

CONTRAT COLLECTIF

SANTÉ

À CARACTÈRE OBLIGATOIRE

CONDITIONS GENERALES

SOMMAIRE

SOMMAIRE	1
DEFINITIONS	2
PREAMBULE	3
TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1. OBJET DU CONTRAT	3
Article 2. DATE D'EFFET – DUREE - RECONDUCTION DU CONTRAT	3
Article 3. LES ADHERENTS : PERSONNEL GARANTI ET AYANTS DROIT	3
Article 4. FACULTES DE DISPENSE D'ADHESION	4
Article 5. DATE D'EFFET DES GARANTIES	4
Article 6. ADHESIONS	5
Article 7. CESSATION DES GARANTIES	5
Article 8. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	5
Article 9. PORTABILITE	6
Article 10. DEFINITION DES GARANTIES	7
Article 11. NIVEAU DE LA GARANTIE	7
Article 12. FRAIS GARANTIS	7
Article 13. LIMITE DES GARANTIES – EXCLUSIONS	8
Article 14. OMISSIONS OU DECLARATIONS INEXACTES	8
Article 15. COTISATIONS.....	9
Article 16. PRESENTATION DES DOSSIERS.....	9
Article 17. PAIEMENT DES PRESTATIONS	10
Article 18. TIERS PAYANT	10
Article 19. PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE.....	10
Article 20. RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES	10
Article 21. INFORMATION AUX ADHERENTS.....	10
Article 22. PRESCRIPTION - CAUSES D'INTERRUPTION	11
Article 23. LITIGES JUDICIAIRES	11
Article 24. INFORMATIQUE ET LIBERTES	11
Article 25. AUTORITE DE CONTROLE.....	11
TITRE 2 : CONDITIONS PARTICULIÈRES	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Article 1. OBJET.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Article 2. POPULATIONS COUVERTES	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Article 3. CAS DE DISPENSES APPLICABLES.....	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Article 4. MODE DE FINANCEMENT DE LA PORTABILITE	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Article 5. COTISATIONS MENSUELLES	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>
Article 6. PRISE D'EFFET DU CONTRAT	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

DEFINITIONS

Accident

Par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et résultant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accident, la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident.

Ainsi, ne sont pas considérés comme accident les malaises cardiaques, les hémorragies cérébrales et tout accident vasculaire cérébral, les lésions sans aucune atteinte corporelle externe du type lésions survenues au cours d'un effort de soulèvement.

L'accident de la circulation est un accident répondant aux conditions définies ci-dessus et impliquant un véhicule terrestre, maritime, ferroviaire ou aérien.

A.N.I.

Abréviation des termes Accord National Interprofessionnel.

Ayant droit

Sont désignées comme ayants-droit les personnes assurées du chef du membre participant sur le contrat (conjoint, concubin, partenaire de PACS, enfants à charge ou autre personne à charge).

Bénéficiaire

Est désignée comme bénéficiaire toute personne qui perçoit ou est en droit de percevoir les prestations liées au contrat qui lie le membre participant à la mutuelle.

Conjoint

Est désigné comme conjoint l'époux (se) du membre participant non divorcé(e), non séparé(e) de corps par un jugement définitif, non séparé(e) de fait.

Concubin

Est désigné comme concubin la personne vivant en couple avec le membre participant. La définition du concubinage retenue est celle de l'article 515-8 du Code Civil : « vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins deux ans au moment du fait générateur. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune.

Entreprise

Est désigné comme entreprise tout regroupement de moyens permettant une activité économique, et qui constitue une unité économique et sociale. Plusieurs formes juridiques sont possibles comme les sociétés, les associations ou les mutuelles.

Membre participant

Est désigné membre participant, le salarié ou ancien salarié de l'entreprise inscrit au registre du personnel, affilié à un régime obligatoire français et relevant d'une catégorie de personnel définie au présent contrat.

Synonyme : adhérent.

Partenaire lié par un PACS

Est désigné comme partenaire de PACS la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité.

Personne à charge

Sont désignés comme personne à charge, en plus des enfants à charge, les ascendants du membre participant, effectivement à la charge du membre participant au sens fiscal, le conjoint du membre participant n'est pas considéré comme une personne à charge au sens des majorations familiales.

Salarié

Est désigné comme salarié toute personne liée à l'entreprise par un contrat de travail.

PREAMBULE

Le présent contrat détermine les règles applicables pour sa mise en œuvre et son application.

Il est composé :

D'une part, des conditions générales qui exposent l'intégralité des garanties proposées aux entreprises en vue de l'adhésion à un contrat collectif obligatoire ainsi que des dispositions s'y appliquant,

Et d'autre part, des conditions particulières venant viser les garanties retenues par le présent contrat et préciser leurs conditions d'application.

Les conditions générales et les conditions particulières forment un tout indissociable ci-après dénommé le contrat.

TITRE 1 : DISPOSITIONS GENERALES

Article 1. OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet d'accorder aux adhérents définis à l'article 3 une prestation complémentaire aux régimes de base de la Sécurité Sociale en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés.

Pour tous les aspects ne faisant pas l'objet d'une dérogation ou d'un aménagement précisé aux conditions particulières du contrat, il sera fait application des présentes conditions générales.

Les conditions du contrat mises en œuvre par l'entreprise souscriptrice auprès de la Mutuelle sont celles d'un contrat Collectif Obligatoire pris en application d'un accord d'entreprise, d'un référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

En conséquence, aucun salarié ne peut renoncer au contrat, sauf cas de dispense rattachés à cette mise en place, tels qu'énumérés à l'article 4.

Article 2. DATE D'EFFET – DUREE - RECONDUCTION DU CONTRAT

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières. Il est souscrit par l'entreprise désignée aux Conditions Particulières, dénommée ci-après « souscripteur », pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Le contrat d'adhésion se renouvelle chaque année à effet du 1er janvier (sauf dispositions contraires précisées aux conditions particulières), par tacite reconduction, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant cette date, par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée.

Article 3. LES ADHERENTS : PERSONNEL GARANTI ET AYANTS DROIT

Sont assurés au titre du présent contrat les salariés de la structure souscriptrice appartenant à la catégorie objective de personnel conformément au décret du 9 janvier 2012, mentionnée aux conditions particulières affiliées pour elles-mêmes et les ayants droit ci-après définis.

Le souscripteur s'engage à affilier l'ensemble de ses nouveaux salariés.

Sont bénéficiaires des garanties du contrat :

- **Le salarié affilié à un régime obligatoire géré en France**

Peuvent être affiliés en tant qu'ayant-droit :

- **son conjoint (salarié ou non),**
- **son concubin au sens de l'article 515-8 du code civil (salarié ou non), ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (Pacs) au sens de l'article 515-3 du code civil (salarié ou non).**

La mutuelle se réserve le droit, en cas de contrôle de demander tout justificatif attestant de la situation.

- **Les enfants à charge répondant à la définition suivante :**

- ↳ les enfants de moins de 18 ans à charge du membre participant ou de son conjoint ou de son concubin au sens de la législation Sécurité Sociale et, par extension
- ↳ les enfants de moins de 25 ans, étudiants,
- ↳ les enfants de moins de 20 ans en recherche d'un premier emploi.

Cette affiliation est effectuée sous la condition que soit présentée chaque mois une attestation de Pôle Emploi.

Article 4. FACULTES DE DISPENSE D'ADHESION

Le contrat collectif revêt un caractère obligatoire.
Néanmoins, le décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012 relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire prévoit des dispenses d'affiliation, sans remise en cause du caractère collectif et obligatoire du contrat, qui diffèrent selon les modalités de mise en place et qui, pour s'appliquer, doivent être expressément prévues aux conditions particulières.

Les différents cas de dispense sont les suivants :

Nature	Dispenses	D.U.E.	Accord Collectif	Référendum
OBLIGATOIRE	les salariés présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du régime prévoyant une contribution à la charge des salariés.	X	NON APPLICABLE	NON APPLICABLE
FACULTATIVE	les salariés en CDD et les travailleurs saisonniers lorsque la durée de leur contrat de travail est inférieure à 12 mois, sans justificatif.			
FACULTATIVE	les salariés en CDD et les travailleurs saisonniers en justifiant d'une couverture par ailleurs, lorsqu'ils sont titulaires d'un contrat de travail d'une durée égale ou supérieure à 12 mois.			
FACULTATIVE	les salariés à temps partiel (inférieur à un mi-temps) ainsi que les apprentis dès lors que la contribution mise à leur charge les conduirait à acquitter une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération.			
FACULTATIVE	à condition de le justifier chaque année, les salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective obligatoire relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en date du 26 mars 2012.			
FACULTATIVE	les salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. Dans ces cas, la dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel.			
FACULTATIVE	les salariés pour la durée de leur prise en charge au titre de la CMU ou de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).			
FACULTATIVE	les salariés à employeurs multiples déjà couverts à titre obligatoire auprès d'un autre employeur (justificatif à joindre chaque année).			

Dans le cas particulier des couples travaillant dans la même entreprise :

Si la couverture de l'ayant droit est obligatoire, l'un des deux membres du couple doit être affilié en propre, l'autre pouvant l'être en tant qu'ayant droit.

Si la couverture de l'ayant droit est facultative, les salariés ont le choix de s'affilier ensemble ou séparément.

Dans les deux cas, le caractère obligatoire n'est pas remis en cause.

La dispense ne produira ses effets que sous réserve d'une demande écrite du salarié et des justificatifs nécessaires.

**Les dispenses autorisées dans le présent contrat sont précisées aux conditions particulières.
Tout cas de dispense non visé aux conditions particulières ne pourra en aucun cas être invoqué.**

Article 5. DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet :

- à la date de prise d'effet du contrat, pour les salariés présents à l'effectif, sauf cas de dispense,
- au 1er jour du mois suivant :
 - ↳ la date d'embauche sauf condition d'ancienneté et/ou délais de stages prévus à l'article 7 des conditions particulières,
 - ↳ la date de reprise en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de la garantie,
 - ↳ la date à laquelle la dispense dont bénéficiait le salarié finit de produire ses effets.

Article 6. ADHESIONS

Les adhérents rempliront un bulletin d'affiliation afin de pouvoir bénéficier des garanties du présent contrat.

La Mutuelle se réserve le droit, à tout moment, de demander au membre participant de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, telle que définie ci-dessus, des personnes couvertes par son adhésion (notamment, extrait des informations administratives contenues dans la Carte Vitale ou avis d'imposition).

L'adhésion est immédiate, elle n'est soumise à aucune sélection médicale ou exclusion liée à une pathologie antérieure à la date de prise d'effet du contrat.

Une liste des membres participants à la date d'effet du contrat, certifiée conforme, est fournie à la Mutuelle, pour l'établissement des cartes « Adhérent » permettant le tiers payant.

Cette liste devra être accompagnée, pour chaque nouvel adhérent mentionné, d'un bulletin d'adhésion dûment rempli, d'une photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale et d'un relevé d'identité bancaire.

Chaque nouvelle adhésion au contrat, ou modifications d'informations concernant le souscripteur sera indiquée selon les modalités précisées aux Conditions Particulières du présent contrat. Ces modifications doivent être signalées dans les meilleurs délais et dans une limite de trois mois à compter de l'événement.

Ces modifications concernent les mariages, les concubinages ou PACS (avec justificatifs), les naissances, les sorties d'ayant-droit du contrat, les décès, les changements d'adresse, les modifications de coordonnées bancaires, les départs de l'entreprise, et les départs en retraite.

Article 7. CESSATION DES GARANTIES

Pour tout salarié et ses éventuels ayants droit, la garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui lie le membre participant au souscripteur.

En tout état de cause, la garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation du présent contrat.

En cas de cessation des garanties, et sous réserve de ne pas être en situation d'impayé, le membre participant et ses ayants droit ont la possibilité d'adhérer à un autre contrat.

Cette possibilité est également offerte aux ayants droit du membre participant décédé.

Selon la loi n°89-1009, modifiée par la loi n°94-678 art. 14 III, le contrat prévoit le maintien du niveau de garantie :

Sans limitation de durée au profit des anciens salariés bénéficiant d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail,

Pendant une durée minimale de douze mois (12) à compter du décès et maximale de vingt-quatre (24) mois, au profit des personnes garanties du chef du membre participant décédé sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent le décès.

La garantie prend effet au lendemain de la demande.

Le tarif applicable ne peut être supérieur aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans les conditions fixées par décret soit 150 % du tarif et sera intégralement payé par ce dernier, selon l'art 1 du décret 90-769 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Les changements interviendront le 1er jour du mois qui suit la sortie d'entreprise sauf en cas de recours à la portabilité tel que visé à l'article 9 des présentes conditions générales ; en ce cas les changements seront reportés à la fin de la période de portabilité.

Article 8. SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

Il est à noter que le bénéfice du régime doit être maintenu dans tous les cas de suspension du contrat de travail prévus par le Code du Travail. S'agissant de la contribution de l'employeur une distinction peut être faite selon que l'absence du membre participant relève ou non de raisons de convenances personnelles. Donc, la contribution de l'employeur doit être maintenue au profit de l'assuré en raison d'un congé maladie, maternité ou suite à un accident.

Dans les autres cas (congés sabbatiques, parental d'éducation, de solidarité internationale ou d'absence pour mandat parlementaire) la contribution de l'employeur peut être maintenue.

En cas de suspension de la contribution employeur, l'intégralité de la cotisation appelée (part employeur + part salariale) sera à la charge du membre participant.

Le régime prévoit les dispositions rappelées dans les Conditions Particulières.

Article 9. PORTABILITE

1°) Principe de la portabilité

Conformément à l'article L911-8 du code de la Sécurité Sociale créé par la loi n°2013-504 du 14 juin 2013, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L. 911-1, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1° Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;

2° Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;

3° Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;

4° Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période ;

5° L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à l'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale ;

6° L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

L'article L911-8 du Code de la Sécurité Sociale est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

2°) Champ d'application de la portabilité

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 dispose qu'à partir du 1er juin 2014 la portabilité est obligatoire pour toutes les branches d'activités.

3°) Modalités de financement de la portabilité

La loi n°2013-504 du 14 juin 2013 impose un passage en mutualisation de tous les contrats.

Application de plein droit de la portabilité.

La faculté de renonciation a disparu avec l'entrée en vigueur de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013, en raison de la gratuité du financement du dispositif, le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail.

L'employeur doit signaler le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

4°) Encadrement contractuel de la portabilité

Pour bénéficier des garanties entrant dans le cadre de la portabilité, le salarié ayant produit les justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage, demeurera souscripteur au contrat collectif à l'origine du maintien des garanties à l'issue de la rupture de son contrat de travail.

5°) Force obligatoire et Sanctions

Le défaut de production par l'ancien salarié des justificatifs de droit à l'assurance chômage a pour conséquence l'absence de maintien des garanties offertes par les contrats collectifs au titre de la portabilité ; cette absence a les effets d'une suspension et l'ancien salarié se verra rétabli dans ses droits dès régularisation de sa situation et justification de ses droits à l'assurance chômage.

Tout usage de l'une ou l'autre des cartes de tiers-payant détenues par le salarié utilisées par ce dernier à l'expiration des droits au titre de la portabilité, donnera lieu à recouvrement par la Mutuelle.

6°) Garanties offertes au titre de la portabilité

Il est expressément convenu que pour l'application de la portabilité des garanties telle que visée au titre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, sont visées à la date de la rupture les garanties existantes telles que bénéficiant aux actifs.

Que le salarié soit souscripteur du contrat cadre d'origine ou d'un contrat collectif de substitution, les garanties dont il bénéficie suivront l'évolution des garanties offertes au titre du contrat collectif d'origine.

PIECES A FOURNIR

L'ancien salarié devra justifier auprès de l'assureur du respect des conditions d'éligibilités en fournissant un justificatif émanant de Pôle Emploi confirmant l'ouverture de la prise en charge par le régime d'assurance chômage ainsi que le montant des indemnités journalières et la durée des droits acquis ; en cas de reprise d'une activité permettant au salarié d'acquérir de nouveaux droits, tout justificatif afférente à la reprise d'emploi.

Article 10. DEFINITION DES GARANTIES

Les garanties du contrat sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

En application de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale, elles ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge du membre participant.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque le membre participant reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de "médecin traitant", ou sans passer par son "médecin traitant" et à l'exception des cas prévus par la loi, l'Assurance Maladie Obligatoire considère que le membre participant ne respecte pas le "Parcours de soins coordonnés".

Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive du membre participant et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires "hors parcours de soins" ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004

Liste disponible auprès de la mutuelle.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant après remboursement de la Sécurité Sociale.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

Article 11. NIVEAU DE LA GARANTIE

Le niveau des prestations garanties est indiqué dans le tableau de garanties joint au présent contrat.

Article 12. FRAIS GARANTIS

Sont couverts, sauf stipulations contraires dans les Conditions Particulières, tous les actes et frais courants sur la période de garantie ayant fait l'objet d'un remboursement et d'un décompte individualisé du régime de base de Sécurité Sociale au titre de la législation « maladie », « accidents du travail/maladies professionnelles » et « maternité » ainsi que les actes et frais non pris en charge par ce dernier, expressément mentionnés au contrat en fonction de la formule de couverture retenue. Les prestations complémentaires sont limitées aux frais réels dûment justifiés restant à charge du membre participant, après intervention du régime de base, et/ou d'éventuels organismes complémentaires.

Maternité/Adoption

Lorsque les Conditions Particulières du contrat le prévoient, la Mutuelle verse, en cas de naissance d'un enfant du participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement, dans la limite des frais engagés.

Le forfait maternité du membre participant est également versé, en cas d'adoption d'un enfant mineur.

Forfait Obsèques

Si cette garantie est souscrite, la prestation prévue aux Conditions Particulières sera versée en cas de décès du membre participant ou des ayants droit assurés. Cette prestation sera limitée aux frais d'obsèques justifiés par une facture et versée à la personne qui les a réglés, soit directement à l'entreprise de Pompes Funèbres.

Article 13. LIMITE DES GARANTIES – EXCLUSIONS

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Sauf indication contraire aux Conditions Particulières, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - ↪ engagés avant la date d'effet garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de la Sécurité Sociale,
 - ↪ déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - ↪ engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité Sociale à laquelle le membre participant est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par la Mutuelle sur la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale et selon les garanties prévues au contrat,
 - ↪ non remboursés par les régimes de base de la Sécurité Sociale,
 - ↪ ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,
 - ↪ au titre de la législation sur les pensions militaires,
 - ↪ au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,
 - ↪ qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
 - les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge du membre participant prévues à l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
 - la majoration de participation prévue aux articles L.162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- *montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.*

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisé par la Sécurité Sociale.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application

Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au membre participant de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par la Mutuelle ou produits spontanément par le membre participant, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La Mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale du membre participant. Dans un tel cas de figure, les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertises est à la charge exclusive de la Mutuelle.

La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement neuropsychiatrique est limitée par année civile et fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de la Sécurité Sociale (voir tableau de garanties joint).

En cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, le membre participant doit transmettre à la Mutuelle une facture détaillée établie par son médecin, et en l'absence de télétransmission par les organismes de base, le décompte, pour que l'indemnisation soit faite sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit ou d'un forfait, le crédit ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation, dans la limite des frais engagés.

La participation de la Mutuelle ne peut, en aucun cas, dépasser la totalité des frais laissés à charge du membre participant après participation de la Sécurité Sociale, et, éventuellement, celle d'un autre organisme complémentaire.

Article 14. OMISSIONS OU DECLARATIONS INEXACTES

Les fausses déclarations intentionnelles entraînent la nullité des garanties et prestations, les cotisations acquittées demeurant acquises à la mutuelle.

Article 15. COTISATIONS

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'Assurance Maladie et de la Réglementation Fiscale et Sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

Montant des cotisations

Il est déterminé selon l'effectif affilié dans la catégorie définie au contrat et mentionné aux Conditions Particulières.

A cet effet, le souscripteur devra fournir à la Mutuelle une photocopie de sa DADS (Déclaration Automatisée des Données Sociales) ou tout autre document nominatif pouvant attester du nombre exact de salariés relevant de la catégorie définie au contrat, non seulement à l'adhésion, mais aussi chaque année, afin de déterminer la tarification.

Paiement

Les cotisations sont annuelles. Elles font l'objet d'un appel directement auprès du souscripteur en fonction des périodes de paiement choisies au moment de la signature du contrat.

Les montants, modalités de paiement et fréquence des cotisations et de leur appel sont précisés aux Conditions Particulières du présent contrat.

Le délai maximum de règlement de la cotisation est d'un mois à compter de la date de réception de l'appel de cotisation.

Le souscripteur est responsable du paiement des cotisations.

En cas d'arrêt de travail du membre participant, il n'y a pas d'exonération du paiement de la cotisation. Elle doit être intégralement versée tant que l'intéressé fait partie du personnel affilié, qu'il soit présent ou non, qu'il perçoive ou non tout ou partie de son salaire.

Non-paiement des cotisations

À défaut de paiement des cotisations dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle met en demeure l'entreprise par lettre recommandée avec accusé de réception de régler les cotisations à payer.

Dans cette lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise, la Mutuelle les informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

En cas de persistance du non-paiement, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi de la mise en demeure.

La Mutuelle peut enfin décider de résilier le contrat collectif quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Passé le délai de quarante jours précité, la Mutuelle peut mettre en œuvre toute procédure contentieuse pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par l'entreprise.

Révision

Les cotisations sont indexées à effet de chaque 1er janvier (sauf dispositions contraires dans les conditions particulières) en fonction de la variation de l'indice officiel de la consommation médicale. Les résultats techniques du contrat ou du groupe de contrats concernés seront aussi pris en compte dans le calcul de cette indexation.

Les augmentations suivant cette indexation ou répercutant strictement l'évolution des taxes et impôts de droit se feront sans obligation de formalisme écrit.

En revanche, les autres modifications de cotisations sont formalisées par avenant au contrat dans les autres cas.

Article 16. PRESENTATION DES DOSSIERS

A défaut de télétransmission par les organismes de base, chaque demande de remboursement adressé doit comprendre les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité Sociale.

Pour les cas particuliers cités ci-dessous, en cas de télétransmission ou à défaut de télétransmission et selon la garantie souscrite, faire parvenir à la mutuelle, les documents suivants :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées,
- pour une consultation d'un praticien du secteur non conventionné : la facture et le décompte de l'assurance Maladie,
- pour un « dépassement d'honoraires » en séjour hospitalier privé ou en clinique privée : la facture acquittée,
- pour de l'optique et du dentaire : le devis accepté et la facture acquittée,

- pour une consultation Acupuncture / Ostéopathie / Chiropractie ... : la note d'honoraires du praticien disposant des diplômes reconnus légalement nécessaires à l'exercice de la discipline concernée,
- pour la prise en charge des vaccins : la prescription médicale (sauf pour le vaccin antigrippal) et la facture acquittée du pharmacien,
- pour une densitométrie osseuse : la prescription médicale et la facture acquittée,
- pour une chirurgie de la myopie : la note d'honoraires et la facture acquittée,
- pour une Fécondation In Vitro/Péridurale : la note d'honoraires et la facture acquittée,
- pour les prothèses et l'appareillage : la facture acquittée,
- pour les médicaments prescrits non remboursés : la prescription médicale et la facture acquittée,
- pour le forfait maternité : un extrait d'acte de naissance,
- en cas d'adoption : un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption et l'attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- pour le forfait obsèques : la facture acquittée indiquant les coordonnées de la personne qui a assumé les frais,
- pour les actes de prévention : la prescription et la facture acquittée,
- pour le remboursement de frais de soins d'origine accidentelle : toutes les pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par la Mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...),
- pour les cures thermales : la facture de l'établissement, la facture des frais d'hébergement et les factures des frais de transport.

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés, figurant sur les décomptes Sécurité Sociale ou sur l'original des factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité Sociale.

Article 17. PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur le compte du membre participant, à l'exception des prestations frais d'obsèques réglées à la personne ayant assumé les frais ou à l'entreprise de pompes funèbres à laquelle les obsèques ont été confiées. Sauf cas de force majeure, à réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la Mutuelle, les prestations sont réglées dans un délai maximum de huit jours ouvrables.

Article 18. TIERS PAYANT

Chaque adhérent complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte « Adhérent Mutualiste » permettant le tiers payant avec certaines professions de santé.

Cette carte « Adhérent Mutualiste » reste la propriété de la Mutuelle, et en demandera la restitution en cas de départ du membre participant (démission, licenciement, retraite...) ou résiliation du contrat.

Le souscripteur ou le membre participant devra restituer les sommes payées par la Mutuelle, relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties, dans la mesure où il n'aura pas respecté son obligation précitée.

Article 19. PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la Mutuelle délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux, et selon la garantie, la chambre particulière et un forfait journalier laissés à la charge du membre participant dans la limite des garanties.

Article 20. RECOURS CONTRE LES TIERS RESPONSABLES

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce pour toutes sommes versées par la Mutuelle au membre participant ou à ses bénéficiaires.

Article 21. INFORMATION AUX ADHERENTS

La Mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitation de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le souscripteur signataire du contrat est tenu de remettre la notice d'information et les statuts de la Mutuelle à chaque adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le souscripteur est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Article 22. PRESCRIPTION - CAUSES D'INTERRUPTION

Toute action dérivant du contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant (garantie obsèques et décès) et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 23. LITIGES JUDICIAIRES

Tout litige judiciaire relatif aux adhésions et aux prestations, entre le souscripteur et/ou le membre participant et la Mutuelle, est, de convention expresse entre les parties au présent contrat, porté à la connaissance des juridictions du ressort du siège social de la Mutuelle.

Article 24. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les adhérents disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes), sur toutes les données à caractère personnel les concernant sur les fichiers de la Mutuelle, auprès du siège de la mutuelle.

Article 25. AUTORITE DE CONTROLE

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout à Paris 9e.

TABLEAU DE GARANTIE – ESSENTIELLE

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
MALADIE			
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	30%	100%
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	30%	100%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	30%	100%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	30%	100%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire CAS	70%	30%	100%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	30%	100%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire CAS	70%	30%	100%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	30%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Analyses (Biologie)	60%	40%	100%
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien	Néant	-	-
Densitométrie osseuse non remboursée par l'AMO	Néant	30 €	30 €
HOSPITALISATION (1)			
Frais de séjour	80% ou 100%	TM	100%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire CAS	80%	20%	100%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire CAS	80%	20%	100%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ <i>Par jour</i>	Néant	-	-
Chambre particulière (2) ~ <i>Par jour</i>	Néant	-	-
Forfait journalier (2)	Néant	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (dans la limite des frais engagés) (*) (**)	Néant	-	-
DENTAIRE (Plafond limité entre 1 000 € et 3 000 € / an / bénéficiaire pour les prothèses remb. AMO et le dentaire non remb. AMO) (3)			
Soins dentaires	70%	30%	100%
Prothèses remboursées par l'AMO	70%	55%	125%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	25%	125%
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et orthodontie non remb. AMO)	Néant	-	-
Parodontologie ~ <i>Crédit annuel</i>	Néant	-	-
Implantologie ~ <i>Crédit annuel cumulable pendant 3 ans</i>	Néant	-	-
OPTIQUE			
Un EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (4)			
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%
Forfait Monture	-	50 €	50 €
Forfait Verre unifocal simple et moyenne correction	-	50 €	50 €
Forfait Verre unifocal forte correction	-	75 €	75 €
Forfait Verre multifocal faible correction	-	75 €	75 €
Forfait Verre multifocal forte correction	-	75 €	75 €
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ <i>Crédit annuel</i>	-	50 €	50 €
Opération des yeux (myopie, presbytie) ~ <i>Par œil</i>	Néant	-	-
TRANSPORT			
Transport	65%	35%	100%
APPAREILLAGES			
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	60%	40%	100%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ <i>Par oreille</i>	60%	40%	100%
Autres prothèses	65%	35%	100%
Appareillages	60%-65%-100%	TM	100%
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par l'AMO	65% ou 30% ou 15%	TM	100%
Médicaments prescrits non remboursés : sevrage tabagique, contraception, homéopathie	Néant	-	-

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
CURES THERMALES			
Forfait cure	65%	35%	100%
Surveillance médicale	70%	30%	100%
Participation à l'hébergement et au transport	65%	35%	100%
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	Néant	Oui	Oui
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
GARANTIE ASSISTANCE par Inter Mutuelles Assistance RCS Niort: 433.240.991 tel : 05 49 34 82 60	Néant	Oui	Oui
Travailleuses familiales, si accord CAF Aide-ménagère, si accord Caisse de Retraite	Néant	50 % du reste à charge	50 % du reste à charge
DÉCÈS (*)			
Allocation obsèques / accident de la circulation	Néant	-	-
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus	Néant	-	-

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(2) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(3) Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO et le dentaire non remboursé par l'AMO.

Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).

(4) Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans glissants sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 an).

(*) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance (Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660. (**)) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur / CAS : Contrat d'Accès aux Soins

Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

Les prestations en euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

La Mutuelle s'engage sur les garanties telles que définies dans la colonne "mutuelle"

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

CORRESPONDANCES OPTIQUES	AMO Adulte	AMO Enfant	Forfait Mutuelle Adulte	Forfait Mutuelle Enfant
Monture	2,84 €	30,49 €	50,00 €	50,00 €
Verre unifocal simple et moyenne correction				
N° de la LPP (2203240 - 2261874)	2,29 €	12,04 €	50,00 €	50,00 €
N° de la LPP (2259966 - 2200393)	3,66 €	14,94 €	50,00 €	50,00 €
Verre unifocal forte correction				
N° de la LPP (2280660 - 2243304)	4,12 €	26,68 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2212976 - 2238941)	6,25 €	27,90 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2284527 - 2283953)	6,86 €	36,28 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2235776 - 2273854)	7,62 €	44,97 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2288519 - 2245036)	9,45 €	46,50 €	75,00 €	75,00 €
Verre multifocal faible correction				
N° de la LPP (2290396 - 2259245)	7,32 €	39,18 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2227038 - 2240671)	10,37 €	43,60 €	75,00 €	75,00 €
Verre multifocal forte correction				
N° de la LPP (2245384 - 2238792)	10,82 €	43,30 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2202239 - 2234239)	24,54 €	66,62 €	75,00 €	75,00 €

TABLEAU DE GARANTIE – ESSENTIELLE +

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
MALADIE			
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	50%	120%
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	30%	100%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	50%	120%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	30%	100%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire CAS	70%	50%	120%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	30%	100%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire CAS	70%	50%	120%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	30%	100%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Analyses (Biologie)	60%	40%	100%
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédiacre, Podologue, Psychomotricien	Néant	30 € / séance (limité à 1 séance / an)	30 € / séance (limité à 1 séance / an)
Densitométrie osseuse non remboursée par l'AMO	Néant	30 €	30 €
HOSPITALISATION (1)			
Frais de séjour	80% ou 100%	TM	100%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire CAS	80%	40%	120%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire CAS	80%	20%	100%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ <i>Par jour</i>	Néant	-	-
Chambre particulière (2) ~ <i>Par jour</i>	Néant	30 €	30 €
Forfait journalier (3)	Néant	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (dans la limite des frais engagés) (*) (**)	Néant	-	-
DENTAIRE (Plafond limité entre 1 000 € et 3 000 € / an / bénéficiaire pour les prothèses remb. AMO et le dentaire non remb. AMO) (4)			
Soins dentaires	70%	30%	100%
Prothèses remboursées par l'AMO	70%	80%	150%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	50%	150%
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et orthodontie non remb. AMO)	Néant	200 € / an / bénéficiaire	200 € / an / bénéficiaire
Parodontologie ~ <i>Crédit annuel</i>	Néant	-	-
Implantologie ~ <i>Crédit annuel cumulable pendant 3 ans</i>	Néant	-	-
OPTIQUE			
Un EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (5)			
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%
Forfait Monture	-	75 €	75 €
Forfait Verre unifocal simple et moyenne correction	-	50 €	50 €
Forfait Verre unifocal forte correction	-	75 €	75 €
Forfait Verre multifocal faible correction	-	75 €	75 €
Forfait Verre multifocal forte correction	-	100 €	100 €
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ <i>Crédit annuel</i>	-	80 €	80 €
Opération des yeux (myopie, presbytie) ~ <i>Par œil</i>	Néant	-	-
TRANSPORT			
Transport	65%	35%	100%
APPAREILLAGES			
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	60%	40%	100%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ <i>Par oreille - Tous les 3 ans</i>	60%	TM + 100 €	100% + 100 €
Autres prothèses	65%	35%	100%
Appareillages	60%-65%-100%	TM	100%
Semelles orthopédiques	60%	40% + 40 €	100% + 40 €
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par l'AMO	65% ou 30% ou 15%	TM	100%
Médicaments prescrits non remboursés : sevrage tabagique, contraception, homéopathie	Néant	20 € / an	20 € / an

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
CURES THERMALES			
Forfait cure	65%	35%	100%
Surveillance médicale	70%	30%	100%
Participation à l'hébergement et au transport	65%	35%	100%
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	Néant	Oui	Oui
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
GARANTIE ASSISTANCE par Inter Mutuelles Assistance RCS Niort: 433.240.991 tel : 05 49 34 82 60	Néant	Oui	Oui
Travailleuses familiales, si accord CAF Aide-ménagère, si accord Caisse de Retraite	Néant	50 % du reste à charge	50 % du reste à charge
DECES (*)			
Allocation obsèques / accident de la circulation	Néant	250 €	250 €
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus	Néant	250 €	250 €

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(2) La chambre particulière n'est pas prise en charge en psychiatrie et dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence).

(3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(4) Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO et le dentaire non remboursé par l'AMO.

Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).

(5) Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans glissants sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 an).

(*) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660. (**) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale /
TM : Ticket modérateur / CAS : Contrat d'Accès aux Soins

Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

Les prestations en euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

La Mutuelle s'engage sur les garanties telles que définies dans la colonne "mutuelle"

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

CORRESPONDANCES OPTIQUES	AMO Adulte	AMO Enfant	Forfait Mutuelle Adulte	Forfait Mutuelle Enfant
Monture	2,84 €	30,49 €	75,00 €	75,00 €
Verre unifocal simple et moyenne correction				
N° de la LPP (2203240 - 2261874)	2,29 €	12,04 €	50,00 €	50,00 €
N° de la LPP (2259966 - 2200393)	3,66 €	14,94 €	50,00 €	50,00 €
Verre unifocal forte correction				
N° de la LPP (2280660 - 2243304)	4,12 €	26,68 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2212976 - 2238941)	6,25 €	27,90 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2284527 - 2283953)	6,86 €	36,28 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2235776 - 2273854)	7,62 €	44,97 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2288519 - 2245036)	9,45 €	46,50 €	75,00 €	75,00 €
Verre multifocal faible correction				
N° de la LPP (2290396 - 2259245)	7,32 €	39,18 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2227038 - 2240671)	10,37 €	43,60 €	75,00 €	75,00 €
Verre multifocal forte correction				
N° de la LPP (2245384 - 2238792)	10,82 €	43,30 €	100,00 €	100,00 €
N° de la LPP (2202239 - 2234239)	24,54 €	66,62 €	100,00 €	100,00 €

TABLEAU DE GARANTIE – SECURITE

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
MALADIE			
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	50%	120%
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	30%	100%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	130%	200%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	110%	180%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire CAS	70%	130%	200%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	110%	180%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire CAS	70%	130%	200%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	110%	180%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Analyses (Biologie)	60%	40%	100%
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien	Néant	30 € / séance (limité à 3 séances / an)	30 € / séance (limité à 3 séances / an)
Densitométrie osseuse non remboursée par l'AMO	Néant	30 €	30 €
HOSPITALISATION (1)			
Frais de séjour	80% ou 100%	TM	100%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire CAS	80%	120%	200%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire CAS	80%	100%	180%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ <i>Par jour</i>	Néant	30 €	30 €
Chambre particulière (2) ~ <i>Par jour</i>	Néant	70 €	70 €
Forfait journalier (3)	Néant	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (dans la limite des frais engagés) (*) (**)	Néant	10% du PMSS	10% du PMSS
DENTAIRE (Plafond limité entre 1 000 € et 3 000 € / an / bénéficiaire pour les prothèses remb. AMO et le dentaire non remb. AMO) (4)			
Soins dentaires	70%	30%	100%
Prothèses remboursées par l'AMO	70%	230%	300%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	200%	300%
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et orthodontie non remb. AMO)	Néant	500 € / an / bénéficiaire	500 € / an / bénéficiaire
Parodontologie ~ <i>Crédit annuel</i>	Néant	100 €	100 €
Implantologie ~ <i>Crédit annuel cumulable pendant 3 ans</i>	Néant	250 €	250 €
OPTIQUE			
Un EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (5)			
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%
Forfait Monture	-	125 €	125 €
Forfait Verre unifocal simple et moyenne correction	-	75 €	75 €
Forfait Verre unifocal forte correction	-	100 €	100 €
Forfait Verre multifocal faible correction	-	125 €	125 €
Forfait Verre multifocal forte correction	-	150 €	150 €
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ <i>Crédit annuel</i>	-	120 €	120 €
Opération des yeux (myopie, presbytie) ~ <i>Par œil</i>	Néant	200 €	200 €
TRANSPORT			
Transport	65%	35%	100%
APPAREILLAGES			
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	60%	40%	100%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ <i>Par oreille - Tous les 3 ans</i>	60%	TM + 300 €	100% + 300 €
Autres prothèses	65%	35%	100%
Appareillages	60%-65%-100%	TM	100%
Semelles orthopédiques	60%	40% + 60 €	100% + 60 €
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par l'AMO	65% ou 30% ou 15%	TM	100%
Médicaments prescrits non remboursés : sevrage tabagique, contraception, homéopathie	Néant	30 € / an	30 € / an

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
CURES THERMALES			
Forfait cure	65%	35%	100%
Surveillance médicale	70%	30%	100%
Participation à l'hébergement et au transport	65%	35%	100%
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	Néant	Oui	Oui
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
GARANTIE ASSISTANCE par Inter Mutuelles Assistance RCS Niort: 433.240.991 tel : 05 49 34 82 60	Néant	Oui	Oui
Travailleuses familiales, si accord CAF Aide-ménagère, si accord Caisse de Retraite	Néant	50 % du reste à charge	50 % du reste à charge
DÉCÈS (*)			
Allocation obsèques / accident de la circulation	Néant	500 €	500 €
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus	Néant	500 €	500 €

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(2) La chambre particulière n'est pas prise en charge en psychiatrie et dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour.

(3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(4) Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO et le dentaire non remboursé par l'AMO.

Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).

(5) Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans glissants sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 an).

(*) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660. (**) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale /
TM : Ticket modérateur / CAS : Contrat d'Accès aux Soins

Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

Les prestations en euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

La Mutuelle s'engage sur les garanties telles que définies dans la colonne "mutuelle"

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

CORRESPONDANCES OPTIQUES	AMO Adulte	AMO Enfant	Forfait Mutuelle Adulte	Forfait Mutuelle Enfant
Monture	2,84 €	30,49 €	125,00 €	125,00 €
Verre unifocal simple et moyenne correction				
N° de la LPP (2203240 - 2261874)	2,29 €	12,04 €	75,00 €	75,00 €
N° de la LPP (2259966 - 2200393)	3,66 €	14,94 €	75,00 €	75,00 €
Verre unifocal forte correction				
N° de la LPP (2280660 - 2243304)	4,12 €	26,68 €	100,00 €	100,00 €
N° de la LPP (2212976 - 2238941)	6,25 €	27,90 €	100,00 €	100,00 €
N° de la LPP (2284527 - 2283953)	6,86 €	36,28 €	100,00 €	100,00 €
N° de la LPP (2235776 - 2273854)	7,62 €	44,97 €	100,00 €	100,00 €
N° de la LPP (2288519 - 2245036)	9,45 €	46,50 €	100,00 €	100,00 €
Verre multifocal faible correction				
N° de la LPP (2290396 - 2259245)	7,32 €	39,18 €	125,00 €	125,00 €
N° de la LPP (2227038 - 2240671)	10,37 €	43,60 €	125,00 €	125,00 €
Verre multifocal forte correction				
N° de la LPP (2245384 - 2238792)	10,82 €	43,30 €	150,00 €	150,00 €
N° de la LPP (2202239 - 2234239)	24,54 €	66,62 €	150,00 €	150,00 €

TABLEAU DE GARANTIE – SECURITE +

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
MALADIE			
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	50%	120%
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	30%	100%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	230%	300%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	130%	200%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire CAS	70%	230%	300%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	130%	200%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire CAS	70%	230%	300%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	130%	200%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Analyses (Biologie)	60%	40%	100%
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien	Néant	40 € / séance (limité à 4 séances / an)	40 € / séance (limité à 4 séances / an)
Densitométrie osseuse non remboursée par l'AMO	Néant	30 €	30 €
HOSPITALISATION (1)			
Frais de séjour	80% ou 100%	TM	100%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire CAS	80%	220%	300%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire CAS	80%	120%	200%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ <i>Par jour</i>	Néant	40 €	40 €
Chambre particulière (2) ~ <i>Par jour</i>	Néant	90 €	90 €
Forfait journalier (3)	Néant	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (dans la limite des frais engagés) (*) (**)	Néant	10% du PMSS	10% du PMSS
DENTAIRE (Plafond limité entre 1 000 € et 3 000 € / an / bénéficiaire pour les prothèses remb. AMO et le dentaire non remb. AMO) (4)			
Soins dentaires	70%	30%	100%
Prothèses remboursées par l'AMO	70%	330%	400%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	300%	400%
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et orthodontie non remb. AMO)	Néant	1 000 € / an / bénéficiaire	1 000 € / an / bénéficiaire
Parodontologie ~ <i>Crédit annuel</i>	Néant	200 €	200 €
Implantologie ~ <i>Crédit annuel cumulable pendant 3 ans</i>	Néant	500 €	500 €
OPTIQUE			
Un EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (5)			
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%
Forfait Monture	-	150 €	150 €
Forfait Verre unifocal simple et moyenne correction	-	100 €	100 €
Forfait Verre unifocal forte correction	-	150 €	150 €
Forfait Verre multifocal faible correction	-	250 €	250 €
Forfait Verre multifocal forte correction	-	300 €	300 €
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ <i>Crédit annuel</i>	-	160 €	160 €
Opération des yeux (myopie, presbytie) ~ <i>Par œil</i>	Néant	500 €	500 €
TRANSPORT			
Transport	65%	35%	100%
APPAREILLAGES			
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	60%	40%	100%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ <i>Par oreille - Tous les 3 ans</i>	60%	TM + 750 €	100% + 750 €
Autres prothèses	65%	35%	100%
Appareillages	60%-65%-100%	TM	100%
Semelles orthopédiques	60%	40% + 80 €	100% + 80 €
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par l'AMO	65% ou 30% ou 15%	TM	100%
Médicaments prescrits non remboursés : sevrage tabagique, contraception, homéopathie	Néant	40 € / an	40 € / an

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
CURES THERMALES			
Forfait cure	65%	35%	100%
Surveillance médicale	70%	30%	100%
Participation à l'hébergement et au transport	65%	35% + 500 €	100% + 500 €
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	Néant	Oui	Oui
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
GARANTIE ASSISTANCE par Inter Mutuelles Assistance RCS Niort: 433.240.991 tel : 05 49 34 82 60	Néant	Oui	Oui
Travailleuses familiales, si accord CAF Aide-ménagère, si accord Caisse de Retraite	Néant	50 % du reste à charge	50 % du reste à charge
DÉCÈS (*)			
Allocation obsèques / accident de la circulation	Néant	750 €	750 €
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus	Néant	750 €	750 €

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(2) La chambre particulière n'est pas prise en charge en psychiatrie et dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour.

(3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(4) Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO et le dentaire non remboursé par l'AMO.

Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).

(5) Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans glissants sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 an).

(*) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660. (**) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale /
TM : Ticket modérateur / CAS : Contrat d'Accès aux Soins

Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

Les prestations en euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

La Mutuelle s'engage sur les garanties telles que définies dans la colonne "mutuelle"

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

CORRESPONDANCES OPTIQUES	AMO Adulte	AMO Enfant	Forfait Mutuelle Adulte	Forfait Mutuelle Enfant
Monture	2,84 €	30,49 €	150,00 €	150,00 €
Verre unifocal simple et moyenne correction				
N° de la LPP (2203240 - 2261874)	2,29 €	12,04 €	100,00 €	100,00 €
N° de la LPP (2259966 - 2200393)	3,66 €	14,94 €	100,00 €	100,00 €
Verre unifocal forte correction				
N° de la LPP (2280660 - 2243304)	4,12 €	26,68 €	150,00 €	150,00 €
N° de la LPP (2212976 - 2238941)	6,25 €	27,90 €	150,00 €	150,00 €
N° de la LPP (2284527 - 2283953)	6,86 €	36,28 €	150,00 €	150,00 €
N° de la LPP (2235776 - 2273854)	7,62 €	44,97 €	150,00 €	150,00 €
N° de la LPP (2288519 - 2245036)	9,45 €	46,50 €	150,00 €	150,00 €
Verre multifocal faible correction				
N° de la LPP (2290396 - 2259245)	7,32 €	39,18 €	250,00 €	250,00 €
N° de la LPP (2227038 - 2240671)	10,37 €	43,60 €	250,00 €	250,00 €
Verre multifocal forte correction				
N° de la LPP (2245384 - 2238792)	10,82 €	43,30 €	300,00 €	300,00 €
N° de la LPP (2202239 - 2234239)	24,54 €	66,62 €	300,00 €	300,00 €

TABLEAU DE GARANTIE – SERENITE

(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
MALADIE			
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	130%	200%
Honoraires médicaux Généralistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	30%	100%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Signataire CAS	70%	330%	400%
Honoraires médicaux Spécialistes ~ Praticien Non signataire CAS	70%	130%	200%
Actes de spécialité ~ Praticien Signataire CAS	70%	230%	300%
Actes de spécialité ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	130%	200%
Échographie, radiologie ~ Praticien Signataire CAS	70%	230%	300%
Échographie, radiologie ~ Praticien Non Signataire CAS	70%	130%	200%
Auxiliaires médicaux	60%	40%	100%
Analyses (Biologie)	60%	40%	100%
Ostéopathe, Etiopathe, Diététicien, Chiropracteur, Acupuncteur, Pédicure, Podologue, Psychomotricien	Néant	50 € / séance (limité à 5 séances / an)	50 € / séance (limité à 5 séances / an)
Densitométrie osseuse non remboursée par l'AMO	Néant	30 €	30 €
HOSPITALISATION (1)			
Frais de séjour	80% ou 100%	TM	100%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Signataire CAS	80%	320%	400%
Honoraires de chirurgie - médecine - maternité (sauf esthétique) ~ Praticien Non signataire CAS	80%	120%	200%
Frais d'accompagnement (- de 18 ans) ~ <i>Par jour</i>	Néant	40 €	40 €
Chambre particulière (2) ~ <i>Par jour</i>	Néant	90 €	90 €
Forfait journalier (3)	Néant	Frais réels	Frais réels
Prestation maternité / adoption (dans la limite des frais engagés) (*) (**)	Néant	10% du PMSS	10% du PMSS
DENTAIRE (Plafond limité entre 1 000 € et 3 000 € / an / bénéficiaire pour les prothèses remb. AMO et le dentaire non remb. AMO) (4)			
Soins dentaires	70%	30%	100%
Prothèses remboursées par l'AMO	70%	430%	500%
Orthodontie remboursée par l'AMO	100%	400%	500%
Dentaire non remboursé par l'AMO (Prothèses et orthodontie non remb. AMO)	Néant	1 000 € / an / bénéficiaire	1 000 € / an / bénéficiaire
Parodontologie ~ <i>Crédit annuel</i>	Néant	300 €	300 €
Implantologie ~ <i>Crédit annuel cumulable pendant 3 ans</i>	Néant	1 000 €	1 000 €
OPTIQUE			
Un EQUIPEMENT (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans (5)			
Monture, Verres, Lentilles remboursées par l'AMO (remboursement AMO)	60%	-	60%
Forfait Monture	-	150 €	150 €
Forfait Verre unifocal simple et moyenne correction	-	160 €	160 €
Forfait Verre unifocal forte correction	-	250 €	250 €
Forfait Verre multifocal faible correction	-	300 €	300 €
Forfait Verre multifocal forte correction	-	350 €	350 €
Lentilles remboursées ou non par l'AMO ~ <i>Crédit annuel</i>	-	200 €	200 €
Opération des yeux (myopie, presbytie) ~ <i>Par œil</i>	Néant	750 €	750 €
TRANSPORT			
Transport	65%	35%	100%
APPAREILLAGES			
Prothèses auditives (Piles, accessoires et entretien)	60%	40%	100%
Prothèses auditives (achat appareil) ~ <i>Par oreille - Tous les 3 ans</i>	60%	TM + 1 000 €	100% + 1 000 €
Autres prothèses	65%	35%	100%
Appareillages	60%-65%-100%	TM	100%
Semelles orthopédiques	60%	40% + 100 €	100% + 100 €
PHARMACIE			
Pharmacie remboursée par l'AMO	65% ou 30% ou 15%	TM	100%
Médicaments prescrits non remboursés : sevrage tabagique, contraception, homéopathie	Néant	100 € / an	100 € / an
(Selon la législation Sécurité Sociale en vigueur au 01/01/2015)	A.M.O.	mutuelle	A.M.O. + mutuelle
CURES THERMALES			

Forfait cure	65%	35%	100%
Surveillance médicale	70%	30%	100%
Participation à l'hébergement et au transport	65%	35% + 750 €	100% + 750 €
PRÉVENTION			
Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 et de ses décrets d'application (Liste disponible auprès de la mutuelle).	Néant	Oui	Oui
PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
GARANTIE ASSISTANCE par Inter Mutuelles Assistance RCS Niort: 433.240.991 tel : 05 49 34 82 60	Néant	Oui	Oui
Travailleuses familiales, si accord CAF Aide-ménagère, si accord Caisse de Retraite	Néant	50 % du reste à charge	50 % du reste à charge
DÉCÈS (*)			
Allocation obsèques / accident de la circulation	Néant	1 500 €	1 500 €
Participation aux frais obsèques jusqu'à 69 ans inclus	Néant	1 500 €	1 500 €

(1) Les séjours en EHPAD (Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes) et MAS (Maisons d'accueil spécialisées) sont exclus.

(2) La chambre particulière n'est pas prise en charge en psychiatrie et dans les autres établissements spécialisés (de repos, de rééducation, de réadaptation, de convalescence). En clinique non conventionnée (hors psychiatrie et autres établissements spécialisés) la participation est limitée à 45 € par jour.

(3) Le forfait journalier est sans limitation de durée. Il ne s'applique pas aux unités et centres de soins de longue durée (définies par arrêté du 12 mai 2006) et aux établissements accueillant les personnes âgées.

(4) Plafond annuel sur les prothèses dentaires remboursées par l'AMO et le dentaire non remboursé par l'AMO.

Dès lors que le plafond dentaire est atteint, les prothèses dentaires sont prises en charge à 125% de la base de remboursement (AMO + Mutuelle).

(5) Prise en charge limitée à un équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux ans glissants sauf chez les mineurs ou en cas d'évolution de la vue (dans ce cas 1 an).

(*) Prestation garantie par l'organisme de prévoyance Mutuelle Générale de Prévoyance SIREN 337 682 660. (**) Si inscription de l'enfant dans les trois mois suivants la naissance ou l'adoption.

LEXIQUE

AMO : Assurance Maladie Obligatoire / BR : Base de Remboursement / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale / TM : Ticket modérateur / CAS : Contrat d'Accès aux Soins

Forfait de 18 € / acte pour les actes dont le montant est supérieur ou égal à 120 € est pris en charge par la mutuelle.

Les prestations en Euros sont accordées une fois par an et par bénéficiaire, sauf mention contraire, dans la limite des dépenses engagées.

La Mutuelle s'engage sur les garanties telles que définies dans la colonne "mutuelle"

Les garanties souscrites sont conformes à la réglementation relative aux contrats solidaires et responsables mentionnée aux articles L. 871-1 et R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises : La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'Assurance Maladie Obligatoire visée à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité Sociale (fixée à 1€ au 01/01/2005) ainsi que la franchise forfaitaire annuelle prévue au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Limitation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins à 100% du tarif conventionnel (en complément du remboursement du ticket modérateur) pour les consultations et actes techniques médicaux (médecine de ville et hospitalisation). La garantie retenue pour ces médecins doit être inférieure de 20 points (20 % du tarif conventionnel) à celle proposée pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins. Ces règles concernent également les médecins non conventionnés, sur la base du tarif d'autorité.

CORRESPONDANCES OPTIQUES	AMO Adulte	AMO Enfant	Forfait Mutuelle Adulte	Forfait Mutuelle Enfant
Monture	2,84 €	30,49 €	150,00 €	150,00 €
Verre unifocal simple et moyenne correction				
N° de la LPP (2203240 - 2261874)	2,29 €	12,04 €	160,00 €	160,00 €
N° de la LPP (2259966 - 2200393)	3,66 €	14,94 €	160,00 €	160,00 €
Verre unifocal forte correction				
N° de la LPP (2280660 - 2243304)	4,12 €	26,68 €	250,00 €	250,00 €
N° de la LPP (2212976 - 2238941)	6,25 €	27,90 €	250,00 €	250,00 €
N° de la LPP (2284527 - 2283953)	6,86 €	36,28 €	250,00 €	250,00 €
N° de la LPP (2235776 - 2273854)	7,62 €	44,97 €	250,00 €	250,00 €
N° de la LPP (2288519 - 2245036)	9,45 €	46,50 €	250,00 €	250,00 €
Verre multifocal faible correction				
N° de la LPP (2290396 - 2259245)	7,32 €	39,18 €	300,00 €	300,00 €
N° de la LPP (2227038 - 2240671)	10,37 €	43,60 €	300,00 €	300,00 €
Verre multifocal forte correction				
N° de la LPP (2245384 - 2238792)	10,82 €	43,30 €	350,00 €	350,00 €
N° de la LPP (2202239 - 2234239)	24,54 €	66,62 €	350,00 €	350,00 €