salle d'opération, assistance-aide opératoire, frais de séjour...).
- Soins pré-opératoires : ils doivent intervenir avant l'opération et comprennent une consultation ou visite auprès d'un médecin généraliste, une consultation ou une visite auprès d'un chirurgien, une analyse.
- Soins post-opératoires : ils interviennent après l'opération et comprennent notamment une visite ou une consultation auprès d'un médecin généraliste et/ou d'un chirurgien, une analyse, la rééducation, les massages, la gymnastique médicale et l'appareillage provisoire.

▪ Hospitalisation médicale :

Pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, préventorium, maison de repos... ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.

▪ Hospitalisation à domicile :

Hospitalisation donnant lieu à une facturation forfaitaire selon un prix de journée.

▪ Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de chacune des hospitalisations médicales ou chirurgicales :

- Frais d'hospitalisation liés au séjour correspondant aux frais de structure et de soins de l'établissement ainsi que les produits

facturables inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et les spécialités pharmaceutiques fournitures.

Les forfaits d'accueil et divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, forfait ambulatoire, télévision, téléphone, journal, ...) ne font en revanche l'objet d'aucun remboursement par la Mutuelle,

- Honoraires médicaux et paramédicaux, actes de laboratoires,
- Forfait journalier hospitalier : sans limitation de durée à l'exclusion des frais journaliers afférents aux séjours dans les établissements prévus par les articles L.174-6 et L.312-1 du Code de la Sécurité sociale (établissements médico-sociaux, maisons d'accueil spécialisées ou établissements d'hébergement des personnes dépendantes),
- Participation appliquée aux actes dont le tarif est supérieur à 120 €,
- Frais de chambre particulière : selon l'option retenue par l'Agent, les frais de chambre particulière sont remboursés par la Mutuelle, y compris en hospitalisation de jour (ambulatoire), dans la limite du Plafond journalier prévu par l'option, sans limitation de durée sauf :
 - dans le cadre d'une hospitalisation psychiatrique où le remboursement des frais est limité à 90 jours par année civile ;
 - en cas de séjour en centre de réadaptation, maisons de repos ou de convalescence, ou tout autre centre spécialisé ou service hospitalier spécialisé où le remboursement des frais est limité à 45 jours par séjour si le séjour fait suite à une hospitalisation chirurgicale intervenue il y a moins de 6 mois ou à 30 jours par année civile dans les autres cas.
- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant : selon l'Option retenue par l'Agent, les frais d'accompagnement sont remboursés par la Mutuelle, y compris en hospitalisation de jour (ambulatoire), sans limitation de durée. Ces frais comprennent les frais d'hébergement (lit) et de nourriture (repas) d'un seul des deux parents de l'enfant, facturés par l'établissement hospitalier ainsi que ceux engagés dans les « maisons de parents » et à condition que ceux-ci soient acquittés par une personne assurée par la Mutuelle.

Il est précisé qu'en cas de séjour ou d'intervention dans un établissement non conventionné par la Sécurité sociale, la Mutuelle interviendra à raison de 50 % des frais exposés par l'Assuré déduction faite du remboursement éventuel de la Sécurité sociale, la base de remboursement retenue par la Mutuelle étant celle qui aura été déclarée par le régime obligatoire selon les tarifs en vigueur.

Par ailleurs, en cas d'hospitalisation sans accord préalable de la Sécurité sociale dans un établissement situé hors de la circonscription territoriale de la Caisse primaire d'assurance maladie dont relève le bénéficiaire, la différence de tarif journalier laissée à sa charge n'est pas prise en compte par la Mutuelle.

Frais de maternité :

La prime de naissance éventuellement prévue selon l'Option souscrite par l'Agent est versée à l'Assuré sur présentation d'un acte de naissance. Cette prime n'est pas versée lorsqu'un enfant d'un Assuré (Ayant droit) devient lui-même parent.

Si l'option souscrite prévoit la prise en charge des frais médicaux liés à l'accouchement, les frais doivent avoir été acquittés pour une personne couverte au titre du contrat (Assuré ou Ayant droit).

Sauf mention contraire figurant au tableau de Garanties, la prime de naissance n'est pas multipliée par le nombre de naissance.

Soins courants :

▪ Honoraires :

- Honoraires médicaux des médecins généralistes ou spécialistes adhérents ou non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO) : ils regroupent notamment les frais de consultations ou de visites, les actes techniques médicaux, les frais d'imagerie médicale (radiographies),
- Honoraires paramédicaux : ils correspondent aux actes réalisés par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes...

▪ Médicaments :

Sont pris en charge par la Mutuelle les médicaments remboursés par la Sécurité sociale.

La Mutuelle peut éventuellement prendre en charge des médicaments non remboursés par la Sécurité sociale. Dans ce cas, le remboursement est explicitement mentionné dans le tableau de Garanties.

La prise en charge est limitée dans tous les cas aux médicaments figurant sur la liste des produits ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché de l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) et ayant fait l'objet d'une prescription d'un médecin.

▪ Analyses et examens de laboratoire :

Les analyses et examens de biologie médicale réalisés en laboratoire sont remboursés par la Mutuelle.

