

Votre mutuelle Frais de santé

MUTUALP SANTE DIGITAL

Complémentaire santé gérée par une mutuelle,
Organisme démocratique à but non lucratif.

Cette assurance Frais de Santé est complémentaire
aux régimes obligatoires français.

Votre intermédiaire en assurance

TELETECH COURTAGE

Société à responsabilité limitée à associé unique au capital de 10.000 euros, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 478 694 938,

Dont le siège est 92-98 Boulevard Victor Hugo 92110 Clichy

Enregistrée au registre unique des intermédiaires tenu par l'ORIAS sous le n°07 004 536

Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise au contrôle de l'ACPR 4, Place de Budapest CS 92459 75436 PARIS Cedex 09.

RC Professionnelle et garantie financière conformes aux articles L512-6 et L512-7 du Code des Assurances.

Pour contacter votre Centre de Gestion

- ⇒ Par courrier : **CERGAP**
7 RUE JEAN PERRIN
BP 20007 - LUISANT
28 633 GELLAINVILLE
- ⇒ Par téléphone : **02 99 32 91 40**
Du lundi au vendredi de 9H à 18 H
- ⇒ Sur votre espace sécurisé accessible sur le site www.cergap.fr
dans la rubrique « Mes services », puis « Mes demandes »

Sommaire

Chapitre 1 : GLOSSAIRE	3
Chapitre 2 : GENERALITES	7
ARTICLE 1 : FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE	7
ARTICLE 2 : OBJET DU REGLEMENT	8
ARTICLE 3 : MODIFICATION DU REGLEMENT	8
ARTICLE 4 : INFORMATIONS	8
Article 4.1. Obligation d'information préalable de la mutuelle	8
Article 4.2. Obligation d'information préalable du participant	8
ARTICLE 5 : PROTECTION DES DONNEES	9
ARTICLE 6 : AUTORITE DE CONTROLE	10
Chapitre 3 : ADHESION, RESILIATION, NULLITE	10
ARTICLE 7 : ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS	10
Article 7.1. Nature du contrat et conditions d'adhésion	10
Article 7.2. Modalité d'adhésion	11
Article 7.3. Date d'effet de l'adhésion :	11
Article 7.4. Durée de l'adhésion :	11
Article 7.5. Dispositions particulières en cas de vente à distance ou démarchage à domicile :	11
ARTICLE 8 : RESILIATION DE L'ADHESION	12
Article 8.1. Résiliation à l'initiative du membre participant	12
Article 8.2. Résiliation à l'initiative de la mutuelle pour non-paiement des cotisations	12
Article 8.3. Résiliation exceptionnelle à l'initiative du membre participant	12
Article 8.4. Résiliation à l'initiative du membre participant suite à son adhésion dans un contrat collectif à adhésion obligatoire	13
Article 8.5. Résiliation ou exclusion exceptionnelle à l'initiative de la mutuelle	13
Article 8.6. Résiliation en cas de décès du membre participant	13
Article 8.7. Conséquences de la résiliation	13
ARTICLE 9 : NULLITE DE L'ADHESION POUR FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE	14
Chapitre 4 : GARANTIES FRAIS DE SANTE	14
ARTICLE 10 : OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SANTE	14
ARTICLE 11 : PRESTATIONS GARANTIES	14
Article 11.1. Détails des Prestations garanties	14
Article 11.2. Evolution de la réglementation de l'Assurance Maladie	15
Article 11.3. Modifications des prestations garanties à la demande du membre participant	15
ARTICLE 12 : BENEFICIAIRES	15
Article 12.1. Les membres participants	15
Article 12.2. Les ayants droit	16
Article 12.3. Ajout d'ayant droit	16
Article 12.4. Radiation des ayants droit	16
ARTICLE 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS	16
ARTICLE 14 : CONTROLE	17
ARTICLE 15 : EXCLUSIONS	17
ARTICLE 16 : LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE	18
ARTICLE 17 : SUBROGATION	18
ARTICLE 18 : PRESCRIPTION	19
Chapitre 5 : COTISATIONS	19
ARTICLE 19 : TAUX, ASSIETTE ET MONTANTS DES COTISATIONS	19
ARTICLE 20 : IMPOTS ET TAXES	20
ARTICLE 21 : PAIEMENT DES COTISATIONS	20
Chapitre 6 : Réclamations - Médiation	20
Chapitre 7 : Disposition spécifique a l'adhésion par internet ou par voie téléphonique	21
ARTICLE 22 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR INTERNET	21
Article 22.1. Modalités d'adhésion	21
Article 22.2. Consultation et archivage des documents	21
Article 22.3. Convention de preuve	21
Article 22.4. Responsabilités	21
ARTICLE 23 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR VOIE TELEPHONIQUE	22
Article 23.1. Modalités d'adhésion	22
Article 23.2. Preuve de l'adhésion	22
Annexe I : Grille de garanties	23
Annexe II : Bulletin de renonciation	29

Chapitre 1 : **GLOSSAIRE**

Les parties intervenantes :

Adhérent

Toute personne physique qui, par la signature du bulletin d'adhésion, demande à bénéficier des dispositions du contrat sous réserve que son adhésion ait pris effet dans les conditions déterminées par la présente notice d'information. L'adhérent souscrit le contrat pour lui-même et pour les bénéficiaires qu'il désigne.

Ayant droit

Personne pouvant bénéficier des garanties en raison de ses liens avec un membre participant, selon la définition exposée au Chapitre 4 :Article 12.2. du présent règlement.

Bénéficiaires

Membre participant ainsi que ses éventuels ayants-droit couverts par les garanties du présent contrat.

Centre de gestion (ou Déléataire de gestion)

Organisme en charge de la gestion des contrats d'adhésion et de leur mise en œuvre pour le compte de la mutuelle MUTUALP. Le centre de gestion est indiqué sur la carte de tiers-payant de l'adhérent. Le centre est votre interlocuteur principal (enregistrements, cotisations, trop perçus, remboursements de soins, devis, prises en charge, liaisons NOEMIE, communications, explications, etc.).

Organisme assureur

Organisme, agréé par l'Autorité de Contrôle nationale des sociétés d'assurances, mutuelles etc. (ACPR), qui assure le contrat Frais de Santé de l'adhérent. En l'espèce, il s'agit de la Mutuelle MUTUALP, immatriculée 950396911 siège 144 Rue Garibaldi 69006 Lyon.

Participant ou membre participant

L'adhérent, qui adhère ou a adhéré au contrat d'assurance.

Souscripteur

Personne physique ou morale ayant souscrit le contrat auprès de l'organisme assureur. En l'espèce, l'Association des assurés de MUTUALP (ASAM), dont le siège est situé 144 rue Garibaldi, 69006 Lyon.

Les données :

Donnée à caractère personnel

Selon RGPD (Règlement Général pour la Protection des Données) est considérée comme une donnée à caractère personnel toute information relative à une personne physique identifiée ou identifiable, directement ou indirectement, par référence à un identifiant tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments qui lui sont propres, liés à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale. En matière d'assurance-santé ou prévoyance, l'identification d'une personne par ses noms, prénoms, date de naissance, l'utilisation d'informations associées comme un numéro de contrat, toute information attachée à la personne (adresse, coordonnées bancaires, historique de paiements...) et plus encore ses données de santé sont des données personnelles au sens du règlement.

Donnée concernant la santé

Selon RGPD (Règlement Général pour la Protection des Données) est considérée comme une donnée concernant la santé toute donnée à caractère personnel relative à la santé physique ou mentale d'une personne physique, y compris la prestation de services de soins de santé, qui révèlent des informations sur l'état de santé passé, présent ou futur de cette personne.

Vocabulaire général « frais de santé » :

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure au participant.

Acte clinique

Consultation et visite de médecins généralistes ou spécialistes.

Base de remboursement (BR)

Tarif de référence déterminé entre l'Etat et les fédérations de professionnels de santé sur lequel la Sécurité sociale calcule son remboursement.

Contrat d'accès aux soins

Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.

Contrat responsable

Contrat relatif à la complémentaire de frais de santé qui bénéficie d'aides fiscales et sociales à condition de respecter un cahier des charges précis. Ce cahier des charges a été redéfini par le [Décret du 18 novembre 2014](#).

Cotisation

Cotisation payée par l'adhérent au sens du code de la mutualité.

Dépassement d'honoraires

Somme qu'un praticien peut demander de payer au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Le DPTAM est la dénomination représentant un quelconque des dispositifs visant la modération des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés, notamment les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ceux ayant choisi l'Option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO).

Le CAS et l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

En choisissant un médecin qui adhère au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement Sécurité sociale.

La législation impose à la mutuelle de rembourser différemment les dépassements d'honoraires des médecins adhérant au DPTAM de ceux qui n'y adhèrent pas (dont les médecins non-conventionnés).

Pour choisir un médecin selon différents critères géographiques, types de dépassements d'honoraires, etc. vous pouvez consulter le site ameli : <http://annuaresante.ameli.fr/>.

Forfait hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Ce forfait n'est pas remboursé par le régime obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personne hospitalisée à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personne soignée dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femme au cours des derniers mois de leur grossesse...).

Frais réels

Dépense réellement engagée pour un acte médical donné.

Franchise (Article L.3212-2 du Code de la Sécurité Sociale)

Montant forfaitaire que la sécurité sociale ne rembourse pas. Cette franchise, à la charge du participant, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

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

Garantie

Engagement de l'assureur, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une prestation à l'occasion d'évènements faisant jouer les clauses du contrat, intervenant au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux prestations du régime obligatoire.

Médecin correspondant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin correspondant est celui vers lequel le médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

Médecin traitant

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, le médecin traitant, choisi par l'assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le médecin correspondant.

Niveau de garantie

Ensemble des garanties auxquelles une cotisation donne droit.

NOEMIE

« Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs », permettant des échanges informatisés d'informations entre les caisses nationales du régime obligatoire et l'assureur.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et ne pas apporter de pénalités dans leurs remboursements de frais médicaux.

Participation forfaitaire

Contribution prélevée par le régime obligatoire sur ses remboursements.

Depuis le 1^{er} septembre 2008, elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins et des actes de biologie et de radiologie au profit des assurés sociaux, hormis les consultations des mineurs, des titulaires de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale de l'état et à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse pour les femmes enceintes (hors actes médicaux réalisés dans le cadre des examens obligatoires).

Plafond mensuel de la sécurité sociale P.M.S.S.

Plafond de référence fixé mensuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur mensuelle sert au calcul de la cotisation due.

Prestation

Montant remboursé à un participant par l'organisme assureur en application des garanties prévues au contrat (et des éventuels services associés qu'il prévoit).

Régime obligatoire

Régime général ou local d'assurance maladie dont dépend le bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de sécurité sociale.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire, il est constitué :

- du ticket modérateur,
- de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Le contrat couvre tout ou partie du reste à charge.

Secteur conventionné

Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le régime obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.

SPR

Actes de prothèse dentaire pratiqués par le chirurgien-dentiste.

Tarif forfaitaire de responsabilité

Tarif de référence pour le remboursement de certains médicaments de marque. Il est fixé en fonction du prix du générique correspondant.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Vocabulaire spécifique - Dentaire

Inlay – Onlay

C'est une pièce coulée en laboratoire à partir de l'empreinte de la cavité. Lorsqu'une grosse carie ne peut plus être traitée par un amalgame classique (plombage) le chirurgien-dentiste colle un Inlay/Onlay sur la dent.

Renouvellement des sillons

Pour les enfants de 6 à 14 ans. Il s'agit d'un moyen de prévention des caries consistant à appliquer une résine fluide au niveau des sillons des dents ce qui évite un contact direct entre les aliments et les dents. Ce traitement est totalement indolore.

Test salivaire et pose d'un vernis fluoré

Le test salivaire détermine :

- le taux de sécrétion salivaire,
- le pouvoir de la salive pour lutter contre les acides à l'origine des caries,
- les bactéries responsables des caries.

Ainsi, on peut plus facilement élaborer une politique personnalisée de prévention.

Les vernis fluorés permettent une isolation des dents pour les rendre moins sensibles.

Couronne

Une couronne recouvre une dent abîmée. Elle nécessite la présence d'une racine. Elle peut être réalisée en différents matériaux. Les plus couramment utilisés sont la céramique sur métal non précieux et le métal non précieux. La couronne en céramique est plus esthétique, elle est réalisée dans une teinte proche de celle de vos dents.

Bridge

Un bridge est nécessaire quand une ou plusieurs dents sont absentes. Les dents de part et d'autre sont les piliers et doivent être couronnées. Les dents absentes sont remplacées par des inter de bridge.

Appareil dentaire

Les dents absentes peuvent être remplacées soit par une prothèse mobile en résine rose, soit par un stellite, plus léger et plus confortable.

Implant

L'implant permet de remplacer une dent manquante. C'est un support inséré dans l'os qui remplace la racine de la dent absente.

Une prothèse est ensuite fixée dans l'implant racine. Elle est composée d'un pilier implantaire et d'une couronne.

Orthodontie

Des dents mal positionnées ou mal alignées rendent parfois le nettoyage difficile favorisent l'apparition des caries, l'inflammation des gencives et peuvent gêner le fonctionnement de la mâchoire.

Le traitement orthodontique permet de ramener les dents à une meilleure position en exerçant une contrainte pendant plusieurs mois.

Il est généralement réalisé vers 10-12 ans pour une durée de 6 mois à 3 ans.

La Sécurité sociale prend en charge les semestres de traitement orthodontique jusqu'à l'âge de 16 ans à 100 % de la base de remboursement dudit organisme.

Vocabulaire spécifique - Optique

Verres unifocaux

Ils ne comportent qu'un seul foyer et sont utilisés dans la correction des défauts visuels simples, pour la vision de près et la vision de loin.

Verres multifocaux

Ils comprennent les verres à double et triple foyers et les verres progressifs. Ils permettent de corriger à la fois la vue de loin et la vue de près.

Chapitre 2 : **GENERALITES**

ARTICLE 1 : FONCTIONNEMENT DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est une personne morale de droit privé, à but non lucratif.

Elle mène notamment, au moyen des cotisations versées par ses membres et dans leur intérêt et celui de leurs ayants droit, une action de prévoyance en matière de maladie et d'accident, de solidarité, d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie.

Tous les membres de la Mutuelle sont répartis en quatre sections de vote :

- La section « KEOLIS » : elle comprend les membres participants qui sont ou ont été salariés de l'entreprise KEOLIS. Tout membre de cette section appartient exclusivement à celle-ci.
- La section « Auvergne-Rhône-Alpes » : elle comprend tous les membres participants, résidant dans la région « Auvergne-Rhône-Alpes »
- La section « Autres régions » : elle comprend tous les membres participants, résidant dans une autre région que la région « Auvergne-Rhône-Alpes ».
- La section « Membres honoraires » : elle comprend les membres honoraires admis par le Conseil d'Administration.

Les membres de chaque section élisent parmi eux des délégués à l'assemblée générale. Le nombre de délégués de chaque section, est proportionnel au nombre de membres de la section, il est fixé comme suit :

- Pour la section « Membres honoraires » : 1 délégué pour 2 membres honoraires,
- Pour les autres sections : 1 délégué pour 500 membres participants.

Les candidats aux fonctions de délégués doivent n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations définies à l'article L.114-21 du Code de la Mutualité.

L'élection des délégués par section se fait selon le mode de vote par correspondance postale ou électronique, après appel à candidature, à bulletins secrets, au scrutin uninominal à un tour.

Les candidats sont élus à la majorité relative. Les délégués sont élus, dans chaque section, dans la limite du nombre de postes à pourvoir.

Les candidats élus aux fonctions de délégués s'engagent à être présents aux assemblées générales annuelles.

Le mandat des délégués est de trois ans. La perte de la qualité de membre entraîne celle de délégué.

Chaque délégué élu par la section dispose d'une seule voix à l'assemblée générale.

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée Générale ont force de loi et s'imposent aussi bien à la Mutuelle qu'à ses membres.

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'Administration dont les membres sont élus par l'Assemblée générale pour 6 ans parmi les membres participants et honoraires et renouvelé par moitié tous les 3 ans.

Les éléments complémentaires relatifs à la mutuelle sont précisés dans les statuts disponibles sur la page d'accueil du site de la mutuelle : www.mutualp.fr ou transmis par mail sur demande à mutualp@mutualp.fr ou par courrier en écrivant à l'adresse du siège de la mutuelle.

ARTICLE 2 : OBJET DU REGLEMENT

L'objet de la présente note Droits et Obligations est, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et des statuts de la mutuelle, de définir les droits et obligations réciproques existants entre la mutuelle et chaque membre participant qui adhère à une garantie complémentaire « Frais de santé », dans le cadre d'une opération individuelle.

Il est régi par le Code de la mutualité. La langue utilisée au cours du contrat est la langue française.

ARTICLE 3 : MODIFICATION DU REGLEMENT

La présente note Droits et Obligations peut être modifiée par l'assemblée générale de la mutuelle. Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et leur sont opposables, ainsi qu'à leurs ayants droit.

Conformément à l'article 13 des statuts de la mutuelle, l'assemblée générale de la mutuelle peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou taux de cotisations et de prestations au conseil d'administration de la mutuelle. Les décisions prises au titre de cette délégation sont opposables aux membres participants dès qu'elles leur sont notifiées, ainsi qu'à leurs ayants droit.

ARTICLE 4 : INFORMATIONS

Article 4.1. Obligation d'information préalable de la mutuelle

Chaque membre participant se voit remettre avant la signature du bulletin d'adhésion la présente note sur les droits et obligations réciproques de la mutuelle et du membre.

Article 4.2. Obligation d'information préalable du participant

Le membre participant est tenu de déclarer à la mutuelle toutes informations nécessaires à la bonne gestion et au bon fonctionnement de son adhésion à la présente note Droits et Obligations. Il déclare sincères et véritables les informations mentionnées sur son bulletin d'adhésion.

En cours d'adhésion, il est tenu d'informer la mutuelle des modifications de sa situation, dans le mois qui suit l'événement, relatives à :

- Son état civil ;
- Son adresse ;
- Son régime d'assurance maladie obligatoire ou celui de ses ayants droit ;
- Sa situation matrimoniale et familiale ;
- Ses coordonnées bancaires ;
- Et, plus généralement, tout événement ou toute modification pouvant avoir un effet sur l'application de la présente note Droits et Obligations.

Le membre participant reconnaît que toute omission, déclaration inexacte, réticence ou fausse déclaration peut entraîner la résiliation ou la nullité de son adhésion conformément aux Chapitre 3 :Article 8.5. et Chapitre 3 :Article 9 :de la présente note Droits et Obligations.

ARTICLE 5 : PROTECTION DES DONNEES

Les données à caractère personnel sont régies par le règlement (UE) n°2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données.

MUTUALP, TELETECH COURTAGE et CERGAP exercent leurs activités en conformité avec cette législation. Les données collectées sont les données nécessaires et suffisantes au strict traitement de l'adhésion au produit assuré par la mutuelle.

MUTUALP, TELETECH COURTAGE et CERGAP traitent des données à caractère personnel au titre des finalités suivantes :

- la souscription, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat d'assurance ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales, promotionnelles et de fidélisation ;
- la collecte, exploitation d'avis d'assurés sur les produits et services proposés par MUTUALP ou tout partenaire de celui-ci ;
- la gestion des réclamations et des contentieux ;
- le devoir de conseil lié au recueil des besoins avancés par l'assuré ;
- l'élaboration de statistiques (dont commerciales) et d'études actuarielles ;
- la lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

Les données personnelles ne sont pas ultérieurement traitées d'une manière incompatible avec ces finalités.

Les destinataires de données à caractère personnel peuvent être, dans le strict cadre des finalités évoquées ci-dessus : les personnels dûment habilités de MUTUALP, TELETECH COURTAGE et CERGAP, de leurs partenaires, sous-traitants, prestataires, réassureurs, et s'il y a lieu, les organismes sociaux des personnes impliquées, les intermédiaires d'assurance ainsi que les personnes intéressées au contrat, ainsi que les autorités publiques conformément à la loi.

MUTUALP, TELETECH COURTAGE et CERGAP hébergent et traitent vos données en France.

MUTUALP, TELETECH COURTAGE et CERGAP ne conservent vos données à caractère personnel que pour les finalités pour lesquelles elles ont été collectées et dans le respect des délais de prescription légaux et des différentes obligations imposées par la réglementation.

Les personnes concernées par un traitement de leurs données disposent des droits suivants :

- Droit d'accès : ce droit permet d'obtenir des informations sur ses données personnelles. Par exemple, il confère la possibilité de connaître ses données personnelles détenues par MUTUALP, TELETECH COURTAGE et CERGAP, les finalités de leurs traitements et leurs destinataires.
- Droit de rectification : ce droit permet de faire rectifier ses données personnelles lorsqu'elles sont inexactes et de compléter celles qui sont incomplètes.
- Droit à l'effacement (ou droit à l'oubli) : ce droit permet, sous certaines conditions, d'obtenir l'effacement de ses données, en particulier dans les cas suivants :
 - o Si les données personnelles ne sont plus nécessaires au regard des finalités de leur traitement et que leur conservation ne répond plus à des exigences légales ou administratives.
 - o Si le consentement à leur traitement, le cas échéant, est retiré.

- Droit d'opposition : ce droit permet, sous certaines conditions, de s'opposer à tout moment et sans frais au traitement de ses données personnelles, en particulier s'opposer à ce qu'elles servent à des fins de prospection.
- Droit à la portabilité : ce droit permet d'exiger la transmission de ses données dans un format « structuré, couramment utilisé et lisible par machine », à soi ou à un tiers.

Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée à :
MUTUALP - 144 RUE GARIBALDI - 69006 LYON.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant (ou, le cas échéant, aux ayants droit), selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

Par ailleurs, en application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec MUTUALP, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL - service Bloctel - 6, rue Nicolas Siret 10000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès MUTUALP à l'adresse 144 rue Garibaldi 69006 LYON.

ARTICLE 6 : AUTORITE DE CONTROLE

Conformément aux articles L.510-1 du Code de la mutualité et L.612-2 du Code monétaire et financier, le contrôle sur les mutuelles et unions régies par le Livre II du Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres et de leurs ayants droit, par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09.

Chapitre 3 : ADHESION, RESILIATION, NULLITE

ARTICLE 7 : ADHESION DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 7.1. Nature du contrat et conditions d'adhésion.

Le contrat est un contrat groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association des assurés MUTUALP ci-après dénommée « Souscripteur », auprès de MUTUALP ci-après dénommée « organisme assureur ». Ce contrat est régi par le Code de la mutualité. Il peut faire l'objet de modifications ; à cette occasion, une information écrite est adressée aux adhérents par le Souscripteur.

L'adhésion au contrat est réservée aux personnes physiques :

- résidentes en France métropolitaine,
- affiliées à un régime obligatoire de droit français d'assurance maladie

Ces conditions sont cumulatives.

Toute demande d'adhésion à la Mutuelle implique l'engagement de respecter les obligations indiquées dans la présente note. Elle implique aussi l'obligation de verser dans les délais indiqués, les cotisations prévues et celle de fournir aux dates prescrites les renseignements nécessaires.

La Mutuelle peut procéder à des rappels de cotisations ou à des réductions de prestations, si les cotisations annuelles sont insuffisantes pour assurer l'équilibre des opérations, le Conseil d'Administration peut ainsi décider :

- de procéder à un rappel de cotisations au titre de l'exercice considéré,

- d'adapter les cotisations, les franchises et les plafonds des garanties. Ces adaptations prennent alors effet au 1er janvier de l'année civile suivant la date à laquelle elles ont été décidées.

