



MUTA SANTÉ

Parc des Collines
4 rue de Lisbonne
68350 BRUNSTATT-DIDENHEIM
Tél. : 03 89 35 45 00
www.muta-sante.fr

**NOTICE D'INFORMATION
SURCOMPLÉMENTAIRE SANTÉ
CONTRAT N° MU0A0124SNR**

**CSE CENTRAL UGECAM ALSACE
ENSEMBLE DU PERSONNEL**

Cette notice d'information vous présente les principales caractéristiques de la couverture complémentaire santé souscrite par votre employeur auprès de **MUTA SANTÉ**.

Vous y trouverez le détail des prestations auxquelles vous pouvez prétendre ainsi que les démarches à effectuer pour votre affiliation et vos demandes de remboursements.

Pour toute question, n'hésitez pas à faire appel à nos services :

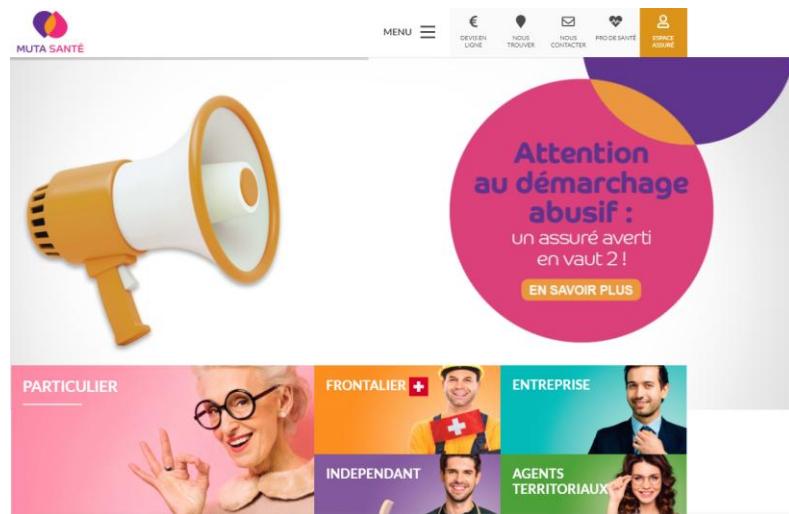


Nous vous répondons du lundi au vendredi,
de 8h30 à 12h00 et de 14h00 à 17h15

- au **03 89 35 45 02** ou par mail à l'adresse **moncontrat@muta-sante.fr** pour toute question relative à votre adhésion (coordonnées, ayants droit, carte de tiers payant...)
- au **03 89 35 45 01** pour toute question relative à vos remboursements de frais de santé ou par mail aux adresses :
 - ✓ **devis@muta-sante.fr** concernant un devis ou une prise en charge
 - ✓ **mesremboursements@muta-sante.fr** pour les autres demandes



Vous pouvez vous connecter 24h/24 sur notre site internet **muta-sante.fr** et consulter votre espace assuré.



SOMMAIRE

LEXIQUE ET ABRÉVIATIONS	4
VOTRE ADHÉSION COMMENT ÇA FONCTIONNE ?	6
Quelles sont les personnes couvertes par votre complémentaire santé ?	6
Comment adhérer ?	6
Quand débute votre couverture et celle de vos ayants droit ?	7
Dans quels cas votre couverture prend-elle fin ?	7
Et celle de vos ayants droit ?	7
VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	8
Tableau des garanties	9
EXTRAIT DES CONDITIONS GÉNÉRALES	11
Nature des prestations	11
Délai de prescription	12
Subrogation	12
Médiation Arbitrage	13
Contrôle	13
Montant des cotisations Clause d'indexation	13
Protection des données à caractère personnel	13

LEXIQUE ET ABRÉVIATIONS

Dans la présente notice, les termes suivants sont utilisés :

BR :

Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

C'est le tarif des honoraires fixés par convention entre la Sécurité Sociale et les professionnels de santé. C'est sur cette base que la Sécurité Sociale calcule son remboursement. Il arrive qu'il soit inférieur aux frais réellement engagés.

Franchise :

La franchise est une somme déduite des remboursements effectués par la Sécurité sociale sur les frais pharmaceutiques (1 € par boîte de médicament), les auxiliaires médicaux (1 € par acte) et les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence (4 € par transport).

La franchise n'est pas remboursée par l'assureur.

OPTAM :

Option Tarifaire Maîtrisée

Dispositif mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, consultez annuaire.ameli.fr.

OPTAM-CO :

Option Tarifaire Maîtrisée pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique.

