



Notice d'information

Sommaire

Vos Garanties d'Assurance	2
1. Les parties au contrat collectif à adhésion facultative & distributeur	2
2. Objet du contrat	2
3. Durée et modification du contrat collectif à adhésion facultative	2
4. Adhésion individuelle	2
5. Les garanties	3
6. Les prestations	4
7. Les cotisations	5
8. Informations complémentaires	5
Action Sociale PREVIFRANCE	6
1. Accompagnement/assistance	6
2. Solidarité	6
3. Proximité	6
Vos Garanties d'Assistance	7
Vos Prestations Mutuelle Santé TNS	9

Une question, contactez-nous !



www.da.fr



www.da.fr/espace-client



svp@da.fr



DA - 129, rue de Turenne 75003 Paris



01 77 75 04 49



du lundi au vendredi de 9H à 20H





Vos Garanties d'Assurance

CONTRAT N° GC7504073C 13G - Previfrance Association 201605-01-9401



1. Les parties au contrat collectif à adhésion facultative & distributeur

1.1 L'organisme assureur : la Mutuelle PréviFrance

Le contrat collectif santé à adhésion facultative est souscrit auprès de la Mutuelle PREVIFRANCE, ci-après dénommée la Mutuelle.

La Mutuelle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 776950669.

Son siège social est situé au 15 quai du Docteur Calabet, 47910 AGEN Cedex 9 et son siège administratif au 80, rue Matabiau, BP 71269 - 31012 TOULOUSE Cedex 6.

1.2 Le Souscripteur

■ Le Souscripteur :

A.D.A.M., Association pour le Développement des Assurances pour Mieux vivre, est une Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, enregistrée à la Préfecture de Police de Paris sous le n° W751212956, dont le siège social est situé 19, Boulevard Morland - 75004 Paris

■ Buts et Objet de l'Association :

L'Association pour le Développement des Assurances pour Mieux vivre, A.D.A.M. a pour objet de rassembler des personnes physiques et morales ou groupes de personnes ou d'entreprises désireux de s'unir, afin de rechercher, de créer, de négocier, d'obtenir et de faire bénéficier ses membres :

- de solutions assurantielles et de services afin d'apporter une aide, un conseil à toute personne à la recherche de ces solutions,
- de documentation, de conseils, de l'étude de la législation, de la jurisprudence sur les solutions proposées.

L'adhésion au contrat DA MUTUELLE SANTÉ est possible dès lors que vous êtes Adhérent à l'Association, cette adhésion se concrétise en même temps que votre adhésion au contrat. Le montant de votre cotisation à l'Association est porté sur votre demande d'adhésion. Elle est prélevée tous les mois, en même temps que votre cotisation. La suppression de la qualité d'Adhérent à l'association entraîne automatiquement, de plein droit, la perte du bénéfice de votre adhésion au contrat, pour vous et toute personne que vous avez désignée comme assuré ou bénéficiaire de cette adhésion.

Les statuts de l'Association ainsi que la liste des membres de son conseil d'administration sont disponibles sur simple demande adressée à A.D.A.M. Association pour le Développement des Assurances de Mieux vivre - 19, boulevard Morland - 75004 Paris.

1.3 Le Distributeur

Les garanties relatives au contrat collectif sont :

■ **distribuées par** : AZIMUT SAS - Siège social : 129, rue de Turenne - 75003 Paris - RCS Paris 392 378 154 - Orias 11 059 712

■ **sous la marque** : DA MUTUELLE SANTÉ

2. Objet du contrat

Le contrat est régi par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et les Statuts de la Mutuelle PREVIFRANCE.

Le contrat collectif santé à adhésion facultative est réservé à l'Association ADAM dont les membres deviennent membres de PREVIFRANCE Association.

A compter de sa date d'adhésion à ce contrat, le membre de PREVIFRANCE Association devient membre participant de la Mutuelle.

L'objet du contrat collectif à adhésion facultative est de garantir un ensemble de prestations « frais de santé » décrites dans les tableaux de garanties annexés.

Le présent contrat respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et sera adapté en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire régissant ce dispositif.

Les garanties du contrat sont réservées aux Travailleurs Non-Salariés non agricoles.

Ces garanties souscrites dans le cadre de ce contrat collectif à adhésion facultative ouvrent droit, pour les Adhérents Travailleurs Non-Salariés, à la déduction fiscale des cotisations, dans les conditions et limites prévues par la Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, dite « Loi Madelin », et par ses textes d'application.

Le membre participant qui veut bénéficier du cadre de la Loi Madelin s'engage auprès de la Mutuelle à être à jour du paiement des cotisations dues au titre de ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Il doit pouvoir le justifier, tant lors de son adhésion que de son renouvellement, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

3. Durée et modification du contrat collectif à adhésion facultative

Le contrat collectif santé à adhésion facultative prend effet le 1^{er} juillet 2016.

Il est conclu pour une période allant de la date d'effet au 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque 1^{er} janvier, pour une durée d'un an, sauf avis de résiliation adressé par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre.

La résiliation du contrat bloque toute nouvelle adhésion. En revanche, les membres participants pourront demander le maintien de leur adhésion à titre individuel à la Mutuelle, dans les conditions en vigueur à cette date. Les membres participants seront informés de cette résiliation au moins deux mois avant sa prise d'effet par l'Association souscriptrice du contrat.

Des modifications peuvent également être apportées au contrat par voie d'avenant conclu entre l'Association souscriptrice et la Mutuelle assurant les risques.

Les modifications apportées à leurs droits et obligations sont opposables aux membres participants dès qu'elles leur ont été notifiées.

En cas de refus de ces modifications, les membres participants ont la possibilité de radier leur adhésion dans le délai d'un mois à compter de la notification de ces modifications. Par la suite, ils disposent d'un droit de résiliation annuel dans les conditions telles qu'indiquées ci-après.

4. Adhésion individuelle

4.1 Modalités d'adhésion

L'adhésion est ouverte à toute personne physique domiciliée à titre principal en France métropolitaine et affiliée à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français.

Pour adhérer au contrat, la personne désireuse d'adhérer doit



en outre, exercer une activité non salariée, non agricole et être à jour du paiement des cotisations dues au titre des Régimes Obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

La personne désireuse d'adhérer doit remplir un bulletin d'adhésion au contrat collectif santé à adhésion facultative.

A compter de la date d'effet de son adhésion, elle devient membre participant de la Mutuelle et de l'Association Prévoyance souscriptrice du présent contrat.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des Statuts de la Mutuelle et de la présente notice d'information.

4.2 Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion adressé au membre participant par la Mutuelle et se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année d'adhésion. Elle se renouvelle automatiquement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, dans le respect de la réglementation en vigueur, sauf résiliation adressée par lettre recommandée à la Mutuelle par le membre participant au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre.

■ Affiliation des ayants droit

Les membres participants peuvent ouvrir le bénéfice des garanties à leurs ayants droit en les inscrivant sur leur bulletin d'adhésion.

L'affiliation des ayants droit est subordonnée à l'adhésion du membre participant.

Peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant les personnes physiques suivantes :

- son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Responsabilité, ou son concubin notoire ;
- leurs enfants, jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ou jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire s'ils poursuivent des études ou une formation en alternance, ou sont en contrat d'apprentissage, d'insertion ou de professionnalisation, ou sont inscrits à Pôle Emploi à la recherche de leur premier emploi et non indemnisés, ou quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et bénéficiaires d'une allocation pour adulte handicapé attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire ;
- toute autre personne ayant droit du membre participant au sens de la réglementation du Régime d'assurance maladie obligatoire.

L'affiliation des ayants droit prend effet à la date d'affiliation précisée dans le certificat d'adhésion du membre participant et se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours ; elle se renouvelle automatiquement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation de l'affiliation adressée à la Mutuelle par lettre recommandée deux mois au moins avant la fin de l'année civile.

Le membre participant doit joindre à sa demande d'affiliation d'ayant droit les justificatifs de cette qualité ; il s'engage à procéder à la résiliation de ses ayants droit auprès de la Mutuelle dès que ces derniers ne justifient plus de cette qualité.

Il est rappelé que seule la cotisation afférente aux ayants droit, qui ont cette qualité pour le régime d'assurance maladie-maternité obligatoire des Travailleurs Non-Salariés, peut ouvrir droit à déduction fiscale dans les conditions prévues par la Loi dite « Madelin ».

■ La date d'effet de l'admission est fixée :

- Au 1^{er} jour du mois civil en cours dès lors que le bulletin est parvenu à DA entre le 1^{er} et le 15 du mois,
- Au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception par DA du bulletin, dès lors que celui-ci parvient après le 15 du mois. La date de la Poste ou date de la signature électronique faisant foi.

Le membre participant doit joindre à sa demande d'affiliation d'ayant droit les justificatifs de cette qualité ; il s'engage à procéder à la résiliation de ses ayants droit auprès de la Mutuelle dès que ces derniers ne justifient plus de cette qualité.

4.3 Formalités d'adhésion

La personne souhaitant adhérer doit joindre à son bulletin d'adhésion :

- une copie de l'attestation de sa carte Vitale et de celle des ayants-droit qui ont leur propre numéro de Sécurité sociale ;
- les justificatifs de la situation des enfants de plus de 18 ans : carte étudiant, contrat d'apprentissage ou notification Pôle Emploi ;
- un relevé d'identité bancaire ;
- une copie de la carte d'identité (recto-verso) ou du passeport ;

- le mandat SEPA dûment complété, daté et signé ;
- pour les travailleurs non-salariés : un extrait d'inscription au Répertoire des Métiers ou un extrait KBIS de moins de trois mois ;
- toute autre information qui serait nécessaire à la Mutuelle pour enregistrer l'adhésion.

A défaut de transmission d'un dossier complet, l'adhésion ne pourra prendre effet.

Afin de faciliter le règlement des prestations, la Mutuelle doit être informée, dès leur survenance, de tout changement sur les données personnelles et familiales indiquées sur le bulletin d'adhésion (adresse, nom, régime social, coordonnées bancaires, affiliation ou résiliation d'ayants droit...).

■ Fausse déclaration

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité et 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.

4.4 Radiation de l'adhésion

Le membre participant peut demander la radiation de son adhésion : au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours et dans le délai d'un mois à compter de la remise, par l'Association souscriptrice du contrat collectif santé à adhésion facultative, d'une notice l'informant d'une modification de ses droits et/ou obligations.

L'adhésion peut également être résiliée par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions détaillées au *paragraphe 7. Les cotisations*.

La résiliation de l'adhésion entraîne la cessation des garanties et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date de résiliation.

Le membre participant dont l'adhésion est radiée s'engage à restituer immédiatement sa carte de Tiers Payant à la Mutuelle.

La résiliation de l'adhésion du membre participant entraîne la résiliation concomitante de l'affiliation de ses ayants droit.

■ Résiliation des ayants droits

L'affiliation des ayants droit doit être résiliée dès que ceux-ci ne peuvent plus justifier de cette qualité. La transmission de cette information à la Mutuelle est de la responsabilité du membre participant.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer à tout moment les justificatifs de la qualité de ses ayants droit auprès du membre participant et de résilier leur affiliation s'ils n'ont plus cette qualité ou si les justificatifs ne lui sont pas adressés.

Le membre participant peut également demander la radiation de l'affiliation d'un ayant droit au 31 décembre de chaque année par l'envoi d'une lettre recommandée à la Mutuelle deux mois au moins avant la fin de l'année civile en cours.

5. Les garanties

■ Objet des garanties

Les garanties ont pour objet le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés par le membre participant et ses éventuels ayants droit en cas de maladie, maternité, accident, dès lors que ceux-ci donnent lieu à remboursement par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie français auquel ils sont affiliés.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés part Sécurité sociale incluse.

La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime d'assurance maladie obligatoire français et, éventuellement, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties, sur prescription médicale.

Les remboursements ou les indemnisations 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 l'ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables », détaillé notamment dans l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment, sont expressément exclues des prestations :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L 160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'article L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins coordonnés (conformément aux articles L 162-5-3, L 162-5 18° et L 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel (conformément à l'article L 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale).

Les remboursements respectent les minima imposés aux contrats responsables sur les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, prescrits par le médecin traitant, conformément à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les actes de prévention listés dans l'arrêté du 8 juin 2006 (NOR : SANS621979A), remboursables par l'assurance maladie obligatoire, sont pris en charge dans les conditions détaillées dans le texte de l'arrêté et dans la limite du tarif Sécurité sociale :

- scellement des sillons sur les 1^{ère} et 2^{ème} molaires, une fois par dent, en cas de risque carieux et avant 14 ans,
- détartrage une fois par an,
- premier bilan du langage oral ou écrit avant 14 ans,
- dépistage de l'hépatite B,
- certains actes de dépistage des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans tous les 5 ans,
- ostéodensitométrie, remboursable par l'assurance maladie obligatoire, pour les femmes de plus de 50 ans, tous les 6 ans,
- vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite ; coqueluche (avant 14 ans) ; hépatite B (avant 14 ans) ; BCG avant 6 ans ; rubéole (pour les adolescentes non vaccinées et les femmes non immunisées désirant un enfant) ; haemophilus influenzae B ; vaccination contre les infections invasives à pneumocoques (enfants avant l'âge de 18 mois).

Le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties sont communiqués annuellement selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

■ Changement des garanties

Le membre participant peut demander une modification de ses garanties, à condition d'avoir bénéficié pendant au moins un an des garanties en cours. La modification de garanties prend effet, après émission d'un nouveau certificat d'adhésion par la Mutuelle, et au plus tôt lors de la prochaine échéance périodique de cotisation si la demande de modification de l'adhésion a été reçue par la Mutuelle au moins vingt jours avant cette échéance. A défaut, la modification de garantie prend effet à l'échéance périodique suivante.

6. Les prestations

6.1 Conditions de paiement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue, soit par système de Télétransmission, soit sur demande adressée à la Mutuelle, accompagnée des pièces nécessaires au traitement du dossier : décomptes originaux du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, notes d'honoraires des praticiens et factures originales acquittées et tout document supplémentaire demandé par la Mutuelle.

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité

de l'adhésion (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa résiliation pour quelle que cause que ce soit) sont remboursées par la Mutuelle, la date des soins faisant foi.

Le membre participant s'engage à n'utiliser sa carte de délégation de paiement (Tiers Payant) que s'il est à jour de ses cotisations à la date des soins.

6.2 Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du Tiers Payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords nationaux ou départementaux passés avec les professionnels de santé et la Mutuelle PréviFrance, sur présentation de la carte Mutuelle, en cours de validité.

En ce qui concerne les hospitalisations, le Tiers Payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

6.3 Territorialité

En cas de soins effectués hors de France, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'Etat français.

6.4 Contrôle

La Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

6.5 Indus

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers Payant.

En cas de versement de prestations se révélant indu, la Mutuelle se réserve le droit de :

- compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur, ou
- solliciter le remboursement de la prestation indûment versée.

6.6 Déclaration du risque et Prescription

La Mutuelle doit être informée de la réalisation du risque couvert par chaque garantie dès que le bénéficiaire de la prestation en a connaissance et au maximum dans le délai de prescription afférent à la garantie en cause. La Mutuelle se réserve le droit de demander une indemnité en cas de déclaration tardive, conformément à l'article L. 221-16 du Code de la Mutualité.

■ Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion à la Mutuelle est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle 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, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les demandes de remboursement notamment doivent être présentées dans les plus brefs délais à la Mutuelle ; elles ne seront plus prises en compte passé ce délai de prescription.