Article 7.2. Modalité d'adhésion

L'adhésion du membre participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion dûment et correctement complété. Elle emporte acceptation des dispositions des droits et obligations définis par la présente note Droits et Obligations, qui s'imposent au membre participant et à ses ayants droit.

Le membre participant doit, notamment, mentionner sur le bulletin d'adhésion, les ayants droit bénéficiaires, leur numéro de Sécurité sociale, situation familiale (marié, célibataire, veuf, séparé, divorcé, pacsé, concubin...), adresse, date de naissance, sexe, téléphone et adresse mail personnelle. Il doit joindre à ce bulletin d'adhésion une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer et un relevé d'identité bancaire ou postal pour le virement des prestations.

L'adhésion est notifiée par la remise d'un certificat d'adhésion mentionnant l'identité des bénéficiaires, la date d'effet de l'adhésion, la formule choisie.

Article 7.3. Date d'effet de l'adhésion :

Elle figure sur la demande d'adhésion et intervient au plus tôt le premier jour du mois civil suivant la réception du dossier complet comprenant nécessairement le bulletin d'adhésion complété et signé, accompagné de la première cotisation et le mandat SEPA complété et signé permettant le prélèvement des cotisations sur le compte bancaire ou postal accompagné d'un RIB d'un établissement bancaire français.

Article 7.4. Durée de l'adhésion :

L'adhésion au présent règlement est souscrite pour une durée minimum de douze mois, elle se renouvelle ensuite tacitement le 31 décembre de chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation selon les modalités fixées à l'Article 8 :du présent règlement.

Article 7.5. Dispositions particulières en cas de vente à distance ou démarchage à domicile :

Délai de renonciation en cas de vente à distance ou démarchage à domicile :

Conformément aux dispositions de l'article L.221-18 du Code de la mutualité, le membre participant qui adhère à la présente note Droits et Obligations à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-28 du code de la consommation, si cette dernière est postérieure.

La renonciation s'effectue par lettre simple adressée, dans les délais précités, au Centre de gestion.

Délai et modalités de restitution en cas de vente à distance ou démarchage à domicile :

Conformément à l'article L.121-30 du Code de la consommation, la mutuelle est tenue de rembourser le membre participant dans les meilleurs délais et, au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application de la présente note, à l'exclusion du paiement proportionnel des prestations effectivement fournies et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où la mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà du délai de trente jours, la somme et ses compléments sont, de plein droit, productifs d'intérêts au taux légal en vigueur, conformément à l'article L.121-30 du Code de la consommation.

Le membre participant restitue à la mutuelle, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toute somme et tout bien qu'il a reçus de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où le membre participant communique à la mutuelle sa volonté de se rétracter.

ARTICLE 8 : RESILIATION DE L'ADHESION

Article 8.1. Résiliation à l'initiative du membre participant

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception au Centre de gestion, au moins deux mois avant la date d'échéance.

Article 8.2. Résiliation à l'initiative de la mutuelle pour non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la mutuelle au membre participant, d'une lettre recommandée constituant mise en demeure. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les frais médicaux engagés, exécutés ou prescrits pendant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge.

La mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Lors de la 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 est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

Article 8.3. Résiliation exceptionnelle à l'initiative du membre participant.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-17 du Code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile ;
- Changement de situation matrimoniale ;
- Changement de régime matrimonial ;
- Changement de profession ;
- Retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

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

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

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

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Article 8.4. Résiliation à l'initiative du membre participant suite à son adhésion dans un contrat collectif à adhésion obligatoire

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion suite à son intégration dans le contrat collectif à adhésion obligatoire de son employeur en envoyant une lettre de son employeur justifiant le caractère obligatoire dans les quinze jours de la date d'entrée.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts aux taux légal.

Article 8.5. Résiliation ou exclusion exceptionnelle à l'initiative de la mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Peuvent être exclus de la mutuelle, les membres qui auraient porté atteinte matériellement ou moralement à la Mutuelle. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas aux jour et lieu indiqués, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration. L'exclusion est notifiée à l'intéressé par lettre recommandée ; elle prend effet à dater de la présentation de cette lettre.

La perte de la qualité de membre entraîne de plein droit et sans qu'il soit nécessaire d'effectuer quelques formalités que ce soit, la cessation des effets de tous bulletins d'adhésion, contrats collectifs ou tous autres documents entre la Mutuelle et son participant.

La démission, la radiation ou l'exclusion d'un membre ne donne pas lieu au remboursement des cotisations sous réserve des cas prévus expressément par les dispositions légales, le contrat collectif ou le règlement individuel ou la présente note Droits et Obligations.

Article 8.6. Résiliation en cas de décès du membre participant

En cas de décès du membre participant, la résiliation de l'adhésion intervient le lendemain du jour du décès. Une copie de l'acte de décès doit être transmise à la mutuelle.

Les cotisations correspondant à la période postérieure au décès sont remboursées, sur demande écrite, à la personne ayant qualité pour agir.

Article 8.7. Conséquences de la résiliation

La résiliation ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf stipulations contraires prévues à la présente note Droits et Obligations.

La résiliation met un terme à l'ensemble des garanties souscrites. En conséquence, les frais médicaux engagés, exécutés ou prescrits après la date d'effet de la résiliation ne donnent lieu à aucune prise en charge.

Le membre participant (ou ses ayants droit) est tenu de restituer à la mutuelle sa carte de tiers payant, au plus tard dans les quinze jours suivant la résiliation de son adhésion. En cas de non restitution ou d'utilisation frauduleuse, le membre participant et ses ayants droit s'exposent à des poursuites judiciaires.

ARTICLE 9 : NULLITE DE L'ADHESION POUR FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE

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

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

Chapitre 4 : GARANTIES FRAIS DE SANTE

ARTICLE 10 : OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

La garantie frais de santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des prestations versées par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans la présente note Droits et Obligations.

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

La garantie « Frais de santé » s'applique dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux « contrats responsables ». A ce titre, sont pris notamment en charge les éléments prévus par le décret No 2014-1374 du 18 novembre 2014 et ses textes d'application ainsi que les prestations liées à la prévention dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006. En cas d'évolution de la législation relative aux « contrats responsables », la mutuelle adaptera la présente note selon les modalités prévues par la législation en vigueur.

ARTICLE 11 : PRESTATIONS GARANTIES

Article 11.1. Détails des Prestations garanties

Les prestations garanties sont définies dans le tableau, correspondant au contrat souscrit sur le bulletin d'adhésion, figurant à l'annexe I de la présente note.

Toutes les demandes de Devis, explications de garanties, prises en charge, montant remboursé, délai, éditions de carte de tiers payant, rattachement d'ayant droit, appel de cotisation, relance etc. sont à adresser au Centre de Gestion qui met en place des explications à disposition.

Sont pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date prise d'effet précisée sur le certificat d'adhésion.

Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, sauf cas particulier mentionné dans la grille des prestations garanties.

Les périodes sur lesquelles les plafonds sont basés sont précisées dans le tableau des prestations garanties.

Parodontologie : Seuls les actes côtés suivants sont pris en charge : curetage surfaçage (HBGB006), greffe gingivale (HBED023, HBED024), lambeau (HBJA003, HBMA001) et allongement coronaire (HBAA338).

Sauf mention contraire, les séjours en établissements climatiques, de rééducation, de réadaptation et de diététique, les cures (à l'exclusion de la thalassothérapie) avec hospitalisation, les frais de maisons de repos, d'enfants, de convalescence, de suite de soins, de moyens séjours ou assimilés, les séjours de désintoxication alcoolique, médicamenteuse, de stupéfiants ou analogues, seulement s'ils sont agréés par la Sécurité sociale, sont pris en charge, uniquement dans les établissements conventionnés, a minima sur la base de **100% de la Base de Remboursement** sous déduction du remboursement du régime obligatoire, y compris le forfait journalier.

Les consultations de neuropsychiatrie, de psychiatrie et assimilés réalisées « hors parcours de soins coordonnés » sont prises en charge a minima sur la base de 100% de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement du régime obligatoire.

L'hospitalisation en psychiatrie en établissements conventionnés est prise en charge a minima sur la base de 100% de la Base de Remboursement sous déduction du remboursement du régime obligatoire y compris le forfait journalier.

Forfait maternité/adoption :

S'ils sont prévus au tableau des garanties, le séjour maternité ou l'adoption sont remboursés par un forfait versé sur justificatif de soins non encore pris en charge par les garanties du contrat ou par le régime obligatoire et dans la limite des frais réels. Il est attribué au membre participant ou son ayant droit, accouchant d'un enfant vivant, après inscription du ou des enfant(s) à la mutuelle. Il est également versé en cas d'adoption d'un enfant par le membre participant ou son ayant droit, après inscription de l'enfant à la mutuelle. En cas de naissances (ou adoptions) multiples, son montant s'élève à autant de fois le nombre d'enfants vivants avec un maximum de 2.

Forfait cure thermale :

S'il est prévu au tableau des garanties, les frais de cure thermale acceptés par la Sécurité Sociale sont remboursés par ce forfait selon le niveau choisi, proratisé selon le nombre de jours de la durée du séjour lorsque ce séjour est inférieur à 21 jours.

Article 11.2. Evolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

Les prestations garanties viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale et sont établies en fonction de l'état de la législation de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de modification des prestations de la Sécurité sociale, les remboursements complémentaires de la mutuelle ne pourront, en aucun cas, s'en trouver augmentés et s'effectueront en conséquence à hauteur des montants définis en valeur absolue avant la modification.

Article 11.3. Modifications des prestations garanties à la demande du membre participant

Le membre participant peut demander à changer une fois de garanties à la hausse en cours d'année. En ce cas, il doit remplir un nouveau bulletin d'adhésion. La date d'effet de la nouvelle garantie est le premier jour du mois civil suivant la réception du bulletin d'adhésion.

Sauf difficulté financière avérée et prouvée, il ne peut baisser son niveau de garanties qu'après 24 mois d'adhésion au niveau précédent. La mutuelle se réserve le droit de réclamer toute pièce lui permettant d'apprécier la difficulté financière de l'adhérent.

ARTICLE 12 : BENEFICIAIRES

Article 12.1. Les membres participants

Les membres participants qui ont régulièrement adhéré à la présente note Droits et Obligations selon les modalités visées au Chapitre 3 :Article 7 : bénéficient des prestations et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Article 12.2. Les ayants droit

Peuvent bénéficier des prestations en qualité d'ayant droit, les personnes physiques définies ci-après sous réserve d'être mentionnées par le membre participant sur son bulletin d'adhésion :

- Le conjoint, concubin vivant maritalement avec le membre participant ou la personne ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS) avec le membre participant, à charge ou non au sens de la Sécurité sociale ;
- Les enfants à charge, au sens de la Sécurité sociale, du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant ;
- Les enfants du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant, âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études ou en apprentissage ou contrat d'insertion ou au chômage ou en Service National Volontaire, et sur présentation d'un justificatif.
- les enfants handicapés sans limite d'âge et sur justificatif d'AAH à partir de 20 ans, à charge du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant ;
- les ascendants vivant sous le même toit et à charge au sens de l'article L313-3 du Code de la Sécurité Sociale, du membre participant, de son conjoint ou du concubin vivant maritalement avec le membre participant ou de la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant ;

Le membre participant doit fournir à la mutuelle, à l'adhésion et à tout moment sur demande de la mutuelle, tout document permettant de justifier de la qualité d'ayant droit.

L'ensemble des bénéficiaires doit avoir droit aux prestations en nature de l'Assurance Maladie ou d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Article 12.3. Ajout d'ayant droit

Le membre participant peut demander, à tout moment, l'ajout d'un ayant droit. Cet ajout est formalisé par un nouveau bulletin d'adhésion correctement rempli et signé par le membre participant, auquel doit être joint les éventuels justificatifs et attestation de carte vitale.

La date d'effet de l'ajout est :

- En cas de naissance ou d'adoption : le jour de la naissance ou l'adoption, sous réserve que la demande d'ajout ait été effectuée dans le mois suivant la survenance de l'événement. Passé ce délai, la date d'effet est le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'ajout.
- En cas de mariage, PACS ou concubinage : le premier jour du mois civil suivant la survenance de l'événement, sous réserve que la demande d'ajout ait été effectuée dans les trois mois suivant la survenance de l'événement. Passé ce délai, la date d'effet est le premier jour du mois civil suivant la réception de la demande d'ajout.

Article 12.4. Radiation des ayants droit

A chaque échéance annuelle, le membre participant peut demander la radiation d'un ou plusieurs de ses ayants droit, en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle (31/12).

En cours d'année, il peut être procédé, à la demande écrite du membre participant ou à l'initiative de la mutuelle, à la radiation des ayants droit qui ne remplissent plus ou ne justifient plus cette qualité.

ARTICLE 13 : REGLEMENT DES PRESTATIONS

La mutuelle procède au règlement des prestations par virement bancaire sur le compte du membre participant dont un RIB d'un établissement bancaire français a été fourni :

- Soit sur présentation du décompte original du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou de la facture originale acquittée ;
- Soit en relation directe par échange de données informatiques avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire ou les prestataires informatiques de professionnels de

santé suivant les normes en vigueur, sauf dénonciation du membre participant ou de ses ayants droit.

Pour bénéficier des échanges de données informatiques (NOEMIE) entre la Sécurité Sociale et MUTUALP, le bénéficiaire et éventuellement les adhérents bénéficiaires joindront au bulletin d'adhésion individuelle la photocopie de la carte d'assuré social (attestation papier de la Carte Vitale).

Dans ce cas, seuls seront à envoyer au Centre de Gestion :

- la facture de l'opticien, avec le détail des sommes entre verres et monture,
- pour les prothèses dentaires ou l'orthodontie refusées : la notification du refus de la Sécurité Sociale et la facture du dentiste,
- les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance,
- en cas d'hospitalisation : facture de l'établissement (s'il n'y a pas eu de prise en charge), note d'honoraires ...
- un acte de naissance pour le forfait naissance, ainsi que toutes autres pièces que la mutuelle estimera nécessaires.

Si le message « information transmise à votre mutuelle » n'apparaît pas sur la ligne de remboursement Sécurité Sociale du bénéficiaire, celui-ci devra en plus transmettre l'original du décompte du Régime obligatoire au Centre de gestion.

Les implants dentaires doivent faire l'objet d'un accord préalable, sur la base d'un devis envoyé au centre de gestion avant le début des travaux lorsqu'un remboursement est prévu par les garanties.

Le remboursement sera effectué à réception des éléments. L'information du paiement et l'information des détails des prestations remboursées seront transmises suivant un mode sélectionné auprès du centre de gestion (mail, site en ligne, relevé papier...).

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

Les prestations sont toujours payées en euros.

Les frais réels supérieurs à la Base de remboursement de la Sécurité Sociale devront être justifiés.

A la demande écrite et signée du membre participant, et si le centre de gestion de la mutuelle le permet, les règlements des prestations d'un des ayants droit du membre participant peuvent lui être versés sur son compte bancaire personnel dont un RIB aura été fourni.

ARTICLE 14 : CONTROLE

La mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout membre participant (ou ayant droit) qui formule une demande de prise en charge ou bénéficie de prestations au titre de la présente note Droits et Obligations.

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 vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle peut également demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

ARTICLE 15 : EXCLUSIONS

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la mutuelle les dépenses suivantes :

- La participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des adhérents notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- Les franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du Code de la sécurité sociale ;
- La majoration de participation de l'adhérent prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application ;
- Les remboursements de soins autres que le forfait journalier hospitalier pour les séjours en gériatrie ou gérontologie, en Instituts Médico Pédagogiques et établissements similaires, en centres hospitaliers et assimilés pour personnes âgées dépendantes et les hospitalisations en longs séjours ;
- Les soins, traitements et interventions chirurgicales de caractère esthétique non consécutif à un accident ainsi que leurs conséquences, la thalassothérapie, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement et désintoxication.

ARTICLE 16 : LIMITE DES REMBOURSEMENTS : PRINCIPE INDEMNITAIRE

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la sécurité sociale.

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

ARTICLE 17 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du même Code, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la mutuelle ou au Centre de Gestion de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(nt) à déclarer au Centre de Gestion, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 18 : PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, et par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou par le Centre de Gestion 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 au Centre de Gestion, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont définies aux articles 2240 à 2246 du Code civil. En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. En l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la mutuelle du droit du participant à bénéficier par la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 à 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (commandement de payer, saisie, ...) (article 2244 du Code civil),
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, à noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Chapitre 5 : COTISATIONS**ARTICLE 19 : TAUX, ASSIETTE ET MONTANTS DES COTISATIONS**

Les cotisations sont déterminées conformément aux dispositions de l'article L.112-1 du Code de la mutualité.

Elles sont annuelles et sont fixées selon chaque garantie.

Le montant des cotisations peut être modifié par l'assemblée générale de la mutuelle ou, conformément aux articles 1 et 7 de la présente note Droits et Obligations, par le conseil d'administration de la mutuelle par délégation de l'assemblée générale.

Toutes modifications des cotisations sont opposables aux membres participants dès qu'elles leur sont notifiées.

ARTICLE 20 : IMPOTS ET TAXES

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont inclus dans les cotisations et sont payables en même temps.

ARTICLE 21 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont dues et payables par défaut mensuellement d'avance par prélèvement automatique ou par chèque. Seul le centre de gestion peut décider de déroger à cette règle.

Chapitre 6 : RECLAMATIONS - MEDIATION

Toutes réclamations relatives à l'adhésion au présent contrat sont à **adresser au centre de gestion dont l'adresse figure sur la carte de tiers payant du participant.**

Le Centre de Gestion :

- accuse réception de toute réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation ;
- et s'engage à y répondre dans un délai de 10 jours ouvrés maximum à compter de la réception de la réclamation.

Le Centre de gestion informe le participant des circonstances particulières, dûment justifiées, qui l'empêcheraient de répondre dans les délais impartis.

En cas de difficulté persistante, la demande peut être adressée à l'adresse de la mutuelle : MUTUALP – 144 Rue Garibaldi – 69006 LYON qui, après examen, établira une réponse écrite.

Si la réponse ne satisfait pas et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, le participant peut sans préjudice des autres voies de recours légales à disposition du participant, faire appel à un médiateur dont les coordonnées sont :

FNIM – Médiation – 4 Avenue de L'Opéra – 75001 Paris.

Une charte de médiation a été établie à cet effet. Elle peut être consultée via le lien Internet suivant : www.fnim.fr/Charte-de-la-mediation-de-la-FNIM et peut également être communiquée sur simple demande.

Si vous avez adhéré à la Convention à distance par Internet, vous pouvez également saisir le médiateur compétent en déposant plainte sur la plateforme de la Commission Européenne pour la résolution des litiges accessible à l'adresse suivante : <http://ec.europa.eu/consumers/odr>

Si votre réclamation est relative aux circonstances de la conclusion de votre adhésion (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil,), vous pouvez saisir la cellule Supervision Réclamation de TELETECH COURTAGE :

- Par courrier à l'adresse suivante : Supervision Réclamation TELETECH COURTAGE – 92/98 boulevard Victor Hugo– 92110 CLICHY
- Via votre espace sécurisé, accessible sur le site www.cergap.fr : dans la rubrique « Mes services », puis « Mes demandes »

La cellule supervision accuse réception de la demande et rend un avis écrit et motivé au plus tard dans les 10 jours de la réception de la réclamation.

En cas de désaccord persistant et définitif, après la nouvelle réponse apportée par TELETECH COURTAGE, vous pouvez saisir directement : Médiateur PLANÈTE CSCA, à l'adresse suivante 10 rue Auber 75009 Paris.

Chapitre 7 : **DISPOSITION SPECIFIQUE A L'ADHESION PAR INTERNET OU PAR VOIE TELEPHONIQUE**

ARTICLE 22 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR INTERNET

Article 22.1. Modalités d'adhésion

L'adhésion est réalisée sur la base des renseignements fournis par vos soins en réponse à notre questionnaire visant à recueillir les éléments permettant votre identification et l'évaluation du risque à assurer.

L'ensemble des renseignements fournis en réponse à notre questionnaire donne lieu à l'établissement d'une proposition d'assurance.

À chaque étape qui précède la signature en ligne de l'adhésion, vous disposez de la possibilité de modifier les éléments saisis ou d'abandonner la procédure.

Après avoir pris connaissance des dispositions contractuelles, la proposition d'adhésion à l'assurance est validée par vos soins au moyen de la signature électronique. La signature électronique est un élément indispensable pour la validité de l'adhésion. Elle se matérialise dans le pavé acceptation par la validation des cases à cocher et du clic sur le bouton « Confirmer ».

Dès validation de votre adhésion, le certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de l'organisme assureur et comporte le numéro de votre adhésion est émis. Un e-mail de confirmation vous est adressé et vous pourrez consulter votre certificat dans votre espace personnel.

La signature électronique permet de garantir l'authenticité et l'intégrité des informations fournies à l'adhérent (proposition, notice d'information, certificat d'adhésion). En cas de contestation, ces informations ont seules valeur probante.

Article 22.2. Consultation et archivage des documents

Chaque document contractuel mis à votre disposition lors de l'adhésion peut faire l'objet d'une impression sur support papier et d'un enregistrement au format Pdf sur le disque dur de votre ordinateur. Par ailleurs, les documents contractuels seront archivés sur un support fiable et durable. Ces documents sont accessibles à tout moment dans votre espace personnel, pendant un délai conforme aux exigences légales.

Article 22.3. Convention de preuve

Les données fournies par l'utilisateur de ce site Internet ainsi que les écrits électroniques ont la même valeur probante qu'un écrit manuscrit. Les informations fournies sont susceptibles d'être produites en tant que preuve devant la juridiction compétente en cas de litige entre les parties.

Les parties acceptent que les données stockées et archivées par voie informatique constituent la preuve des actes passés en ligne par l'utilisateur.

Article 22.4. Responsabilités

L'éditeur du site et l'hébergeur déclinent toute responsabilité en cas de dysfonctionnement pouvant résulter de l'utilisation de l'équipement personnel de l'utilisateur pour accéder aux différents services, de faits propres aux fournisseurs d'accès ou d'un cas de force majeure. Il vous appartient d'assurer la sécurité de votre ordinateur. Lorsque vous accédez au site Internet, vérifiez soigneusement l'adresse affichée par votre navigateur Internet, vérifiez la dernière connexion, déconnectez-vous après chaque utilisation, ne cliquez jamais sur un lien contenu dans un e-mail non sollicité, supprimez les e-mails douteux sans les ouvrir.

ARTICLE 23 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES A L'ADHESION PAR VOIE TELEPHONIQUE

Article 23.1. Modalités d'adhésion






L'adhésion est conclue par échange de consentement oral avec enregistrement vocal de l'accord téléphonique, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel les caractéristiques de l'adhésion par téléphone et du contrat vous sont présentées et au cours duquel vous demandez l'adhésion à l'assurance. Après l'adhésion les informations précontractuelles et contractuelles vous sont adressées par voie postale ou par e-mail ou par impression des documents sur le site via votre espace personnel.

Article 23.2. Preuve de l'adhésion

Les parties conviennent que les enregistrements des conversations sont conservés par l'organisme assureur ou l'intermédiaire en assurance et qu'ils constituent la preuve de l'identité de l'adhérent, de son consentement à l'assurance, de la teneur du contrat, des moyens de paiement de la cotisation d'assurance et des opérations effectuées en cours de contrat. De manière générale, les parties conviennent qu'un document électronique peut constituer un mode de preuve au même titre qu'un support papier et ce, quand bien même la preuve apportée par l'adhérent consisterait en un document établi sur support papier.

ANNEXE I: TABLEAU DES PRESTATIONS GARANTIES

Formule MutEco

MutÉco		MutEco
<i>Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur.</i>		MutEco
H	HOSPITALISATION (en hôpital ou clinique privée conventionnée)	100% BR
	Frais de séjour <small>Y compris maison de repos, de santé spécialisée, prises en charge par le régime obligatoire.</small>	100 % BR
	Forfait journalier hospitalier (hors établissements médicaux sociaux)	100 % FR
	Honoraires médicaux ou chirurgicaux : - par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
	Hospitalisation à domicile	100 % BR
	Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)	100 % BR
	Forfait actes lourds (>120 €)	100 % FR
	SOINS COURANTS	100% BR
	Médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie et actes d'imagerie : - adhérent à un DPTAM (1) - non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
	Auxiliaires médicaux	100% BR
	Pharmacie à 15%, 30% ou 65%	15 %BR / 30 % BR / 100 % BR
	OPTIQUE <small>Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants <16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.</small>	100% BR
	100% SANTÉ Équipement optique complet (monture et verres) - à compter du 01/01/2020 : classe A - "Offre 100% Santé" (2) (3)	100% FR <small>dans la limite des Prix Limites de Vente</small>
	Équipement optique complet - jusqu'au 31/12/2019 - à compter du 01/01/2020 : classe B - "Offre libre" (2)	100 % BR
	DENTAIRE	100% BR
	100% SANTÉ Prothèses dentaires "Offre 100% Santé" (4) : à compter du 01/01/2020	100% FR <small>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</small>
	Prothèses remboursées par la Sécurité sociale "Offre modérée" (4) : à compter du 01/01/2020	100% BR <small>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</small>
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale "Offre libre" (4) : à compter du 01/01/2020	100 % BR	
	AIDES AUDITIVES ET AUTRES PROTHESES	100% BR
	100% SANTÉ Audioprothèses classe 1 - "Offre 100% Santé" (à compter du 01/01/2021) (5) - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100% FR <small>dans la limite des Prix Limites de Vente</small>
	Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (5) - Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100 % BR
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale (jusqu'au 31/12/2020)	100 % BR	
	DIVERS	100% BR
	Actes de préventions légaux <small>Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2</small>	100 % BR
	SERVICES	100% BR
	MédecinDirect: télémedecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et application mobile	INCLUS
	Asc Alliance Retraite: service gratuit pour trouver une place en maison de retraite, ehpad ou résidence senior 04 72 69 89 09	INCLUS
Tiers payant	INCLUS	
Compte adhérent en ligne	INCLUS	

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale (SSFR : Frais réels

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée TM : Ticket modérateur

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

(1) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.

(2) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(3) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(4) : Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre modérée" et "Offre libre" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(5) : Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

Formule MutInter

MutInter		MutInter
Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur.		
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, obstétrique) à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée		100 % BR
Frais de séjour	Y compris maison de repos, de santé spécialisée, prises en charge par le régime obligatoire.	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Hors établissements médicaux sociaux	100 % FR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux :	- par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
Hospitalisation à domicile		100 % BR
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)		100 % BR
Forfait actes lourds (>120 €)		100 % FR
SOINS COURANTS		100 % BR
Pharmacie à 15%, 30% ou 65%		15 % BR / 30 % BR / 100 % BR
Auxiliaires médicaux		100% BR
Médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie et actes d'imagerie :	- adhérent à un DPTAM (1) - non-adhérent à un DPTAM (1)	100 % BR 100 % BR
OPTIQUE <i>Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants <16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglementairement. La période démarre avec la date de facture.</i>		
■ 100% SANTÉ ■ Équipement optique complet (monture et verres) - à compter du 01/01/2020 : classe A - "Offre 100% Santé" (2) (3)		100% FR <i>dans la limite des Prix Limites de Vente</i>
Équipement optique : - voir grille optique - jusqu'au 31/12/2019 - à compter du 01/01/2020 : classe B - "Offre libre" (2)		
Monture et deux verres simples (a)		100 €
Monture avec un verre simple et un verre complexe (b)		150 €
Monture et deux verres complexes (c)		200 €
Monture avec un verre simple et un très complexe (d)		150 €
Monture avec un verre au complexe et un verre très complexe (e)		200 €
Monture avec deux verres très complexes (f)		200 €
Dont la prise en charge de la monture limitée à :		100 € à compter du 01/01/2020, 150 € jusqu'au 31/12/2019
Lentilles prescrites		50 €/an/bénéficiaire (4)
DENTAIRE		100 % BR
Soins et actes techniques dentaires		100 % BR
■ 100% SANTÉ ■ Prothèses dentaires "Offre 100% Santé" (5) : à compter du 01/01/2020		100% FR <i>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</i>
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale		100% BR <i>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</i>
"Offre modérée" (5) : à compter du 01/01/2020		
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR
"Offre libre" (5) : à compter du 01/01/2020		
Prothèses remboursées par la Sécurité sociale		100 % BR
Jusqu'au 31/12/2019		
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		100 % BR
AIDES AUDITIVES et AUTRES PROTHESES		100 % BR
■ 100% SANTÉ ■ Audioprothèse classe 1 - "Offre 100% Santé" (à compter du 01/01/2021) (6) - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans		100% FR <i>dans la limite des Prix Limites de Vente</i>
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale		100 % BR +100€
classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (6) - Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans		
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale		100 % BR +100€
(jusqu'au 31/12/2020)		
Frais d'entretien des prothèses auditives		100 % BR +100€
Orthopédie, grand appareillage / prothèses médicales et capillaires		100 % BR +50€
Hors audioprothèses, optique et dentaire		
CURE THERMALE		100 % BR
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale		100 % BR
DIVERS		100 % BR
Actes de préventions légaux		100% BR
Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2		
SERVICES		100 % BR
MédecinDirect: télé-médecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur medecindirect.fr et application mobile		INCLUS
Ascendance Retraite: service gratuit pour trouver une place en maison de retraite, ehpad ou résidence senior 04 72 69 89 09		INCLUS
Tiers payant		INCLUS
Compte adhérent en ligne		INCLUS

BR : Base de remboursement de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels

DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

TM : Ticket modérateur

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
(a) - Verres simples	(a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
(c) - Verres complexes	(c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre $\geq 0,25$; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
(f) - Verres très complexes	(f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres $\geq 0,25$; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8
(b) - Verres a & c	
(d) - Verres a & f	
(e) - Verres c & f	

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

(1) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modération d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.

(2) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(3) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(4): L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un (4), s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(5) : Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre modérée" et "Offre libre" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(6) : Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

Formule MutMaxi

MutMaxi		MutMaxi
Garanties - incluant le remboursement du régime obligatoire et dans la limite des frais réels. Pour toutes les garanties précisées, dès lors que la Sécurité sociale accepte l'acte, le minimum remboursé est le ticket modérateur.		
HOSPITALISATION (médicale, chirurgicale, obstétrique) à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée		
Frais de séjour	<i>Y compris maison de repos, de santé spécialisée, prises en charge par le régime obligatoire.</i>	100 % BR
Forfait journalier hospitalier (hors établissements médicaux sociaux)		100 % FR
Honoraires médicaux ou chirurgicaux :	- par un adhérent à un DPTAM (1) - par un non-adhérent à un DPTAM (1)	150 % BR 130 % BR
Chambre particulière pour séjour accepté par la Sécurité sociale, y compris séjour ambulatoire	<i>Pas de limitation en cas d'accident.</i>	40 €/jour, maximum 60 jours/an (2)
Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours)		Jusqu'à 8 €/ jour, maximum 60 jours/an (2)
Hospitalisation à domicile		100 % BR
Transport (pris en charge par la Sécurité sociale)		100 % BR
Forfait actes lourds (>120 €)		100 % FR
SOINS COURANTS		150% BR
Médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, radiologie et actes d'imagerie	- adhérent à un DPTAM (1) - non-adhérent à un DPTAM (1)	150 % BR 130 % BR
Auxiliaires médicaux		150% BR
Pharmacie		100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée (médicaments, contraceptifs, vaccins)		50 € / bénéficiaire /an (2)
OPTIQUE Limité à un équipement (2 verres et 1 monture) par personne tous les 2 ans, ou tous les ans pour les enfants <16 ans ou en cas de modification de la vue comme précisé réglemентаirement. La période démarre avec la date de facture.		
100% SANTÉ Équipement optique complet (monture et verres) - à compter du 01/01/2020 : classe A - "Offre 100% Santé" (3) (4)		100% FR <i>dans la limite des Prix Limites de Vente</i>
Équipement optique : - voir grille optique Monture et deux verres simples (a) Monture avec un verre simple et un verre complexe (b) Monture et deux verres complexes (c) Monture avec un verre simple et un très complexe (d) Monture avec un verre au complexe et un verre très complexe (e) Monture avec deux verres très complexes (f) Dont la prise en charge de la monture limitée à :		- jusqu'au 31/12/2019 - à compter du 01/01/2020 : classe B - "Offre libre" (3)
Lentilles prescrites		100 € à compter du 01/01/2020, 150 € jusqu'au 31/12/2019 150 € / bénéficiaire/an (2)
DENTAIRE		
Soins et actes techniques dentaires		175 % BR
100% SANTÉ Prothèses dentaires "Offre 100% Santé" (5) : à compter du 01/01/2020		100% FR <i>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</i>
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	"Offre modérée" (5) : à compter du 01/01/2020	250 % BR <i>dans la limite des Honoraires Limites de Facturation</i>
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	"Offre libre" (5) : à compter du 01/01/2020	250 % BR
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale	Jusqu'au 31/12/2019	250 % BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale		250 % BR
Plafond annuel sur prothèses dentaires et orthodontie. (6)		1000€/an/personne, après 2 ans 2000€/an/personne
AIDES AUDITIVES et AUTRES PROTHÈSES		
100% SANTÉ Audioprothèses classe 1 - "Offre 100% Santé" (à compter du 01/01/2021) (7) - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans		100% FR <i>dans la limite des Prix Limites de Vente</i>
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	classe 2 - "Offre libre" (à compter du 01/01/2021) (7) - Plafond réglementaire de 1700€/oreille - Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans	100 % BR + 200 €
Appareillage auditif accepté par la Sécurité sociale	Jusqu'au 31/12/2020	100 % BR + 200 €
Appareillage autre que auditif, dentaire ou optique		100 % BR + 200 €
CURE THERMALE		
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale		100 % BR + 150 €
DIVERS		
Ostéopathie, chiropractie, éthiopathie, acupuncture, diététique, pédicure, podologie, psychomotricité, psychologue		2 séances maximum /an/personne, jusqu'à 40€/séance (2)
Actes de préventions légaux	Arrêté du 8 juin 2006 - Article R 871-2	100 % BR
SERVICES		
MédecinDirect : télé-médecine 24h/24 et 7j/7 au 09 74 59 51 10 ou sur www.medecindirect.fr et application mobile		INCLUS
Ascelliance Retraite: service gratuit pour trouver une place en maison de retraite, ehpad ou résidence senior 04 72 69 89 09		INCLUS
Tiers payant		INCLUS
Compte adhérent en ligne		INCLUS

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale
DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée

FR : Frais réels
TM : Ticket modérateur

Grille optique	Valeur de la Sphère (décret du 11 janvier 2019)
(a) - Verres simples	(a) verres unifocaux : sphériques de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindres ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 6
(c) - Verres complexes	(c) verres unifocaux : sphériques hors zone de -6 à +6 ; sphéro-cylindriques de -6 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -6 et cylindre $\geq 0,25$; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≥ 6 verres multifocaux ou progressifs : sphériques de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre ≤ 4 ; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) ≤ 8
(f) - Verres très complexes	(f) verres multifocaux ou progressifs : sphériques hors zone de -4 à +4 ; sphéro-cylindriques de -8 à 0 et cylindre > 4 ; sphéro-cylindriques < -8 et cylindres $\geq 0,25$; sphéro-cylindriques > 0 dont somme S (sphère+cylindre) > 8
(b) - Verres a & c	
(d) - Verres a & f	
(e) - Verres c & f	

Les remboursements s'opèrent dans la limite des dépenses réellement engagées et dans les limites prévues par les dispositions des contrats responsables.

(1) La garantie est au minimum du ticket modérateur. Pour les médecins n'ayant pas adhéré aux dispositifs légaux de modulation d'honoraires (DPTAM), la garantie est diminuée de 20% de la BR pour un total maximum de 200% de la BR.

(2) : L'annualité ou la pluriannualité, pour les garanties mentionnant un **(2)**, s'apprécie et se renouvelle, pour chaque bénéficiaire, par année civile.

(3) : Les verres et montures faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les verres et montures ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (tarif libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans à compter du dernier renouvellement d'un équipement complet, par période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue, par période de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Un renouvellement anticipé (sans délai) des verres est également possible en application de l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale. En cas d'équipement mixte (classe A et B), la garantie de l'équipement à tarif libre est sous déduction du remboursement des verres ou monture "100% Santé".

(4) : Telle que définie réglementairement, cette garantie comprend la prise en charge des verres et monture de Classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différents, l'adaptation de la correction et le supplément applicable pour les verres avec filtres tels que définis au 2° alinéa de l'art L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente). En application de l'art L165-3 et sous déduction du montant remboursé par la Sécurité sociale.

(5) : Les frais de prothèses dentaires exposés dans le cadre du « panier 100% Santé » sont intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite prévue des honoraires de facturation pour ce type d'acte en application du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019. Pour "Offre modérée" et "Offre libre" : dans la limite des Honoraires Limites de Facturation fixés par la Convention dentaire prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de Convention applicable, par le Règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par Arrêté des Ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

(6) : Au-delà de ce plafond, et dans le respect des obligations relatives au panier de soins, les actes dentaires pris en charge par le Régime obligatoire seront remboursés à hauteur des minimums prévus au panier de soins.

(7) : Les équipements auditifs faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (panier « 100% Santé ») seront intégralement pris en charge par vos garanties, sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans la limite du prix de vente fixé pour ce type d'acte. Les équipements auditifs ne faisant pas l'objet d'une prise en charge renforcée (Offre libre) seront pris en charge sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire et dans les limites fixées par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 (plafond réglementaire de 1700€ par oreille). Dans les deux cas, la garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans à compter de la délivrance de l'équipement (ce délai s'entendant pour chaque oreille indépendamment).

ANNEXE II : BULLETIN DE RENONCIATION

MUTUALP SANTE DIGITAL

BULLETIN DE RENONCIATION

(utilisable pour les cas précisés à l'article 7.5 de la Note Droits et Obligations 2019 08)

Détachez cette feuille des autres,
Remplissez-la
signez-la,
adrezsez-la à :

CENTRE DE GESTION CERGAP
Gestionnaire des conventions MUTUALP
7 RUE JEAN PERRIN
BP 20007 – LUISANT
28633 GELLAINVILLE

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

Adresse complète de l'Adhérent
.....
.....
.....

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L 223-8 du Code de la Mutualité de renoncer à mon adhésion au produit **MUTUALP Santé Digital** assuré par MUTUALP.

dont la date d'effet indiquée au Certificat d'Adhésion est au :

et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

A(lieu),

le / /

Signature de l'Adhérent