Dispositif mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est signataire, consultez annuaire.ameli.fr.

Parcours de soins :

Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Participation forfaitaire :

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité Sociale. Cette participation forfaitaire, à la charge de l'assuré, concerne les consultations, les actes des médecins et les actes biologiques.

La participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'assureur.

Est toutefois pris en charge par **MUTA SANTÉ** la participation forfaitaire de 24 euros relative aux actes dont le tarif est supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient supérieur à 60.

RSS :

Remboursement de la Sécurité Sociale

Secteur conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité Sociale et pratiquant des tarifs contrôlés.

Secteur non conventionné :

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité Sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité Sociale est alors effectué sur une base minorée.

Verres simples, complexes et très complexes :

Les remboursements de votre Mutuelle peuvent prévoir des remboursements différenciés pour les verres unifocaux et progressifs selon leur correction. Les verres simples, complexes et très complexes sont définis de la façon suivante :

Correction des verres unifocaux

Correction des verres progressifs

Type de correction	Cylindre			
	0	0,25 à 4	> 4	
Sphère	< -8	très complexe	très complexe	très complexe
	de -8 à -4,25	très complexe	complexe	très complexe
	de -4 à 0	complexe	complexe	très complexe
	de +0,25 à +4	complexe	complexe	sphère + cylindre ≤ 8 complexe très complexe sphère + cylindre > 8
	de +4,25 à +8	très complexe	sphère + cylindre ≤ 8 complexe très complexe sphère + cylindre > 8	très complexe
	> +8	très complexe	très complexe	très complexe

VOTRE ADHÉSION

Comment ça fonctionne ?

Quelles sont les personnes couvertes par votre complémentaire santé ?

Vous-même, en tant que salarié,

Moyennant le paiement d'une cotisation supplémentaire pour chacun de vos ayants droit (gratuité à compter du 3^{ème} enfant) :

- Votre conjoint, votre partenaire à un PACS, ou à défaut votre concubin,
- Vos enfants et ceux de votre conjoint, partenaire à un PACS ou concubin, sous réserve qu'ils soient :
 - ✓ âgés de moins de 27 ans et qu'ils respectent l'une des conditions suivantes :
 - être à charge au sens de la Sécurité sociale,
 - suivre des études secondaires ou supérieures,
 - suivre une formation professionnelle ou en alternance,
 - ou, à l'issue de l'une de ces situations et pour une durée d'un an, être inscrits à France Travail et à la recherche d'un premier emploi.
 - ✓ ou bénéficiaires de l'allocation pour adulte handicapé avant leur 21^{ème} anniversaire (quel que soit leur âge).

A NOTER :

La couverture est acquise jusqu'à ce que l'enfant ne réponde plus aux conditions détaillées ci-dessus et cesse en tout état de cause, immédiatement dès qu'il exerce une activité lui procurant un revenu supérieur au SMIC ou dès qu'il bénéficie en son nom propre d'une complémentaire santé.

Seuls les salariés et ses éventuels ayants-droit couverts par la garantie de Base collective obligatoire de l'UGECAM ALSACE pourront adhérer au contrat. La couverture des ayants-droit n'est possible que si le salarié est lui-même couvert par MUTA SANTÉ.

Comment adhérer ?

Pour enregistrer votre adhésion et celles de vos ayants droit, adressez-nous :

- Le bulletin d'adhésion surcomplémentaire dûment complété et signé,
- L'attestation des droits à la Sécurité sociale en cours de validité sur laquelle apparaissent les assurés,
- **La fiche de paie du mois précédent votre adhésion à MUTA SANTÉ** justifiant de votre adhésion à la couverture santé obligatoire de l'UGECAM ALSACE,
- Pour les enfants de plus de 18 ans, un certificat de scolarité en cas de poursuite ou d'alternance, ou une notification France Travail de refus d'indemnisation,
- Pour les enfants en situation de handicap, la notification initiale de versement de l'Allocation Adulte Handicapé,
- Le RIB du compte bancaire sur lequel vous souhaitez que les paiements et prélèvements soient effectués.

Quand débute votre couverture et celle de vos ayants droit ?

- A la date de survenance de l'évènement motivant l'adhésion (mise en place du contrat, embauche ou changement de situation familiale), sous réserve que la demande soit réceptionnée dans un délai de 3 mois suivant l'évènement. A défaut, elle prendra effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du justificatif.
- Au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande lorsque l'adhésion n'est pas motivée par un événement particulier.