▪ Matériel médical :

Les dispositifs médicaux, prothèses et appareillages, autres que les aides auditives, sont remboursés par la mutuelle à condition qu'ils soient prescrits médicalement et inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale et remboursés par la Sécurité sociale.

▪ Frais de transport :

Les frais de transport remboursés par la Sécurité sociale sont pris en charge par la Mutuelle.

Pour la prise en charge des frais de transport en véhicule particulier, remboursés par la Sécurité sociale, la Mutuelle procédera au remboursement sur la base de la distance parcourue et du barème fiscal des indemnités kilométriques en vigueur à la date du déplacement.

Optique :

▪ Équipements 100% santé dits de « CLASSE A » :

Il s'agit d'un ensemble de verres et montures définis réglementairement auxquels s'appliquent des Prix limites de vente imposés aux opticiens.

Pour ces équipements, la Mutuelle garantit le remboursement de l'intégralité des frais restant à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des Prix limites de vente fixés réglementairement.

Le remboursement est **limité à un équipement (une monture avec deux verres), pour une période dont la durée est fixée en annexe au présent Règlement, selon l'âge de l'Assuré**, calculée à compter de la dernière facturation d'un équipement ou élément de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou la Mutuelle et

sauf cas de dérogation prévu par arrêté également mentionnés en annexe du présent Règlement.

▪ Équipements hors 100% santé dits de « CLASSE B » :

Il s'agit des verres et des montures dont les tarifs sont librement fixés par l'opticien. Ils sont remboursés par la Mutuelle selon le niveau de Prestation prévu à l'Option souscrite par l'Agent et **dans la limite des frais engagés.**

La mutuelle n'a pas d'obligation de prendre l'intégralité des frais restant à charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

Le remboursement est **limité à un équipement (une monture avec deux verres), pour une période dont la durée est fixée en annexe selon l'âge de l'Assuré**, calculée à compter de la dernière facturation d'un équipement ou élément de l'équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par la Mutuelle et sauf cas de dérogation prévus par arrêté également mentionnés en annexe du présent Règlement.

▪ Équipements mixtes :

Les verres et les montures de chacune des classes d'équipements peuvent par ailleurs être mixés entre eux de la manière suivante :

- soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »,
- soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A ».

Dans ce cas, la Mutuelle rembourse chacun des éléments de l'équipement mixte selon le niveau de Prestation prévu à l'Option souscrite par l'Agent pour chaque élément et selon les mêmes conditions de renouvellement que celles prévues pour les équipements dits de « classe A » et de « classe B ».

▪ Frais d'adaptation :

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur des frais d'adaptation remboursés par la Sécurité sociale.

▪ Lentilles :

Les lentilles remboursées par la Sécurité sociale sont remboursées par la Mutuelle selon l'option souscrite sans limite annuelle.

Selon l'option choisie par l'Agent, les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie peuvent être remboursées, **dans la limite d'un Plafond exprimé par année civile et par Assuré**, à condition qu'elles soient prescrites médicalement par un médecin ophtalmologiste et délivrées par un opticien agréé par la Sécurité sociale. Ce remboursement s'effectue sur présentation de la prescription médicale et des factures originales, détaillées et acquittées.

Les frais inhérents à l'utilisation des lentilles ainsi que les produits accessoires et d'entretien ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

▪ Chirurgie réfractive :

Selon l'option choisie par l'Agent, l'intervention chirurgicale réfractive peut être prise en charge par la Mutuelle, **dans la limite d'un Plafond exprimé par œil et par Assuré.**

Dentaire :

Les Prestations de la Mutuelle peuvent dépendre du type d'actes réalisés (soins, couronne, implant...) ou du type de prothèse (fixe, amovible...), des matériaux utilisés (prothèse métallique, prothèse céramique, ...) ou de l'emplacement de la dent dans la bouche (dents visibles ou non visibles, ...).

Les soins et actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes Garanties « DENTAIRE ».

La date des soins retenue pour déterminer si la Mutuelle rembourse ou non les soins est la date figurant sur le décompte de la Sécurité sociale (notamment pour l'orthodontie reconnue) ou sur la facture du dentiste, pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale.

▪ **Soins et prothèses 100% santé :**

Il s'agit d'actes prothétiques définis réglementairement auxquels s'appliquent des Honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes et chirurgiens-dentistes. La nature des matériaux utilisés (céramique, métallique, ...) est imposée et variable selon l'emplacement de la dent faisant l'objet d'une pose de prothèse.

Pour ces actes dentaires, la Mutuelle garantit le remboursement de l'intégralité des frais restant à charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des Honoraires limites de facturation fixés réglementairement.

Conformément à l'arrêté ministériel du 24 mai 2019, la prise en charge intégrale s'effectuera **en deux temps** selon le type d'acte concerné et le calendrier fixé en annexe du présent Règlement.