6.7 Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

7. Les cotisations

7.1 Montant des cotisations

Les cotisations sont calculées par mois civil de présence de chaque membre participant et de ses éventuels ayants droit.

La cotisation afférente au mois civil en cours est due en totalité quel que soit le jour de prise d'effet ou de résiliation de l'adhésion du membre participant ou de ses ayants droit.

Le montant des cotisations intègre les taxes et prélèvements fixés par la législation et réglementation en vigueur et spécifiques aux risques garantis. Toute évolution de taxe sera intégrée au calcul des cotisations à la date d'application des nouveaux textes.

Lorsque l'âge est pris en compte dans le calcul du montant de la cotisation, la cotisation due est celle correspondant à l'âge atteint par le bénéficiaire au cours de l'année civile. La cotisation évolue ensuite en fonction de son âge.

7.2 Paiement des cotisations

Le membre participant est seul responsable du paiement de la cotisation. A l'adhésion il bénéficie ainsi que ses éventuels ayants droit, d'un mois de cotisation offert.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Leur paiement peut être fractionné selon la périodicité prévue sur le bulletin d'adhésion. Elles sont payables par prélèvement sur un compte bancaire ou postal ou par carte bancaire.

En cas d'adhésion en cours d'année civile, la cotisation est calculée au prorata de la cotisation annuelle en vigueur.

Le membre participant s'engage à régler la cotisation au plus tard dans les dix jours suivant leur échéance périodique.

Aucun paiement en espèces ne sera accepté.

■ Non paiement des cotisations

Conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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 son exclusion des garanties définies au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

En cas d'incident de paiement (rejet d'un prélèvement automatique ou chèque sans provisions) la Mutuelle se réserve le droit d'exiger des frais financiers et de gestion liés à ce rejet.

■ Paiement mensuel par prélèvement

Pour les cotisations réglées par prélèvement, dès lors qu'il y a rejet, le premier mois de cotisation impayée est reporté automatiquement sur le mois suivant.

En cas de non régularisation dans le mois qui suit le premier mois impayé, le droit aux prestations est fermé au 1^{er} jour du mois impayé, jusqu'à régularisation.

7.3 Révision des cotisations et des garanties

Chaque année, les cotisations et/ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des modifications des bases ou des taux de remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, de l'évolution

des dépenses de santé, des résultats techniques du contrat collectif à adhésion facultative, des dispositions législatives ou réglementaires encadrant le contrat.

8. Informations complémentaires

8.1 Réclamations

Toute réclamation est à adresser à : Mutuelle PRÉVIFRANCE « Réclamation Santé Adhérents » 80, rue Matabiau BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

Si le différent persiste, le membre participant ou ses ayants droit pourront, en dernier recours, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle, après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations mises en place par la Mutuelle et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige.

Le Médiateur est saisi par courrier avec accusé de réception envoyé à : Mutuelle PRÉVIFRANCE « Médiation » 80, rue Matabiau BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6

8.2 Autorité de contrôle

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située au 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

8.3 Action sociale

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant et ses ayants droit affiliés à l'action sociale de la Mutuelle.

8.4 Informatique et Libertés

Conformément à la Loi « Informatique et libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification des données nominatives qui les concernent, figurant sur tout fichier informatique utilisé pour le traitement de leur dossier par la Mutuelle PREVIFRANCE, ses mandataires, réassureurs ou tiers liés à l'activité de la Mutuelle.

Ce droit d'accès peut être exercé par demande écrite au Siège administratif de la Mutuelle PREVIFRANCE situé 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 6.

8.5 Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus pour y renoncer.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date d'effet mentionnée sur son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du Code de la Consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle PRÉVIFRANCE par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle PRÉVIFRANCE rembourse au membre participant les cotisations payées.

Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

« Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../... au contrat collectif facultatif N° et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance. »
Fait à, le, (signature).

A adresser à : Mutuelle PRÉVIFRANCE Santé Gestion des contrats - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 Toulouse Cedex 06.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.



Action Sociale PREVIFRANCE*

L'action sociale de PREVIFRANCE est organisée en proximité des adhérents (membres participants et ayant droits) à travers l'intervention d'assistantes sociales et de conseillers sociaux formés (écoute, évaluation des besoins, réponses, orientation).

NOS VALEURS :

- Proximité
- Solidarité
- Ecoute
- Entraide

A partir de ces valeurs, l'action sociale de PREVIFRANCE repose sur 3 axes majeurs :

1. Accompagnement/assistance

■ La mutuelle a fait le choix de prendre en compte directement les demandes des adhérents et de ne pas transférer la demande sur une plate forme décentralisée, ceci afin de répondre de façon personnalisée et globale aux besoins de ses adhérents.

La mutuelle peut accorder des heures d'aide ménagère, du portage de repas, des heures de garde d'enfant,...

Contrairement aux assistants, nous évaluons et intervenons quelque soit l'âge de l'adhérent sur simple appel téléphonique, en cas d'accident (prévu OU imprévu).

Après échanges, écoute et évaluation de la demande et du besoin de l'adhérent par les conseillers, des heures d'aide ménagère ou autre sont attribuées en quantité suffisante afin de venir en aide rapidement auprès de l'adhérent (association d'aide ménagère au choix de l'adhérent et/ou agréée par le service).

La mutuelle paie directement l'association ce qui permet à l'adhérent de ne pas faire l'avance de frais.

Une mise en relation avec d'autres dispositifs adaptés peut également être effectuée (dispositifs à long terme).

Cette assistance en direct permet d'apporter conseil, soutien et orientation si besoin.

2. Solidarité

■ La solidarité est l'une des valeurs fondamentales et originelles du mouvement mutualiste.

Les dossiers peuvent également être instruits à partir des contacts avec les conseillers sociaux locaux (Conseil Général, CCAS, maisons de retraite).

■ Secours exceptionnel :

Les conseillers peuvent instruire des dossiers pour les adhérents se manifestant personnellement ou détectés par les services internes ou par les différents partenaires sociaux dans le cas de situations sociales difficiles (étudier les

demandes de remboursement de prestations extra-légales ou mal remboursées par les régimes de base, perte d'emploi, décès, difficulté passagère de paiement des cotisations...).

Ces dossiers peuvent être constitués avec les conseillers qui peuvent se déplacer au domicile de l'adhérent, ou en agence, ou sur les lieux de travail.

Les dossiers de secours sont examinés en commission (sociale, ou d'élus), Présidente de la commission : Mme Annie Bé.

■ Secours handicap :

Partenaires de certaines Maisons Départementale des Personnes Handicapés depuis de nombreuses années, la mutuelle instruit des dossiers ressortissant du handicap et peut allouer des aides dans ce cadre (aménagement habitat, achat fauteuil roulant...). Nos assistantes sociales se mettent en relation avec toute structure susceptible d'aider, d'accompagner nos adhérents.

3. Proximité

■ Conseil :

Les conseillers sociaux sont à même de se rendre dans les locaux de l'entreprise à un rythme déterminé afin de leur apporter :

- aide aux formalités administratives (dossier APA, dossier d'aide à la complémentaire santé, dossier de secours...),
- conseils dans les démarches à mener (orientation vers les dispositifs les plus adaptés, mise en relation avec les interlocuteurs locaux, recherches d'établissements...),
- répondre aux questions d'ordre social,
- aider à constituer des dossiers,
- orienter les adhérents,
- les accompagner et les mettre en relation avec les instances, organisations adaptées...

■ Aide de proximité :

« La meilleure aide est celle que l'on souhaiterait que l'on nous apporte à nous même en situation de besoin et ce de façon la plus concrète et rapide »

Ainsi, la mutuelle a créé un réseau de bénévoles dénommés « Relais de solidarité » qui, au plus proche du domicile des adhérents, peuvent intervenir ponctuellement sur simple appel téléphonique pour les aider dans des démarches telles que :

- portage de courses, de médicaments,
- visite de courtoisie,
- aide aux formalités administratives,
- transports chez un professionnel de santé...

Ces bénévoles, sélectionnés par la mutuelle et par un psychologue sur des critères de confiance, de sérieux et de discrétion, sont des personnes avec lesquelles une convention de bénévolat a été signée.

Ce dispositif actuellement présent sur certains départements peut être élargi à d'autres régions.

*votre cotisation inclut les prestations de l'action sociale



Vos Garanties d'Assistance

Le service d'assistance à domicile de votre mutuelle

0810 638 440 (prix d'un appel local à partir d'un poste fixe)

■ En cas d'urgence médicale à votre domicile....

PERMANENCE MÉDICALE

En cas d'urgence médicale, le premier réflexe est d'appeler les services de secours publics (SAMU : 15, Pompiers : 18) ou votre médecin traitant.

Nos médecins se tiennent toutefois à votre disposition, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, pour déclencher les services appropriés si, en l'absence de votre médecin traitant, vous ne savez pas à qui vous adresser.

PERSONNEL MÉDICAL

Nous pouvons, en l'absence de votre médecin traitant, rechercher et organiser le passage d'un autre médecin à votre domicile.

Nous pouvons aussi, sur prescription médicale, vous aider à rechercher une infirmière ou tout autre intervenant paramédical.

Les frais de consultation et de soins sont à votre charge.

TRANSFERT À L'HOPITAL

Si votre état de santé le nécessite et sur prescription médicale, nous pouvons organiser votre transfert en ambulance, sans prise en charge, vers l'établissement hospitalier le plus proche (dans un rayon de 50 km de votre domicile).

ACHEMINEMENT DE MÉDICAMENTS

Vous avez un besoin urgent de médicaments prescrits par votre médecin et vous n'êtes temporairement pas en état de vous déplacer : nous organisons la livraison à votre domicile des médicaments indispensables à votre traitement.

Vous devez alors faire l'avance de leur coût, et en demander le remboursement à la Sécurité sociale, puis à votre mutuelle.

■ Vous êtes hospitalisé(e) de façon imprévue...*

Vous-même, ou votre conjoint, êtes hospitalisé(e) à la suite d'un accident ou d'une maladie soudaine pour une durée supérieure à 24 heures, nous vous faisons, dès le 1^{er} jour, bénéficier des garanties suivantes :

TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

Nous nous chargeons, si vous le souhaitez, d'avertir vos proches ou de leur transmettre, par les moyens les plus rapides, vos messages urgents.

PRÉSENCE D'UN PROCHE À VOTRE CHEVET

Aucun de vos proches ne réside à proximité de votre lieu d'hospitalisation (moins de 50 km), nous organisons et prenons en charge la présence à votre chevet d'un membre de votre famille résidant en France métropolitaine.

Nous mettons à sa disposition un titre de transport aller-retour et prenons également en charge ses frais d'hébergement sur place (petit déjeuner compris) pendant 2 nuits à concurrence de 50 € par nuit.

PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS

Si personne ne peut assurer la garde de vos enfants de moins de 16 ans, nous organisons et prenons en charge :

- Soit le transfert aller-retour à votre domicile de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine ;
- Soit leur transfert aller-retour accompagné chez l'un de vos proches résidant en France métropolitaine ;
- Soit enfin, leur prise en charge par une personne qualifiée

pendant 5 jours ouvrés consécutifs au plus et à concurrence de 8 heures par jour ;

- Soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et leur retour au domicile, dans la limite de 5 journées.

NB : Cette garantie s'exerce également en cas d'immobilisation au domicile (plus de 5 jours) à la suite d'un accident corporel et de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours.

PRISE EN CHARGE DE VOS ASCENDANTS DÉPENDANTS

Cette garantie s'exerce de la même façon que « LA PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS »

* Par hospitalisation imprévue, il convient d'entendre toute hospitalisation consécutive à une maladie soudaine ou à un accident corporel et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire une semaine avant son déclenchement.

■ Vous êtes hospitalisé(e) plus de 48 heures....

AIDE À DOMICILE

Lorsque votre état de santé et/ou votre situation de famille le justifient, nous vous faisons bénéficier des services d'une aide à domicile pour faciliter le retour à la normale de la vie de votre foyer :

- Soit pendant votre hospitalisation, en aidant votre famille à faire face aux obligations domestiques qui vous incombent habituellement ;

- Soit dès votre sortie de l'hôpital, en vous soulageant des tâches ménagères que votre convalescence ne vous permet pas d'assumer.

Cette garantie s'exerce à concurrence d'un maximum de 10 heures sur 5 jours ouvrés au plus. Le nombre d'heures et la durée d'application sont dans tous les cas déterminés par notre service médical.

NB : Cette garantie s'exerce également en cas d'immobilisation au domicile (plus de 5 jours) à la suite d'un accident corporel et de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours.

GARDE DES ANIMAUX DOMESTIQUES

Vous ne savez à qui confier vos animaux domestiques, (chiens, chats, oiseaux...) nous organisons et prenons en charge leur garde dans un établissement spécialisé à concurrence de 30 jours.

■ Si votre hospitalisation doit se prolonger au-delà de 15 jours...

AIDE À DOMICILE

Nous mettons à votre disposition une aide à domicile à concurrence de 5 heures supplémentaires sur une 2^{ème} semaine, soit un total de 15 heures sur deux semaines (10 jours ouvrés) au plus.

■ En cas de traitement par radiothérapie ou chimiothérapie...

AIDE À DOMICILE

En cas de traitement par chimiothérapie ou radiothérapie, nous mettons à votre disposition une aide à domicile à raison de 2 heures par jour au cours des 48 heures suivant chaque séance de soins et à concurrence de 15 heures sur la durée du traitement.



■ Un souci avec vos enfants...

PRÉSENCE AU CHEVET EN CAS D'HOSPITALISATION

Votre enfant de moins de 16 ans est hospitalisé à plus de 50 Km de votre domicile, nous mettons à votre disposition, ou à celle d'un membre de la famille, un titre de transport aller-retour pour vous rendre à son chevet.

Nous prenons également en charge les frais d'hébergement sur place pendant 7 nuits à concurrence de 50 € par nuit.

AIDE À DOMICILE

Afin de vous permettre de rester au chevet de votre enfant hospitalisé, nous mettons à votre disposition une aide à domicile à concurrence de 15 heures sur deux semaines (10 jours ouvrés).

GARDE D'ENFANT MALADE OU BLESSÉ

Un problème de santé imprévu (maladie soudaine ou accident) oblige votre enfant à garder la chambre alors que votre activité professionnelle ne vous permet pas de rester à son chevet, nous vous proposons d'organiser et de prendre en charge :

- Soit le transfert, aller-retour, à votre domicile, de l'un de vos proches résidant en France métropolitaine ;
- Soit sa garde, à votre domicile, par du personnel qualifié, et ce pendant 5 jours ouvrés consécutifs au plus et à concurrence de 8 heures par jour.

SOUTIEN PÉDAGOGIQUE À DOMICILE

Votre enfant est en convalescence à votre domicile et ne peut retourner à l'école avant plus de 15 jours, nous mettons à sa disposition, dès le 1^{er} jour, les services d'un répétiteur scolaire qui lui apportera, dans les matières principales, le soutien pédagogique dont il a besoin.

Cette garantie s'exerce pour tout enfant scolarisé (primaire et secondaire) à raison de 2 heures de cours par jour ouvré, ce tant que votre enfant n'est pas en mesure de retourner en classe et à concurrence de 6 semaines consécutives (hors jours fériés et vacances scolaires).

PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE LEUR NOUNOU

La personne salariée en charge de votre (vos) enfant(s) lorsque vous travaillez a un problème de santé imprévu (hospitalisation de plus de 24 h ou immobilisation au domicile de plus de 48 h consécutives à une maladie soudaine ou à un accident corporel), nous organisons et prenons en charge :

- Soit la mise à disposition d'une personne qualifiée à concurrence de 30 heures sur 5 jours ouvrés au maximum ;
- Soit le transfert A/R à votre domicile d'un proche résidant en France métropolitaine ou le transfert accompagné des enfants au domicile de celui-ci.

■ Service info...

INFORMATIONS JURIDIQUES ET « VIE PRATIQUE »

Nous sommes à votre disposition, pour vous fournir toutes informations juridiques ou « vie pratique » concernant votre vie privée : droit de la famille, de la consommation, du travail, démarches administratives, Sécurité sociale, retraite, fiscalité, études...

INFORMATIONS MÉDICALES

En l'absence de votre médecin, notre équipe médicale est à votre disposition pour répondre à toutes questions relatives à la santé : réactions aux médicaments, hygiène de vie, alimentation...

■ Pour le bon usage des garanties...

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ET DANS QUELLES CIRCONSTANCES ?

L'accès au service d'assistance est réservé exclusivement à vous-même qui bénéficiez d'un contrat collectif au titre

de votre entreprise ou d'un régime individuel ouvrant droit aux prestations, et, pour autant qu'ils bénéficient de votre Garantie Santé, votre conjoint de droit ou de fait et vos enfants à charge fiscale.

Vous perdez les avantages de ce service dès lors que vous n'êtes plus adhérent à la Mutuelle.

PREVIFRANCE Assistance est à vos côtés lorsqu'un problème de santé inattendu (accident corporel ou maladie soudaine) vient chambouler votre quotidien... et que, dans l'urgence, vous ne savez comment faire face à vos obligations : entretien du foyer, garde des enfants, prise en charge des animaux domestiques...

Si nous mettons alors tout en oeuvre pour vous venir en aide, nous ne pouvons cependant nous substituer à la responsabilité et à la solidarité de votre entourage, de même qu'aux prestations auxquelles vous donnez droit les organismes sociaux. C'est pourquoi les garanties de PREVIFRANCE Assistance n'ont vocation à s'exercer qu'en complément de ces dernières, et lorsque vos proches ne sont pas en mesure de vous prodiguer l'aide requise par les circonstances !

COMMENT S'EXERCENT-ELLES ?

Les prestations de PREVIFRANCE Assistance sont organisées par nos soins sur simple appel téléphonique de votre part. La durée d'application des garanties et leur montant de prise en charge sont dans tous les cas déterminés par nos services, et cela en fonction de la nature de l'évènement, et de ses conséquences pour les bénéficiaires.

L'application des garanties nécessitant l'intervention d'un prestataire (aide à domicile, répétiteur scolaire, etc.) est bien entendu subordonnée à la disponibilité des intervenants locaux appropriés.

CAS NON GARANTIS PAR PREVIFRANCE ASSISTANCE

Afin de faire bénéficier le plus grand nombre d'entre vous du meilleur service, certains événements ne peuvent, notamment, être garantis :

- Les conséquences d'hospitalisation connues de l'adhérent plus de 7 jours avant son entrée dans l'établissement de soins ;
- Les maladies mentales ;
- Les états de grossesse et leurs complications ;
- Les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche ;
- Les hospitalisations répétitives pour une même cause ;
- Les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool ;
- Toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc...).

■ Pour bénéficier de nos services, rien de plus simple...

Composez le **0 810 638 440** (prix d'un appel local à partir d'un poste fixe).

Indiquez-nous le nom de votre contrat collectif ou celui du régime de base dont vous bénéficiez, puis votre numéro de Sécurité Sociale à la Mutuelle.

Exposez-nous votre problème...

... et nous y trouverons une solution.

■ Important

Surtout, n'organisez aucune prestation et n'engagez aucuns frais sans nous avoir préalablement contactés et sans avoir obtenu un accord de prise en charge (communication d'un N° de dossier).



• **L'assureur** : PREVIFRANCE - Mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité - Siren n° 776 950 669 - Siège social : 15 quai du Docteur Calabet - 47910 AGEN Cedex 9 • **Le souscripteur** : Association pour le Développement des Assurances pour Mieux Vivre (ADAM) enregistrée à la préfecture de police de Paris sous le numéro W751212956 - Siège social : 19, Bld Morland - 75004 PARIS • **Le courtier** : AZIMUT SAS - Société de courtage d'Assurances au capital de 300 000 € - RCS Paris 528 925 589 - Orias : 11 059 712 Siège social : 129, rue de Turenne - 75003 Paris.









Vos prestations Mutuelle Santé TNS

Hector
MUTUELLE
SANTÉ
TNS

Garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (part assurance maladie obligatoire incluse) ou en euros sur présentation des factures acquittées
Remboursements limités aux frais engagés.




	FORCE 1	FORCE 2	FORCE 3	
 MALADIE (1)	Consultations, visites généralistes (a)	100%	150%	250%
	Consultations, visites spécialistes (a)	100%	150%	250%
	Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100%	150%	250%
	Analyses médicales	100%	150%	250%
	Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) et actes techniques médicaux (a)	100%	150%	250%
	Pharmacie : médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%
	Actes de petite chirurgie (a)	100%	150%	250%
 OPTIQUE (2) <small>1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue</small>	Équipement simple (monture + verres simples) remboursé par l'assurance maladie obligatoire	200€	350€	450€
	Équipement complexe (monture + verres complexes) remboursé par l'assurance maladie obligatoire*	300€		
	Lentilles remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%
	Forfait lentilles remboursées ou non par l'assurances maladie obligatoire	100€	200€	300€
	Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie) /œil	100€	200€	300€
 DENTAIRE (3)	Soins et consultations	175%	250%	350%
	Prothèses Implants et parodontologie remboursés par l'assurance maladie obligatoire	175%	250%	350%
	Prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire	100%	150%	250%
	Inlay core et Inlay core à clavettes	100%	150%	250%
	Plafond annuel prothèses dentaires	700€	850€	1 000€
	Orthodontie remboursée par l'assurance maladie obligatoire	175%	250%	350%
	Parodontologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire/an	100€	160€	250€
	Implantologie non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (maxi 2 implants par an) /implant	100€	160€	250€
 APPAREILLAGE (1)	Orthopédie, petits et grands appareillages, prothèses capillaires, prothèses mammaires	100%	150%	250%
	Fauteuil roulant (forfait annuel) /an	100% + 400€	100% + 400€	100% + 400€
	Prothèses auditives /an	100% + 200€	100% + 300€	100% + 450€
 PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE (5)	Médicaments, vaccins prescrits non remboursés par l'assurance maladie obligatoire /an	100€	125€	150€
	Ostéodensitométrie non remboursés par l'assurance maladie obligatoire	40€	40€	40€
	Podologie, Pédicurie /an	20€/séance 2 séances max	20€/séance 3 séances max	20€/séance 4 séances max
	Ostéopathe, Diététicien, Acupuncteur /an	20€/séance 2 séances max	20€/séance 3 séances max	20€/séance 4 séances max
	Actes de prévention remboursés par l'assurance maladie obligatoire	100%	100%	100%



Vos prestations Mutuelle Santé TNS

Hector
MUTUELLE
SANTÉ
TNS

Garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (part assurance maladie obligatoire incluse) ou en euros sur présentation des factures acquittées
Remboursements limités aux frais engagés.

	FORCE 1	FORCE 2	FORCE 3	
 HOSPITALISATION (4)	Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	100%	150%	250%
	Si acte médical supérieur à 120 €, prise en charge du forfait	Frais réels	Frais réels	Frais réels
	Honoraires médicaux (a)	100%	150%	250%
	Frais de séjour	150%	150%	150%
	Forfait journalier	100%	100%	100%
	Chambre particulière /jour	30€	45€	60€
	Frais d'accompagnement /jour	15€	20€	35€
	Hospitalisation à domicile	100%	150%	250%
Frais de séjour et honoraires hospitalisation secteur non conventionné (limité à 45 jours/an) /jour	—	100€	125€	
 TRANSPORT (4)	Transports	100%	100%	100%
 CURES THERMALES (4)	Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100% + 100€	100% + 160€	150% + 200€

Vos garanties et niveaux de remboursement seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ». Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

(a) Les dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif du contrat d'accès aux soins sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau et en tout état de cause plafonnés à 225% pour 2015 et 2016 et à 200% à partir de 2017.

Les forfaits hors optique sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

(1) Ces prestations sont prises en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

(2) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
- Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur incluse.
- La Mutuelle rembourse les verres selon le détail ci-dessous :

Répartition des verres par codes lpp selon la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire

- Equipement simple : Monture + verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries :

LPP : 2203240 - 2287916 - 2259966 - 2226412 - 2261874 - 2200393 - 2242457 - 2270413
 - Equipement complexe : Monture + verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries :
 LPP : 2282793 - 2263459 - 2280660 - 2265330 - 2235776 - 2295896 - 2284527 - 2254868
 2212976 - 2252668 - 2288519 - 2299523 - 2290396 - 2291183 - 2227038 - 2299180 - 2245384
 2295198 - 2202239 - 2252042 - 2243540 - 2243304 - 2273854 - 2283953 - 2238941 - 2245036
 2259245 - 2238792 - 2240671 - 2234239 - 2297441 - 2291088 - 2248320 - 2219381 - 2268385
 2206800 - 2264045 - 2202452 - 2282221 - 2202452 - 2282221 - 2259660

- Dans le cas d'un équipement mixte (monture + 2 verres l'un simple, l'autre complexe), le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe.
- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

(3) DENTAIRE

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

- Le plafond dentaire annuel concerne les prothèses, implants et parodontologie remboursés et les prothèses non remboursées par l'assurance maladie obligatoire, ainsi que les Inlay core et Inlay core et clavettes. La Mutuelle prend en charge à ce titre leur remboursement, dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 100%.

(4) HOSPITALISATION

- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué, sauf convention particulière passée entre la Mutuelle et l'établissement.

- La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie et médecine et limitée à 60 jours par année civile en maternité, rééducation, maison de repos, de convalescence et moyen séjour, limitée à 45 jours en psychiatrie, neuropsychiatrie,

- La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en colonie sanitaire, cure thermale ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction.

- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.

- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale n'est pas pris en charge.

- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.

- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans dans la limite de 30 jours par an ou dans les autres cas, dans la limite de 2 jours par an. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

- Est réputé "accident de la circulation", l'accident :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre,

- Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

(5) PREVENTION ET MEDECINES DOUCES

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.

- Assistance : 0 810 638 440