A NOTER :

La couverture d'un ayant droit est conclue pour une durée initiale minimale de 12 mois, elle court jusqu'au 31 décembre de l'année suivante, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1er janvier.

Dans quels cas votre couverture prend-elle fin ?

- En cas de résiliation de votre contrat,
- **Dès lors que le salarié ou ses ayants-droit ne sont plus couverts par la garantie de Base collective obligatoire de l'UGECA ALSACE,**
- Vous pouvez également mettre fin à vos garanties facultatives en adressant une notification par lettre ou tout autre support durable (mail, ...), après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription. La résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la notification par MUTA SANTÉ.

Et celle de vos ayants droit ?

- Le jour où votre adhésion prend fin,
- Le jour où vos ayants droit ne respectent plus les conditions d'affiliation prévues au contrat,
- En cas de demande de votre part, la couverture d'un ayant droit prendra fin :
 - soit à la date de l'évènement justifiant de la fin de la couverture sous réserve que la demande soit formulée dans un délai maximum de 3 mois à compter de l'évènement, avec fourniture du justificatif correspondant,
 - soit le 31 décembre de l'exercice, ou de l'exercice suivant en cas d'affiliation dans l'année.

VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Votre complémentaire santé est destinée à vous aider à prendre en charge vos frais de santé et ceux de vos ayants droit.

La Mutuelle intervient en complément des remboursements de la Sécurité sociale et du régime de Base collectif obligatoire de l'UGECAM ALSACE.

Seuls les soins ayant donné lieu à une prise en charge au titre du régime de Base collectif obligatoire de l'UGECAM ALSACE pourront être pris en charge par MUTA SANTÉ.

Les prestations de MUTA SANTÉ sont calculées, acte par acte, selon les taux de remboursement stipulés dans le tableau ci-après.

La prise en charge de la Mutuelle est dans tous les cas limitée, tous régimes confondus, aux frais réellement engagés.

La base de calcul des prestations mentionnées dans le tableau des garanties du présent document est principalement exprimée en fonction :

- de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR),
- d'un montant forfaitaire.

Votre Surcomplémentaire est conforme aux dispositions des contrats dits « SOLIDAIRES » mais n'est pas responsable.



Notre conseil : réalisez un devis

Avant d'engager d'importantes dépenses dentaires, faites-vous établir un devis détaillé par votre dentiste et adressez-le nous par courrier ou par mail à l'adresse devis@muta-sante.fr pour connaître le montant de notre prise en charge.

Avant toute intervention chirurgicale, demandez un devis à votre chirurgien et anesthésiste, et communiquez-le nous par courrier ou par mail à l'adresse devis@muta-sante.fr pour connaître le montant de notre intervention.

Chez votre opticien, la présentation de votre carte SP Santé lui permettra (s'il pratique le tiers-payant) de se connecter sur notre site internet www.muta-sante.fr et d'obtenir en temps réel, sur la base du devis qu'il adressera à la Mutuelle, le montant de notre participation complémentaire.

Tableau des garanties

Les prestations détaillées dans les présentes conditions particulières viennent **en complément** de celles offertes par la garantie de Base collective obligatoire de l'UGECAM ALSACE.

Seuls les soins ayant donné lieu à une prise en charge au titre du régime de Base collectif obligatoire de l'UGECAM ALSACE pourront être pris en charge par MUTA SANTÉ.