▪ **Soins et prothèses hors 100% santé (tarifs maîtrisés et libres) :**

Pour tous les soins et travaux prothétiques ne rentrant pas dans le dispositif 100% santé, la Mutuelle n'a pas d'obligation de prendre l'intégralité des frais restant à charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

Actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale :

Pour les soins et prothèses dentaires donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle rembourse les actes en faisant application du pourcentage de remboursement prévu à l'Option souscrite par l'Agent, **dans la limite des frais engagés et le cas échéant, sans pouvoir excéder les Honoraires limites de facturation (HLF)** dont le respect s'impose aux dentistes et chirurgiens-dentistes lorsque ceux-ci sont fixés réglementairement (panier à tarifs maîtrisés).

Le remboursement de la Mutuelle est dans tous les cas limité au Ticket modérateur pour les soins pour lesquels le dentiste ou le chirurgien-dentiste n'est pas autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires (détartrage, faux-moignon, amalgame, composite, ...).

Les soins d'orthodontie remboursés par l'assurance maladie obligatoire sont également pris en charge par la Mutuelle à hauteur du pourcentage de remboursement prévu à la Garantie, selon l'Option choisie par l'Agent.

Actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale ou hors nomenclature :

Lorsque l'option retenue par l'Agent prévoit la prise en charge des actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale ou hors nomenclature, ceux-ci sont explicitement mentionnés au tableau des Garanties.

Ils sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré et d'un Plafond par acte**, dont les montants figurent au tableau des Garanties en annexe. Ce plafond global concerne l'ensemble des actes non remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie et pris en charge par la Mutuelle, à l'exception des actes

d'implantologie et de parodontologie qui font l'objet d'une garantie spécifique.

Concernant les frais d'implantologie (pilier implantaire, implant, radio implantaire et le cas échéant bridge sur implant), ceux-ci sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un Plafond par acte dont le montant figure au tableau de Garanties en annexe et d'un nombre d'actes exprimé par année civile et par Assuré.**

Les soins de parodontologie non remboursés par la Sécurité sociale sont pour leur part remboursés par la Mutuelle, en fonction de l'option choisie par l'Agent, **dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré dont le montant figure au tableau de Garanties en annexe.**

Sauf mention contraire expressément prévue au tableau des Garanties, tous les autres actes hors nomenclature ou non remboursés par la Sécurité sociale ne font l'objet d'aucune prise en charge par la Mutuelle.

Selon l'Option retenue par l'Agent, la Mutuelle peut prévoir l'application d'une limite dans le remboursement des prestations dentaires durant les deux premières années d'Adhésion dès lors que les Assurés ne disposaient pas la veille de l'Adhésion, d'une couverture complémentaire santé.

Ces limites sont fixées comme suit :

- 500 € la première année,
- 1 000 € la seconde année.

Ces limites ne concernent ni les soins et prothèses dentaires pris en charge dans le cadre du 100% santé, ni les soins dentaires pris en charge dans le cadre des obligations du contrat responsable.

Aides auditives :

Les dispositions suivantes s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2021.

▪ **Aides auditives 100% santé dites de « classe 1 » :**

Il s'agit d'un ensemble d'équipements auditifs définis réglementairement auxquels s'appliquent des Prix limites de vente imposés aux audioprothésistes.

Pour ces équipements, la Mutuelle garantit le remboursement de l'intégralité des frais restant à charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale dans la limite des Prix limites de vente fixés réglementairement.

Le remboursement est **limité à un appareil par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans** calculée à compter de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par la Mutuelle.

▪ **Aides auditives dites de « classe 2 » :**

Il s'agit des équipements auditifs dont les tarifs sont librement fixés par les audioprothésistes. Elles sont remboursées par la Mutuelle selon le niveau de Prestation prévu à l'Option souscrite par l'Agent et **dans la limite des frais engagés.**

La Mutuelle n'a pas d'obligation de prendre l'intégralité des frais restant à charge de l'Assuré après remboursement de la Sécurité sociale.

Le remboursement est **limité à un appareil par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans** calculée à compter de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par la Mutuelle.

Médecine complémentaire :

Selon l'Option choisie par l'Agent, la Mutuelle rembourse certains actes complétant la médecine traditionnelle (ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien, psychologue, sophrologue, kinésologue, naturopathe, hypnotiseur, réflexologue, micro-kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute et pédicure) sur présentation d'une facture originale du praticien mentionnant la possession du diplôme d'état dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, **dans la limite d'un nombre de consultations exprimé par année civile et d'un Plafond par acte et par Assuré prévu à la Garantie applicable.**

Pour toute discipline, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut de praticien et notamment l'enregistrement du praticien sur le répertoire d'identification des professionnels de santé (ADELI ou RPPS).

Cure thermale :

Les soins de cure dispensés suite à une ordonnance du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins font l'objet d'une prise en charge minimale du Ticket modérateur. Ne sont considérés comme soins de cure que les soins qui font l'objet d'une cotation et d'un remboursement de la Sécurité sociale. **Ne font notamment pas l'objet d'un remboursement les suppléments de confort (1ère classe...).**

Les frais d'hébergement et de transport peuvent faire l'objet d'un remboursement, auquel cas, la cure doit être prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et ce, même si cette dernière ne prend pas en charge l'hébergement.

Pour la prise en charge des frais de transport en véhicule particulier, la Mutuelle procédera au remboursement sur la base de la distance parcourue et du barème fiscal des indemnités kilométriques en vigueur à la date du déplacement.

Prévention :

La Mutuelle prend en charge le Ticket modérateur des actes de prévention prévu à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale au titre de chaque poste de Garanties concerné.

La liste des actes concernés est fixée en annexe au présent Règlement.

Selon l'option choisie par l'Agent, la Mutuelle peut également prendre en charge les frais d'actes de prévention suivants :

- **Densitométrie osseuse** : la Mutuelle peut rembourser cet acte **dans la limite d'un Plafond par année civile et par Assuré**, sur présentation d'une facture originale et acquittée précisant la nature de l'acte, même si l'examen n'est pas remboursé par l'Assurance maladie obligatoire.
- **Vaccins** : lorsqu'ils ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale, la Mutuelle peut rembourser les vaccins prescrits médicalement, y compris le vaccin anti-grippe, **dans la limite d'un Plafond par année civile et par Assuré**, sur présentation d'une facture originale acquittée précisant la nature du produit.

Article 24.8 - Délais d'attente

La Mutuelle intervient par principe pour les frais engagés par l'Assuré à compter de la date d'effet de son Adhésion et jusqu'à la date effective de sa radiation. Il est cependant fait application des délais d'attente suivants, si l'Assuré ne disposait pas, la veille de son adhésion, d'une couverture de même nature auprès d'un organisme similaire :

- trois mois pour la médecine complémentaire et la prévention,

- six mois pour les frais hospitaliers (honoraires, chambre particulière, frais de séjour en établissements non conventionnés), les frais d'hébergement et de transport de cure, les frais d'optique, les frais dentaires (hors soins), les aides auditives.

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les délais d'attente susmentionnés ne s'appliquent pas à la prise en charge du forfait journalier ou hospitalier (exposé dans les conditions décrites à l'article 21.6) et du Ticket modérateur des actes définis à l'article R.871-2 1° du Code de la Sécurité sociale ainsi qu'à tout acte, soin ou équipement relevant du dispositif « 100% santé ». Dans ces hypothèses, la prise en charge est immédiate dès la date d'effet de l'Adhésion.

Les mêmes délais d'attente s'appliquent si l'Adhésion enregistrée auprès de **MUTA SANTÉ** intervient, pour l'Assuré, en tant que mutuelle complémentaire à une première couverture complémentaire.

Article 24.9 - Soins effectués à l'étranger

La Mutuelle prend en charge les soins réalisés à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées desdits soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée.

La Mutuelle intervient dès lors que l'Agent bénéficie d'une prise en charge par le régime obligatoire français ou par le régime de Sécurité sociale du pays d'accueil. Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité sociale française éventuellement reconstruits et selon les Garanties prévues au présent Règlement.

Lorsque les soins réalisés à l'étranger font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné mais ne peuvent être clairement identifiés et assimilés à une cotation de la Sécurité sociale française, quel que soit le pays concerné, le remboursement de la Mutuelle est limité à 200 % du montant remboursé par la Sécurité sociale ou par le régime de base du pays concerné (l'Assuré doit alors être en mesure de fournir un justificatif du remboursement du régime de base).

Les suppléments des frais hospitaliers liés au choix individuel de l'Assuré d'opter pour un régime privé ou semi-privé ne sont pas indemnisables. Les franchises laissées à la charge de l'Assuré par le régime de base du pays concerné et pour lesquelles la Sécurité sociale française n'intervient pas ne seront pas indemnisées par la Mutuelle.

Les remboursements décrits ci-dessus, ne seront effectifs qu'après intervention des contrats d'assistance dont dispose éventuellement l'Assuré.

Article 24.10 - Révision des Garanties

Les niveaux des Garanties sont réexaminés par la Mutuelle à tout moment et peuvent être modifiés notamment en raison d'évolutions législatives et réglementaires, en fonction des résultats techniques du Règlement, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la Sécurité sociale hors hospitalisation et du plafond de la Sécurité sociale.

La révision des niveaux de Garanties est notifiée à l'Agent et s'impose dès sa notification.

ARTICLE 25 – MODALITES DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 25.1 - Déclaration de Sinistre et formalités

Pour bénéficier des Prestations, les Assurés sont tenus de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées à l'article « Pièces justificatives en cas de Sinistre » selon le type de Prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge de l'Agent.

Avant ou après le paiement des Prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative, permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent également être demandées après la résiliation de l'Adhésion. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions de l'article « Ouverture du droit aux prestations ».

Article 25.2 - Ouverture du droit aux Prestations

Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des Prestations auxquelles ils peuvent prétendre, les Assurés peuvent adresser un devis à la Mutuelle.

Pour les équipements optiques et, à compter du 1^{er} janvier 2021, pour les aides auditives, ce devis doit obligatoirement comporter une prestation appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée (dispositif 100% santé). A défaut, la Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations distribués par le professionnel ne pouvant pas être admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L.165-1-4 du Code de la Sécurité sociale.

Ouverture du droit aux Prestations

La condition d'ouverture du droit aux Prestations est appréciée à la date de l'acte médical (consultation, acte technique, achat de médicament, équipement optique, prothèse dentaire...).

La date de l'acte médical est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime obligatoire d'Assurance Maladie, ou sur la facture du professionnel de santé pour les actes non remboursés par la sécurité sociale et ne figurant pas sur ses décomptes.

La Mutuelle peut soumettre les demandes de remboursement à l'avis de son médecin conseil ou de son chirurgien-dentiste consultant, qui pourra demander à l'Assuré des pièces médicales complémentaires (ex : compte-rendu d'examens, radiographies...), voire déclencher une expertise, afin de vérifier la réalité des soins et la bonne codification des actes par le professionnel de santé, dans le cadre des dispositions de l'article « Expertise médicale ».

L'Assuré est invité à communiquer ces pièces par voie postale et sous pli cacheté portant la mention « confidentiel » à l'attention du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant dont les coordonnées et l'adresse sont mentionnées sur la lettre qui lui a été adressée par ce dernier.

L'Assuré est fondé à faire valoir son droit au secret médical et à s'opposer à cette demande. Dans une telle hypothèse, la

Mutuelle limitera ses prestations à la fraction des frais de soins relevant du cahier des charges du contrat responsable, sauf en cas de fraude avérée.

Article 25.3 - Déchéance du droit aux Prestations

L'Assuré peut être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'Assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

Article 25.4 - Modalité de versement des Prestations

Le bénéfice des Prestations n'est accordé que si l'Agent est à jour des cotisations dues à la Mutuelle au titre de son Adhésion.

Sauf usage du Tiers payant, les Prestations sont payées sur le compte bancaire de l'Agent exclusivement par virement.

Le montant des Prestations versées donne lieu à un relevé papier ou électronique.

Article 25.5 - Délai de versement des Prestations

La Mutuelle verse ses prestations généralement :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) ;
- en moyenne sous 7 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues à l'article « Pièces justificatives en cas de Sinistre » en cas de traitement manuel ; délai de poste ou bancaire non compris.

Article 25.6 - Expertise médicale

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Membre participant ou le cas échéant, tout Ayant droit, qui formule une demande ou bénéficie de Prestations au titre du présent Règlement.

L'Assuré est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (analyses, radiographies, auscultation...).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte, à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des Prestations.

L'Assuré peut solliciter l'avis de son médecin-traitant, ou de son chirurgien-dentiste traitant, ou de tout autre médecin, les honoraires de ceux-ci restant à la charge de l'Assuré.

En cas de contestation des conclusions du médecin ou du chirurgien-dentiste de la Mutuelle, les parties choisissent un médecin tiers pour qu'il se prononce sur la contestation. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin ou du troisième chirurgien-dentiste, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins ou au Président de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes du domicile de l'Assuré, de nommer l'expert.

L'avis du tiers médecin ne préjuge pas des droits de l'Agent et de la Mutuelle de recourir à la procédure de médiation et/ou d'intenter une action en justice.

Après réception de l'avis rendu par le troisième médecin ou troisième chirurgien-dentiste, la Mutuelle, l'Agent ou l'Ayant droit disposent d'un délai de quinze jours pour accepter ou refuser la

solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

Les honoraires du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant choisi par la Mutuelle restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard de l'Assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'Assuré.

L'Assuré peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.

En cas de refus d'un Assuré de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la Sécurité sociale, **la Mutuelle limitera ses prestations à la fraction des frais de soins relevant du cahier des charges du contrat responsable, sauf en cas de fraude avérée** auquel cas le paiement des Prestations sera refusé ou interrompu. En cas de régularisation de la situation, le paiement des Prestations reprend sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

Article 25.7 - Poursuite des règlements indus

La Mutuelle est en droit de poursuivre le remboursement de toutes prestations indûment versées à un Membre participant ou à ses Ayants droit pour quelque motif que ce soit, notamment lorsqu'elles correspondent à des frais médicaux postérieurs à la date de cessation des Garanties.

En cas de prestations indûment versées à un Membre participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du Tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Membre participant postérieurement à la suspension de ses Garanties ou à la résiliation de son Adhésion entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des Prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

Article 25.8 - Tiers payant

Certaines dépenses de santé peuvent donner lieu à un remboursement direct au professionnel de santé qui pratique ce système, par le biais d'une prise en charge (hospitalisation, optique), ou sur simple présentation de l'attestation de Tiers payant (pharmacie, laboratoire, radiologie...) et éviter ainsi à l'assuré de faire l'avance de fonds.

Chaque Membre participant et Ayant droit, disposant de son propre numéro de Sécurité sociale, reçoit une carte de Tiers payant d'adhérent nominative portant mention de ses Ayants droit et des actes susceptibles de bénéficier du Tiers payant.

L'Agent et ses Ayants droit s'engagent à restituer à la Mutuelle la carte mutualiste et le duplicata en sa possession en cas de cessation de son adhésion et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute Prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

Article 25.9 - Pièces justificatives en cas de Sinistre

Il est proposé aux Assurés le système de télétransmission « Noémie » permettant une liaison informatique directe entre les organismes obligatoires et la Mutuelle.

Pour officialiser ce choix, l'Assuré est invité à remettre une photocopie de l'attestation jointe à la carte VITALE, ainsi que celle, éventuellement, des Ayants droit assurés sociaux à titre personnel et également bénéficiaires du contrat.

Si l'Assuré ne bénéficie pas de cette télétransmission ou si Noémie venait à ne pas fonctionner, l'Assuré doit nous adresser une copie du décompte de la Sécurité sociale et de tout autre organisme.

Par ailleurs, les Assurés doivent **dans tous les cas** fournir les justificatifs suivants :

Une facture acquittée des frais réels pour :

- les implants et tous soins dentaires non pris en charge par la sécurité sociale et inclus dans votre garantie,
- les lentilles non reconnues, accompagnée de la prescription médicale,
- la chirurgie de l'œil non remboursée par la Sécurité sociale,
- les frais de transport ou copie de la carte grise du véhicule utilisé et les frais d'hébergement dans le cadre d'une cure reconnue par la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires médicaux ou chirurgicaux (le praticien doit préciser la date de l'intervention et la cotation du ou des actes) ; à défaut de précision sur le fait qu'il soit ou non signataire de l'OPTAM, le paiement interviendra comme s'il ne l'était pas,
- les frais de chambre particulière et d'accompagnement en cas d'hospitalisation,
- les consultations de médecine complémentaire ou bien être, d'une facture originale du praticien mentionnant la possession du diplôme d'état dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, précisant les dates et le nombre de séances effectuées,
- les vaccins non remboursés par la Sécurité sociale ou vaccin anti grippe,
- les frais de pharmacie non reconnue par la Sécurité sociale, accompagnée de la prescription médicale,
- les frais de pharmacie, laboratoire, radiologue ou auxiliaires médicaux qui n'auraient pas fait l'objet du Tiers payant.

Au titre de l'allocation obsèques :

- l'acte de décès,
- la facture acquittée des pompes funèbres et reçu indiquant le nom de la personne ayant acquittée la facture,
- tous documents permettant le versement et l'identification d'une personne se portant fort.

Par ailleurs, la Mutuelle peut être amenée à demander selon les montants les factures pour les actes suivants :

- les prothèses dentaires (le chirurgien-dentiste ou le stomatologue doit indiquer le nombre de dents traitées et la codification des soins et prothèses),
- les aides auditives (prothèses),
- l'optique (l'opticien doit mentionner séparément le prix des verres et celui de la monture).

Les pièces justificatives sont conservées par la Mutuelle.

CHAPITRE 5 - TABLEAU DES COTISATIONS ET PRESTATIONS

Le détail des prestations et cotisations est joint en annexe selon l'option choisie.

ANNEXE AU REGLEMENT MUTUALISTE – CONTRAT RESPONSABLE

Les Garanties proposées dans le cadre du Règlement mutualiste respectent l'ensemble des conditions posées pour répondre à la définition de « contrat responsable ».

Le « contrat responsable » vise à inciter les Assurés à suivre le Parcours de soins conseillé par l'Assurance maladie obligatoire et à encadrer les dépenses de santé grâce au respect d'un certain nombre d'interdictions et d'obligations de prise en charge des Prestations fixées par la réglementation et développées ci-après.

À ce titre, il bénéficie d'un taux réduit de taxe de solidarité additionnelle appliqué au montant des cotisations.

I. INTERDICTIONS DE PRISE EN CHARGE

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application définissant les conditions du « contrat responsable », ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés par la Sécurité sociale ;
- La majoration du Ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins) ;
- La majoration de participation de l'Assuré qui refusera à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;
- 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 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.

La Mutuelle exclut par ailleurs la prise en charge de certains actes conformément aux dispositions de l'article « EXCLUSIONS » du Règlement mutualiste.

II. OBLIGATIONS DE PRISE EN CHARGE

Conformément aux exigences légales et réglementaires, et sous réserve de celles à venir, la Mutuelle prend en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des Assurés (Ticket modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la Sécurité sociale, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, mais qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon l'Option choisie par le Membre participant.

2°/ Si cette garantie est prévue dans l'Option choisie par le Membre participant, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité.

3°/ Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- 100% santé : À hauteur des frais exposés par l'Assuré** en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code (CLASSE A), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- Hors 100% santé** : Si l'Option choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale autre que celle à prise en charge renforcée susmentionnée (CLASSE B), conformément au niveau de Prestation applicable mentionné au Tableau des Garanties et dans le respect des limites ci-dessous exposées :

		CEIL DROIT					
		VERRE SIMPLE (1)		VERRE COMPLEXE (1)		VERRE TRES COMPLEXE (1)	
		Min	Max	Min	Max	Min	Max
CEIL GAUCHE	VERRE SIMPLE (1)	50 €	420 €	125 €	560 €	125 €	610 €
	VERRE COMPLEXE (1)	125 €	560 €	200 €	700 €	200 €	750 €
	VERRE TRES COMPLEXE (1)	125 €	610 €	200 €	750 €	200 €	800 €

(1) La définition et le périmètre des verres sont fixés au paragraphe III. 1.1 de la présente annexe.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1°/ pour l'acquisition de l'équipement.

La part correspondant au remboursement de la monture qui ne peut excéder 100 € est comprise dans ces montants.

L'Assuré peut en outre faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (A et B).

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans, à l'exception des situations pour lesquelles un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue. Ces situations sont reprises au paragraphe IV. 1.2 de la présente annexe.

4°/ Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 du Code de la Sécurité sociale ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2 du même code, pour les actes définis par arrêté des ministres

chargés de la santé et de la Sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques. Les actes concernés qui relèvent du panier 100% santé sont listés pour exemple au paragraphe IV. 2. de la présente annexe.

5°/ **Le forfait journalier** des établissements hospitaliers prévu à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale, sans limitation de durée.

6°/ À compter du 1^{er} janvier 2021, **les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives** dans les conditions suivantes :

- **100% santé** : À hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 du même code ;
- **Hors 100% santé** : Si l'Option choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée, **conformément au niveau de Prestation applicable mentionné au tableau des Garanties et en tout état de cause, au maximum à 1 700 euros par aide auditive**, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale.

7°/ **La participation des Assurés (Ticket modérateur) portant sur les actes de prévention suivants :**

- Le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8) sur les première et deuxième molaires permanentes des enfants avant le 14^{ème} anniversaire, en cas de risque carieux et à raison d'une fois par dent.
- Un détartrage annuel et complet sus et sous gingival effectué en deux séances maximum.
- Un bilan du langage oral et/ou un bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24) pour les enfants de moins de 14 ans, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan.
- Le dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
- Le dépistage, une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ; b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ; c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ; d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ; e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par l'Assurance maladie obligatoire pour les femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ; b) Coqueluche : avant 14 ans ; c) Hépatite B : avant 14 ans ; d) BCG : avant 6 ans ; e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ; f) Haemophilus influenzae B ; g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

III. AUTRES DISPOSITIONS

Conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique

avant la souscription puis annuellement, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des prestations versées par la Mutuelle pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un Accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de la Mutuelle affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

IV. DÉTAIL DES DISPOSITIFS OPTIQUE/DENTAIRE/AIDES AUDITIVES

1. OPTIQUE

1.1 Définition et périmètre des verres de « classe B »

Le périmètre des verres simples, complexes et très complexes est défini comme suit :

Verre simple	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verre unifocal dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ; ▪ Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; ▪ Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
Verre complexe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verre unifocal dont la sphère est hors zone de -6,00 et +6,00 dioptries ; ▪ Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; ▪ Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; ▪ Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; ▪ Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ; ▪ Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; ▪ Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
Verre très complexe	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ; ▪ Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; ▪ Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; ▪ Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

1.2 Conditions de renouvellement et limite de prise en charge

Le délai de renouvellement d'un équipement est apprécié à compter de la date de facturation du précédent équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par la MUTUELLE.

La prise en charge d'un équipement est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture selon les périodicités suivantes :

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	- 2 ans suivant la dernière facturation	- 1 an suivant la dernière facturation - 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	- 1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un <u>équipement complet</u> (2 verres + monture)	- Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de <u>verres</u>
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres - Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin - Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre) en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin - Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie - Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries - Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries 	
Constatation de l'évolution de la vue	- Soit sur présentation à l'opticien d'une prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-	- Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique

	lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des <u>verres</u>	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive. <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique. <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - corticoïdes ; - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	
	Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière

2. SOINS DENTAIRES PROTHETIQUES

Panier « 100% santé » :

Type de prothèse dentaire	Entrée en vigueur	Modalités de prise en charge
<p><u>Couronnes dentoportées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ céramiques-monolithiques (zircone) hors molaires ➢ céramique-monolithiques (hors zircone) ou céramométalliques sur dents visibles : incisives, canines et 1^{ères} prémolaires ➢ en alliage non précieux-métalliques (toutes localisations) <p><u>Inlays cores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ avec ou sans clavette liés aux couronnes et bridges du présent panier <p><u>Couronnes transitoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ liées aux couronnes du présent panier <p><u>Bridges :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ métalliques toutes localisations ➢ céramométalliques sur incisives 	À partir du 1 ^{er} janvier 2020	Aux frais réels dans la limite des Honoraires limites de facturation
<p><u>Prothèses adjointes et réparations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ prothèses amovibles à plaque base résine hors transvissées et supra-implantaires ➢ réparations sur prothèses amovibles en résine 	À partir du 1 ^{er} janvier 2021	

Panier à « Tarifs maîtrisés » :

Type de prothèse dentaire	Modalités de prise en charge
<p><u>Couronnes dentoportées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ céramiques-monolithiques (zircone) sur molaires ➢ céramiques-monolithiques (hors zircone) sur 2^{èmes} prémolaires et molaires ➢ céramométalliques sur 2^{èmes} prémolaires <p><u>Inlays cores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ avec ou sans clavette liés aux couronnes ou bridges du présent panier <p><u>Couronnes transitoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ liées aux couronnes du présent panier <p><u>Bridges :</u></p>	<p>Selon le niveau de Prestation prévu à l'Option retenue et dans la limite des Honoraires limites de facturation</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➢ céramométalliques hors incisives ➢ bridges mixtes 	
<p><u>Inlays-Onlays :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ composite ou en alliage non précieux 	
<p><u>Prothèses adjointes et réparations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ prothèses amovibles à châssis métallique ➢ réparations sur prothèses amovibles métalliques 	

Panier à « Tarifs libres » :

Type de prothèse dentaire	Modalités de prise en charge
<p><u>Couronnes dentoportées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ céramocéramiques toutes localisations ➢ en alliage précieux toutes localisations ➢ céramométalliques sur molaires <p><u>Inlays cores :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ avec ou sans clavette liés aux couronnes ou bridges du présent panier <p><u>Couronnes transitoires :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ liées aux couronnes du présent panier <p><u>Bridges :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ adjonctions de bridges CCM/CCC ➢ adjonctions de bridges métalliques toutes localisations ➢ bridges collés ➢ bridges cantilever et cantilever collés ➢ bridges céramocéramiques 	Selon le niveau de Prestation prévu à l'Option retenue
<p><u>Inlays-Onlays :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ composite ou en alliage précieux 	
<p><u>Prothèses adjointes et réparations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ prothèses amovibles transvissées et supra-implantaires 	
<p><u>Couronnes implantoportées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ couronnes sur implant toutes localisations 	

3. AIDES AUDITIVES

Aide auditive concernée	Spécifications techniques
Toutes aides auditives	<ul style="list-style-type: none"> - Tous les types d'aide auditive sont concernés : contour d'oreille (microphone et écouteur situés à l'arrière de l'oreille) ; contour à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon) ; intra-auriculaire (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif) - L'aide auditive doit pouvoir faire l'objet de réglages individualisés notamment pour adapter la correction auditive au profil audiolgique et comporter un certain nombre de spécificités techniques dont notamment au moins 12 canaux de réglages permettant une amplification du son, un réducteur de bruit statique ou encore un système d'enregistrement des données (la liste complète de ces spécificités techniques est fixée à l'arrêté du 14 novembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge des aides auditives et prestations associées) - La garantie minimale par le fabricant de chaque aide auditive est fixée à 4 ans
Aide auditive dite de « classe A »	<ul style="list-style-type: none"> - L'aide auditive doit comporter au moins 3 options de la liste A
Aide auditive dite de « classe B »	<ul style="list-style-type: none"> - L'aide auditive doit comporter au moins 6 options de la liste A et au moins une option de la liste B - Pour certaines aides auditives, le nombre minimal d'options de la liste A requis est abaissé à 3, si et seulement si, l'aide auditive comporte au moins 3 options de la liste B, ou à 4 options de la liste A, si et seulement si, l'aide auditive comporte au moins 2 options de la liste B

<ul style="list-style-type: none"> - connectivité sans fil permettant un échange de données avec des dispositifs de communication sans fil (fonction télécommande et/ou Bluetooth) ; - réducteur de bruit du vent qui permet une atténuation des basses fréquences générées par les turbulences à l'entrée du ou des microphones ; - synchronisation binaurale, permettant de synchroniser les traitements du son entre l'oreille droite et gauche le cas échéant ; - directivité microphonique adaptative (le nul de captation induit par la directivité en fonction de la localisation de la source de bruit s'adapte automatiquement en fonction de l'azimut de la source) ; - bande passante élargie ≥ 6000 Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences jusqu'à 6000 Hz mesurée au coupleur 2cc selon la norme NF EN 60118-0:2015 ; - fonction «apprentissage de sonie» permettant l'enregistrement des modifications moyennes du volume apportées par l'utilisateur et d'appliquer ces changements soit automatiquement soit par l'intermédiaire de l'audioprothésiste ; - réducteur de réverbération assurant une gestion de la dégradation du signal liée aux réverbérations tardives (champs diffus) dans un local, au-delà de ce que peut permettre la directivité.
<p><u>Options de la liste B :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une bande passante élargie ≥ 10000 Hz permettant de capter des sons sur une étendue de fréquences de 0 à 10000 Hz ; - au moins 20 canaux de réglages permettant une amplification du son différente sur 20 plages de fréquences non chevauchantes différentes ; - un réducteur de bruit impulsionnel permettant d'augmenter le confort d'écoute du patient en réduisant les bruits de durée inférieure à 300 ms ; - une batterie rechargeable et son chargeur branché sur secteur associé, permettant de s'affranchir de l'utilisation de piles traditionnelles

Options de la liste A :

- système générateur de signaux ajustables permettant la mise en place des thérapies sonores de traitement de la perception des acouphènes ;



MUTA SANTÉ

Centre de gestion :

CS 62290 – 68 069 Mulhouse cedex

Agences commerciales et accueils clients :

MULHOUSE

Parc des Collines
11 avenue de Strasbourg
68 350 Didenheim

STRASBOURG

Espace Européen de l'Entreprise
1 avenue de l'Europe
67 300 Schiltigheim

COLMAR

1 rue Golbéry
68 000 Colmar

Contacts :

COTISATIONS

moncontrat@muta-sante.fr

03 89 35 45 02

PRESTATIONS SANTÉ

mesremboursements@muta-sante.fr

03 89 35 45 01

PRESTATIONS PRÉVOYANCE

maprevoyance@muta-sante.fr

03 89 35 45 03

SERVICE COMMERCIAL

contact@muta-sante.fr

03 67 61 03 90

www.muta-sante.fr