Les prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

PRESTATIONS MUTA SANTÉ	NON RESPONSABLE Adhésion Facultative
HOSPITALISATION	SURCOMPLÉMENTAIRE
Honoraires	
▪ Médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 200% BR
Chambre particulière (<i>y compris ambulatoire, par jour</i>) ⁽¹⁾	+ 35 €
SOINS COURANTS	SURCOMPLÉMENTAIRE
Médicaments prescrits non remboursés par la SS (<i>par année civile</i>) <i>Produits figurant sur la liste des produits ayant une autorisation de mise sur le marché de l'ANSM</i>	+ 30 €
Honoraires médicaux (<i>consultations généralistes ou spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie</i>)	
▪ Médecins non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	+ 100% BR
AIDES AUDITIVES	SURCOMPLÉMENTAIRE
Equipements hors 100% santé ⁽²⁾	
▪ Bénéficiaire de 20 ans et plus (<i>par oreille</i>)	+ 300 €
DENTAIRE	SURCOMPLÉMENTAIRE
Prothèses hors 100% santé	
▪ Prothèses (<i>hors prothèses provisoires</i>)	+ 50% BR
▪ Inlays, onlays	+ 50% BR
▪ Inlays core	+ 50% BR
Orthodontie remboursée par la SS	+ 50% BR
Implantologie	
▪ Implant (<i>par implant, limité à 2 par année civile</i>)	+ 300 €
OPTIQUE	SURCOMPLÉMENTAIRE
Equipements hors 100% santé ^{(3) (4)}	
▪ Verre simple (<i>par verre</i>)	+ 40 €
▪ Verre complexe (<i>par verre</i>)	+ 35 €
▪ Monture	+ 20 €
Chirurgie de l'œil non remboursée par la SS (<i>par œil</i>)	+ 150 €
MÉDECINE COMPLÉMENTAIRE ET PRÉVENTION	SURCOMPLÉMENTAIRE
Ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe, diététicien, psychologue, sophrologue, kinésiologue, naturopathe, hypnotiseur, réflexologue, micro-kinésithérapeute, psychomotricien, ergothérapeute (<i>par consultation, limité à 4 par année civile</i>)	+ 30 €
CURES THERMALES REMBOURSÉES PAR LA SS	SURCOMPLÉMENTAIRE
Frais d'hébergement et de transport (<i>par année civile</i>)	+ 100 €

LEXIQUE

BR : Base de remboursement Sécurité Sociale **SS** : Sécurité Sociale

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (ou DPTM). Dispositif mis en place par l'Assurance Maladie pour limiter les dépassements d'honoraires. Pour savoir si votre médecin est adhérent, contactez la Sécurité Sociale au 3646 ou consultez annuairesante.ameli.fr

OPTAM-CO : OPTAM pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

LIMITES ET EXCLUSIONS

Hospitalisation

- (1) La prise en charge de la chambre particulière est limitée à 90 jours par année civile en établissements psychiatriques. En maison de repos, de convalescence ou autres centres spécialisés, la prise en charge est limitée à 30 jours par année civile et est portée à 45 jours par année civile en cas d'intervention chirurgicale (intervenue au cours des 6 mois précédents).

Aides auditives

- (2) Un équipement par oreille tous les 4 ans à compter de la date d'achat.

Optique

- (3) Nombre d'équipements limité à :

- Bénéficiaires de plus de 16 ans : un équipement (1 monture et 2 verres) tous les 2 ans à compter de la date d'achat. En cas d'évolution de la vue, telle que définie réglementairement, l'équipement complet (monture et verres) peut être renouvelé tous les ans.
- Enfants de moins de 16 ans : un équipement par an à compter de la date d'achat. En cas d'évolution de la vue constatée par un ophtalmologue, telle que définie réglementairement, les verres peuvent être renouvelés sans délai d'attente.
- Enfants de moins de 6 ans : le renouvellement de la monture est possible après 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

- (4) Les différents types de verres sont définis au chapitre « LEXIQUE ET ABREVIATIONS ».

EXTRAIT DES CONDITIONS GÉNÉRALES

Nature des prestations

La Mutuelle intervient, selon les conditions particulières de l'option retenue par l'assuré.

Les frais en cause doivent soit avoir donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale française ou une facture d'un professionnel de santé avec une date de soins ou d'achat pendant la période d'assurance.

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

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 ses décomptes.

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

Hospitalisation

Ne sont pas assimilés aux prises en charge d'hospitalisation médicale et chirurgicale les frais découlant :

- de moyens et longs séjours,
- de séjours en maison de retraite,
- de frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en institutions sociales et médicaux sociales prévues par la Loi du 30 juin 1975.

Les frais pris en charge par la Mutuelle et détaillés dans les conditions particulières doivent avoir été exposés en hôpitaux, cliniques, sanatoriums, préventoriums conventionnés par la Sécurité sociale.

Les soins pris en charge sont des interventions chirurgicales et soins postopératoires qui ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Peuvent être également pris en charge selon détail figurant aux conditions particulières de l'option retenue, les frais de séjour, la chambre particulière, les dépassements d'honoraires, le forfait hospitalier, la contribution forfaitaire, les frais d'accompagnement d'un enfant, si ce dernier a passé au moins une nuit à l'hôpital.

Les frais d'accompagnement (lit, repas) d'un enfant hospitalisé sont pris en charge, s'ils sont prévus au contrat, à condition cependant que les frais soient acquittés par une personne assurée par la Mutuelle et qu'ils soient facturés par l'Etablissement hospitalier. Sont également pris en charge les frais d'hébergement et de nourriture engagés dans les "maisons de parents".

Les frais de chambre particulière ou d'accompagnement facturés en cas d'hospitalisation de jour (ambulatoire) sont pris en

charge dans les mêmes conditions qu'une hospitalisation avec séjour.

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

En cas d'intervention dans un établissement non conventionné par la Sécurité sociale, la Mutuelle interviendra à raison de 50% des frais exposés moins le remboursement éventuel de la Sécurité sociale.

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.

La Mutuelle interviendra pour les frais de séjour et de chambre particulière en établissements, services ou sections hospitalières psychiatriques comme pour une hospitalisation chirurgicale mais la prise en charge est limitée à 90 jours par an.

Pour ce qui est des séjours en centre de réadaptation, maisons de repos ou de convalescence, ou tout autre centre spécialisé ou service hospitalier spécialisé, la prise en charge est similaire à l'hospitalisation, mais pour une durée limitée à 45 jours si le séjour fait suite à une hospitalisation chirurgicale intervenue il y a moins de 6 mois et à 30 jours par an dans les autres cas.

Rappelons que, indépendamment des dispositions ci-dessus, pour ce qui concerne les contrats responsables, la Mutuelle prendra en charge en cas d'hospitalisation :

- le forfait journalier ou hospitalier, sans limite de durée à l'exception de celui facturé par les établissements médicaux-sociaux, les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement des personnes dépendantes (EHPAD).
- le ticket modérateur des actes définis par le décret 2014-1374 du 18/11/2014.
- Le « Forfait Patient Urgences (FPU) » prévu à l'article R 160-17-1 du code de la Sécurité Sociale

Frais de maternité

Les conditions particulières du contrat peuvent prévoir :

- soit le versement d'une prime de maternité,
- soit la prise en charge des frais médicaux liés à la maternité,
- soit les deux.

La prime de naissance éventuellement prévue au contrat est versée à l'assuré sur présentation d'un acte de naissance ou d'un justificatif d'adoption. Cette prime n'est pas versée lorsqu'un enfant d'un assuré (ayant droit) devient lui-même parent.

Si la garantie 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). Les frais d'adoption ne donnent pas lieu à remboursement.

Lorsque le contrat prévoit exclusivement une prime de naissance, les frais médicaux (chambre, honoraires de l'anesthésiste ou du gynécologue) ne sont pas pris en compte par la Mutuelle hormis les frais d'anesthésie et de chirurgie liés à une éventuelle césarienne ainsi que les éventuels tickets modérateurs laissés à charge de l'assuré.

Dentaire

Les frais dentaires sont remboursés selon l'option souscrite. La date de soin retenue pour déterminer si la Mutuelle rembourse ou non les soins est la date de soin 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.

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

Pour les soins avec dépassements autorisés (inlay, onlay, ailette, attelle, ...), il est fait application du pourcentage de remboursement prévu au contrat.

Le contrat peut prévoir le remboursement de certains actes dentaires non remboursés par la Sécurité sociale ou hors nomenclature (soins de parodontologie, orthodontie non remboursée...).

Seuls les actes explicitement mentionnés au contrat donnent lieu au versement d'une prestation de la part de MUTA SANTÉ. Tous les autres actes non remboursés par la Sécurité Sociale ou hors nomenclature ne font l'objet d'aucune prise en charge de la Mutuelle.

Optique

Lorsqu'il est prévu une limite d'achat par période, sans aucune autre précision, celle-ci s'apprécie à partir de la date du dernier achat optique.

Les frais engagés pour les traitements de teinte de lunettes et pour les produits d'entretien des lentilles ne sont pas pris en charge.

Les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie peuvent être remboursées à condition qu'elles soient prescrites médicalement par un ophtalmologiste et délivrées par un opticien agréé par la Sécurité sociale. Ce remboursement s'effectue sur présentation de la prescription médicale et des factures détaillées et acquittées.

Frais de transport

Pour la prise en charge des frais de transport en véhicule particulier, remboursés par la Sécurité sociale, la Mutuelle procèdera au remboursement sur la base de la distance parcourue et du barème

fiscal des indemnités kilométriques en vigueur au moment du déplacement.

Cure

Les cures de thalassothérapie ne font pas l'objet d'un remboursement.

Les soins de cure dispensés à la suite d'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 (1^{ère} classe, ...).

Soins et hospitalisation à l'étranger

Les soins effectués à l'étranger et pris en charge par la Sécurité sociale française ou par le régime de base du pays concerné donneront lieu aux prestations définies aux conditions particulières de l'option retenue, à condition qu'ils puissent être clairement identifiés et cotés par assimilation à la nomenclature française (lunette, couronne dentaire, consultation, etc.).

Lorsque les soins 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).

Cependant, les suppléments des frais hospitaliers liés au choix individuel d'opter pour un régime privé ou semi privé ne sont pas indemnifiables.

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.

Délai de prescription

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite après deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (dix ans pour l'éventuelle garantie "Frais d'obsèques").

Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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

Médiation Arbitrage

La Mutuelle a mis en place une procédure de traitement des réclamations visant à garantir le respect de la protection de la clientèle pendant toute la vie du contrat. Ainsi, pour toute réclamation concernant l'application du présent contrat, l'assuré peut d'abord présenter sa réclamation par téléphone, mail ou courrier à son interlocuteur habituel ou son gestionnaire. S'il n'a pas reçu de réponse satisfaisante à sa réclamation, il peut en faire part par écrit, au service dédié au traitement des réclamations au sein de la Mutuelle par courrier, à l'adresse suivante : MUTA SANTÉ - Service Réclamations – CS 62290 – 68069 MULHOUSE CEDEX ou par mail à l'adresse suivante : reclamation@muta-sante.fr

La Mutuelle accuse réception de la réclamation sous dix jours ouvrés maximum à compter de la date de réception de la demande qui doit être obligatoirement effectuée par écrit (mail et/ou courrier), sauf si elle peut apporter la réponse à l'adhérent dans ce délai. La réponse à la réclamation est communiquée à l'adhérent dans un délai n'excédant pas deux mois à compter de sa réception par la Mutuelle.

L'adhérent ou les ayant droits qui ont fait une réclamation écrite peuvent introduire une demande de résolution amiable par voie de médiation, dans un délai d'un an à compter de leur réclamation écrite, auprès de la société **Médiation Solution** qui étudiera la situation et rendra une décision que la Mutuelle s'engage à étudier avant de rendre sa position. La demande est adressée à l'adresse suivante :

SAS Médiation Solution

222 chemin de la bergerie 01800 Saint Jean de Niost
Site : <https://www.sasmediationsolution-conso.fr>
E-mail : contact@sasmediationsolution-conso.fr

Contrôle

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéfice de prestations au titre du présent contrat. **En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.** La charge des vacances et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également

demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Montant des cotisations

Clause d'indexation

Si les engagements de la Mutuelle sont modifiés en raison de l'évolution de la législation ou de la réglementation applicable en matière de Sécurité sociale et/ou aux mutuelles, les montants de cotisations ci-dessous définis seront modifiés.

Le montant des cotisations afférentes aux garanties est défini aux conditions particulières. Les cotisations peuvent être révisées par voie d'avenant. L'Entreprise ou l'Association doit alors informer les assurés de cette modification.

Si le contrat est assorti d'une clause d'indexation, celle-ci figure alors expressément aux Conditions Particulières.

Protection des données à caractère personnel

MUTA SANTÉ, en sa qualité d'organisme assureur, recueille des données personnelles protégées par la loi du 6 janvier 1978. Ces informations sont indispensables à la bonne gestion du contrat. La Mutuelle est responsable du traitement de ces données qu'elle utilise pour les finalités suivantes : gestion de la relation d'assurance, prospection, animation commerciale, études statistiques, enquêtes, sondages, évaluation du risque, prévention de la fraude, recouvrement et lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces données peuvent être transmises aux sous-traitants de la Mutuelle pour les finalités précédemment décrites ou à ses partenaires commerciaux pour l'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de celle-ci ou de l'assuré. Ces données sont conservées, en fonction des obligations légales applicables, pendant une durée de 5 à 10 ans à compter de la fin de la relation contractuelle liant l'assuré à la Mutuelle.

Conformément à la loi française "Informatique et libertés" n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Européen 2016/679, l'assuré peut demander à accéder aux informations qui le concernent, pour les faire rectifier, modifier ou supprimer, pour s'opposer à leur traitement par MUTA SANTÉ ou pour demander la portabilité en écrivant au service Protection clientèle de MUTA SANTÉ (CS 62290 – 68069 MULHOUSE CEDEX). Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Pour toute question relative aux données personnelles, l'assuré peut également contacter le délégué à la protection des données de la Mutuelle à l'adresse suivante : dpo@muta-sante.fr

Il est également rappelé que l'assuré dispose d'un droit de recours auprès de la CNIL, autorité nationale de contrôle, en cas de violation de la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel.