



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

CONDITIONS GÉNÉRALES

OFFRE 3 CAO

CONTRAT COMPLÉMENTAIRE SANTÉ À ADHÉSION FACULTATIVE

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES..... | 3 |
| ARTICLE 1 - Objet..... | 3 |
| ARTICLE 2 - Obligations de l'association..... | 3 |
| ARTICLE 3 - Effet – Durée – Renouvellement du contrat..... | 3 |
| ARTICLE 4 – Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage..... | 3 |
| ARTICLE 5 – Résiliation du contrat..... | 4 |
| ARTICLE 6 - Ouverture et cessation des garanties | 5 |
| ARTICLE 7 - Prescription | 6 |
| ARTICLE 8 - Fausse déclaration intentionnelle | 6 |
| ARTICLE 9 - Subrogation..... | 6 |
| ARTICLE 10 - Protection des données personnelles..... | 6 |
| ARTICLE 11 – Réclamations-Médiation..... | 7 |
| ARTICLE 12 – Lutte contre le blanchiment des capitaux..... | 8 |
| ARTICLE 13 - Autorité de contrôle | 8 |
| CHAPITRE II - COTISATIONS..... | 8 |
| ARTICLE 14 - Fixation et évolution des cotisations | 8 |
| ARTICLE 15 - Paiement des cotisations par le membre participant..... | 8 |
| ARTICLE 16 - Non-paiement des cotisations par le membre participant..... | 9 |
| CHAPITRE III - GARANTIES FRAIS DE SANTE | 9 |
| ARTICLE 17 – Nature des garanties | 9 |
| ARTICLE 18 – Bénéficiaires des garanties | 9 |
| ARTICLE 19 – Affiliation à un régime d'assurance maladie obligatoire français | 10 |
| ARTICLE 20 - Assiette de prestations..... | 10 |
| ARTICLE 21 - Modalités de paiement des prestations | 10 |
| ARTICLE 22 – Contrôle médical | 12 |
| ARTICLE 23 - Limite des remboursements..... | 12 |
| ARTICLE 24 – Exclusions | 12 |
| ARTICLE 25 – Services associés..... | 13 |
| ARTICLE 26 – Fonds d'action sociale..... | 13 |
| ARTICLE 27 – Réalisations mutualistes..... | 13 |
| ANNEXE 1 - QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ? | 14 |

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET

Le présent contrat (ci-après dénommé « **le Contrat** ») est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, couvrant tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Il se compose des présentes Conditions Générales, des Conditions Particulières, de son annexe et du tableau présentant les garanties choisies. La personne morale souscriptrice peut, à tout moment, demander la transmission de ces documents sur support papier en adressant une demande à cet effet à la Mutuelle.

Il est souscrit par l'« Association pour le Bien-Être des Adhérents » (« APBEA »), association régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 et le Décret du 16 août 1901, dont le siège social est situé 29 rue Gerhard Hansen à Boulogne-sur-Mer (62200) (ci-après dénommée « **l'Association** ») auprès d'AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n°775 627 391 (ci-après dénommée « **la Mutuelle** »), au bénéfice de ses adhérents.

Les bénéficiaires qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « **Membre Participant** » de la Mutuelle. Les adhérents doivent obligatoirement être affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le contrat est établi dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L.110-2 et suivants du Code de la Mutualité. Il est exclusivement soumis à la loi Française.

Le contrat peut être modifié par avenant signé entre l'Association et la Mutuelle.

ARTICLE 2 - OBLIGATIONS DE L'ASSOCIATION

Pour la souscription et l'exécution du présent Contrat, l'Association doit être domiciliée en France.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la Mutuelle établit une Notice d'information relative à la garantie souscrite. L'Association est tenue de remettre cette Notice ainsi que les Statuts de la Mutuelle à chaque Membre Participant adhérent à la garantie.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres Participants, par avenant au présent Contrat, l'Association est également tenue d'en informer chaque Membre Participant en lui remettant une nouvelle Notice d'information établie à cet effet par la Mutuelle

ARTICLE 3 - EFFET – DURÉE – RENOUELEMENT DU CONTRAT

3.1 Contrat conclu entre l'Association et la Mutuelle

Le présent Contrat, conclu entre l'Association et la Mutuelle, prend effet à la date fixée aux Conditions Particulières.

Il est souscrit pour la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat et le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite, annuellement, au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

3.2 Contrat conclu entre le Membre Participant et la Mutuelle

Le contrat entre la Mutuelle et le Membre Participant est réputé conclu au jour de la signature par le Membre Participant de la demande d'adhésion. Le contrat prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

Il est souscrit pour la période comprise entre sa date de prise d'effet et le 31 décembre suivant. Il se renouvelle ensuite, annuellement, au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

ARTICLE 4 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE A DISTANCE OU DE DÉMARCHAGE

Dans l'hypothèse où le contrat entre le Membre Participant et la Mutuelle a été conclu à distance ou a fait l'objet d'un démarchage à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qu'il y a adhéré à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, le Membre Participant dispose d'un droit de renonciation dans les conditions prévues aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la mutualité.

Il peut ainsi renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité.

Ce délai commence à courir :

3

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391 dont le siège social est 4 rue du Général Foy 75008 PARIS
CGFAC_2022 OFFRE 3CAO INDIV

En matière de vente à distance :

- soit à compter du jour où l'adhésion du Membre Participant a pris effet,
- soit à compter du jour où il reçoit les documents contractuels, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

En matière de démarchage :

- à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion (ici « Demande d'adhésion »).

Lorsque le Membre Participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle ou en procédant à un envoi recommandé électronique :

« Je soussigné(e) Nom :

Prénom :

Adresse complète du Membre Participant :

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L.221-18 (ou L.221-18-1) du Code de la mutualité de renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire santé n°..... et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À

Le/...../.....

Signature du Membre Participant ».

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente jours (30), la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 5 – RESILIATION DU CONTRAT

5.1 - Résiliation à l'initiative de l'Association

▪ Résiliation à l'échéance

Les représentants légaux de l'Association disposent chaque année de la faculté de résilier le contrat en le signifiant à la Mutuelle par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux (2) mois avant la date d'échéance (le 31 octobre au plus tard). Le contrat prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit.

Toutefois, dans ce cas, le Membre Participant peut demander à la Mutuelle de devenir membre participant à titre individuel.

▪ Résiliation infra-annuelle

L'Association peut résilier son contrat en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit.

La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

Le Membre Participant peut demander à la Mutuelle de devenir membre participant à titre individuel.

5.2 - Résiliation de l'adhésion à l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut résilier l'adhésion d'un Membre Participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans le respect des dispositions énoncées à l'article 16 des présentes Conditions Générales.

5.3 - Résiliation de l'adhésion à l'initiative du Membre Participant

▪ Principe :

Le Membre Participant peut, chaque année, demander la résiliation de son adhésion en le signifiant à la Mutuelle, par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile (soit le 31 octobre). L'adhésion prend fin au terme de ce délai de préavis de deux (2) mois, c'est-à-dire le 31 décembre à minuit.

Le Membre Participant peut également résilier son adhésion en cours d'année après expiration d'un délai d'un an à compter de la prise d'effet du niveau de garanties souscrit. La résiliation prend effet à l'expiration du délai d'un mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation.

▪ Exceptions :

- En cas de modification des droits et obligations des Membres Participants, ces derniers peuvent demander la résiliation de leur adhésion par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information comportant les modifications. Cette demande de résiliation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.
- En cas de changement de la situation familiale d'un Membre Participant (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit), la demande doit être adressée à la Mutuelle dans les trois (3) mois qui suivent l'événement. La résiliation prendra effet le 1^{er} jour du mois qui suit cette demande.
- En cas de changement de situation professionnelle du conjoint, ou du partenaire de PACS, ou du concubin entraînant l'adhésion ou la perte de la qualité d'adhérent à un régime santé collectif obligatoire (attestation à fournir). La demande de résiliation doit être faite dans les trois (3) mois suivant la mise en place de cette couverture obligatoire. La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

5.4 – Radiation des ayants droit

L'adhésion facultative des ayants droit prend fin en cas de demande de résiliation par le Membre Participant, signifiée à la Mutuelle, par lettre, par tout autre support durable ou par tout autre moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux (2) mois avant la fin de l'année civile (soit le 31 octobre). La résiliation prend effet au terme de ce délai de préavis de deux (2) mois, c'est-à-dire le 31 décembre à minuit.

L'adhésion des ayants droit prend également fin dès que le Membre Participant ne bénéficie plus des garanties ou que les ayants droit perdent cette qualité.

Aucune demande de résiliation ne peut être acceptée en cours d'année. Toutefois, il peut être dérogé à cette règle dans les cas suivants :

- En cas de modification des garanties, le membre participant peut demander la radiation de ses ayants droit dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information comportant les modifications. Cette demande de radiation ne peut prendre effet qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties ;
- En cas de changement de situation familiale (jugement définitif de divorce, rupture du PACS ou du concubinage, décès d'un ayant droit). La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande ;
- En cas de changement de situation professionnelle du conjoint, ou du partenaire de PACS, ou du concubin entraînant l'adhésion ou la perte de la qualité d'adhérent à un régime santé collectif obligatoire (attestation à fournir). La demande de résiliation doit être faite dans les trois (3) mois suivant la mise en place de cette couverture obligatoire. La radiation prend effet le 1^{er} jour du mois qui suit la demande.

ARTICLE 6 - OUVERTURE ET CESSATION DES GARANTIES

6.1 - Entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'appliquent pour le Membre Participant et le cas échéant pour ses ayants droit, à compter de leur date d'adhésion au contrat. L'adhésion prend effet au jour de la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

Seuls les actes réalisés postérieurement à la date d'entrée en vigueur des garanties et antérieurement à leur date de cessation, sont susceptibles d'être pris en charge par la Mutuelle.

6.2 - Cessation des garanties

Les garanties cessent pour les Membres Participants et le cas échéant pour leurs ayants droit :

- À la date d'effet de la résiliation du Contrat par l'Association. Toutefois, dans ce cas, le Membre Participant peut demander à la Mutuelle de devenir Membre Participant à titre individuel.
- A la date d'effet de la résiliation, par la Mutuelle, de l'adhésion d'un Membre Participant, en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 16 des présentes Conditions Générales.
- A la date d'effet de la résiliation de son adhésion ou de celle de ses ayants droit par le Membre Participant.
- À l'expiration du mois au cours duquel le Membre Participant ne remplit plus les conditions visées à l'article 1 des présentes,
- Pour la couverture d'un ayant droit, à l'expiration du mois au cours duquel il perd cette qualité telle que définie à l'article 18 des présentes,
- À l'expiration du mois au cours duquel intervient le décès du Membre Participant pour ses ayants droit.

Suivant le motif de la radiation, la Mutuelle peut être amenée à demander au Membre Participant le justificatif correspondant.

Seuls les actes réalisés jusqu'à la date de cessation des garanties sont pris en charge par la Mutuelle.

ARTICLE 7 - PRESCRIPTION

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'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 ou de ses ayants droit contre l'organisme assureur 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 ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du 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 l'organisme assureur au souscripteur ou au Membre Participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre Participant à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

ARTICLE 8 - FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

En application des dispositions de l'article L.221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du Membre Participant, la garantie qui lui est accordée est nulle, dès lors que 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 le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 9 - SUBROGATION

9.1 - Subrogation dans le recours contre les tiers responsable

La Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions du Membre Participant ou de ses ayants-droit victimes d'un accident, contre les tiers responsables et ce dans la limite des dépenses supportées.

9.2 - Subrogation à l'égard des caisses de Sécurité Sociale

La Mutuelle est subrogée de plein droit dans les droits et actions du Membre Participant ou de ses ayants droit à l'égard des caisses d'assurance maladie obligatoire pour la part des prestations avancée par la Mutuelle et couverte par lesdits régimes obligatoires.

ARTICLE 10 - PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés ») et au Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), l'Association et le Membre Participant reconnaissent avoir été informés par la Mutuelle, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que les données à caractère personnel du Membre Participant et le cas échéant de ses ayants droit peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat ; et ce y compris l'utilisation du NIR (numéro de sécurité sociale) du membre participant ou de ses ayants droit pour la gestion du risque d'assurance complémentaire santé ;
- la proposition de produits et services adaptés aux besoins du membre participant et de ses ayants droit ;
- l'amélioration de la qualité du service et des produits et l'amélioration de la relation client ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le membre participant ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement ;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

L'Association et le Membre Participant reconnaissent que la collecte et le traitement des données à caractère personnel du Membre Participant et de ses ayants droit sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de ce contrat.

Les destinataires des données du Membre Participant et de ses ayants droit peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : le personnel de la Mutuelle ainsi que ses tiers autorisés, et notamment ses sous-traitants, ses délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités et l'Association.

La Mutuelle s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité physique et organisationnelle et de confidentialité des données traitées.

L'Association et le Membre Participant sont informés que la Mutuelle peut être amenée au travers de certains sous-traitants à transférer des données à caractère personnel vers un pays tiers en dehors de l'Union Européenne ou de l'Espace économique Européen. Dans ce cas, la Mutuelle met en place les mesures juridiques nécessaires afin d'assurer l'encadrement de ces transferts et de répondre aux obligations réglementaires en vigueur.

La Mutuelle est susceptible de traiter des données personnelles collectées par l'Association. La Mutuelle est également susceptible de traiter des données de santé collectées indirectement par les professionnels de santé et transmises par les régimes obligatoires.

Les données utilisées pour les statistiques font l'objet d'une anonymisation ou pseudonymisation préalable, excluant tout risque de ré-identification des personnes.

Les données à caractère personnel sont conservées au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, puis le temps de la prescription légale en vigueur. Cette durée de conservation est variable et dépend de la nature des données et de leur finalité de traitement.

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 dite « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD »), les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès aux données personnelles les concernant, d'un droit à la portabilité de ces données, d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à ce que ces données fassent l'objet d'un traitement, ainsi que d'un droit à la détermination du sort post-mortem de ces données. Les membres participants et leurs ayants droit disposent également du droit à ce que ces données soient rectifiées, complétées, mises à jour, verrouillées ou effacées lorsqu'elles sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées, ou que leur collecte, utilisation, communication ou conservation est interdite.

Ces droits peuvent être exercés à tout moment par le Membre Participant et par ses ayants droit, sur simple demande, par l'un des moyens exposés ci-après.

Cette demande doit être accompagnée d'un motif légitime lorsque celui-ci est exigé par la loi.

La demande peut être exercée :

- par courrier papier à l'adresse suivante : AÉSIO mutuelle - Délégué à la Protection des Données, 4 rue du Général FOY, 75008 Paris
- par mail à l'adresse suivante : aesio.dpo@aesio.fr

Ces droits sont personnels, seule la personne concernée peut en faire la demande ou son représentant légal, ou en cas de décès ses héritiers légaux, sauf exceptions prévues par la loi.

Le Membre Participant et ses ayants droit disposent du droit d'effectuer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés concernant le traitement de leurs données personnelles : www.cnil.fr ; 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Ils disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

ARTICLE 11 – RÉCLAMATIONS-MÉDIATION

Toutes contestations ou réclamations relatives au versement des prestations ou à l'application des dispositions du présent Contrat doivent être adressées par écrit à AGÉO, gestionnaire du contrat :

- Soit par courrier à AGÉO Service Réclamations, 14 rue Joliot Curie – CS30248 – 51010 Châlons-en-Champagne Cedex
- Soit par mail adressé à : service.reclamation@ageo.fr

Elles feront l'objet d'une réponse circonstanciée.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un Membre participant, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction, fondé(s) ou non. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

La Mutuelle, par l'intermédiaire de son gestionnaire AGÉO, dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception. Une réponse définitive sera apportée au Membre participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails). Les réclamations doivent porter sur des situations individuelles.

En l'absence de réponse dans le délai précité ou en cas de désaccord avec la réponse apportée, le Membre Participant et ses ayants droit peuvent avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible gratuitement dans le cadre de situations litigieuses non résolues et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations. Cette procédure doit être introduite dans le délai d'un an suivant l'épuisement des voies de recours internes de la Mutuelle. A cet effet, le Membre participant ou son ayant droit peuvent prendre contact avec le Médiateur :

-Soit par courrier à l'attention de : Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française - FNMF - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

-Soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://saisine.mediateur-mutualite.fr>

ARTICLE 12 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

Conformément aux dispositions relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle est fondée, dans le cadre du respect de son obligation de vigilance et de contrôle, à demander toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'adhésion ou à sa modification.

ARTICLE 13 - AUTORITE DE CONTROLE

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R) sis 4 Place de Budapest – CS 92459 –75436 PARIS CEDEX 09.

CHAPITRE II - COTISATIONS

ARTICLE 14 - FIXATION ET EVOLUTION DES COTISATIONS

Les garanties sont assurées en contrepartie du versement des cotisations dont les montants sont fixés aux Conditions Particulières. Ces cotisations ont un caractère annuel.

Les montants des cotisations des opérations collectives sont établis notamment sur la base du montant en vigueur des prestations de la Sécurité sociale, de l'âge du Membre Participant et du niveau de garanties choisi.

Le montant est révisé par la Mutuelle au 1^{er} janvier de chaque année notamment dans les cas suivants :

- pour tenir compte de l'évolution des régimes d'assurance maladie obligatoire et du résultat financier global de la garantie,
- pour tenir compte de l'évolution du risque constatée chaque année.

Le montant des cotisations sera également révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications importantes des taux ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, de décision de déremboursement substantiel ou de modification importante du système de santé ayant pour effet de modifier l'économie du contrat, la nature du risque assuré et son évaluation par la Mutuelle. À défaut, la Mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification législative ou réglementaire.

Les modalités éventuelles de gratuité de cotisations des bénéficiaires sont fixées aux Conditions Particulières.

ARTICLE 15 - PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

En cas d'adhésion ou de résiliation en cours de mois, les cotisations sont calculées prorata temporis. Le Membre Participant, n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée à partir de la date d'effet du contrat et jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

Le Membre Participant effectue le paiement des cotisations selon l'une des modalités suivantes, fixées au certificat d'adhésion.

Prélèvement automatique

Le Membre Participant transmet à la Mutuelle un mandat SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne. En cas d'incidents de paiements répétés : 2 rejets consécutifs de prélèvement, la Mutuelle se réserve le droit :

- De supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées,
- D'exiger le paiement annuel de la cotisation.

En cas de rejet de prélèvement, il sera imputé des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

Les membres participants, réglant les cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devront en faire la demande par écrit auprès de la Mutuelle. Le solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours devra alors être acquitté par tout autre moyen. Les Conditions Particulières peuvent prévoir le versement d'un acompte à l'adhésion.

Paiement par chèque

Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à la Mutuelle au moins deux jours avant l'échéance des cotisations définies au contrat.

En cas d'incidents de paiement répétés : deux (2) rejets consécutifs de chèques, la Mutuelle se réserve le droit :

- De supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées,
- D'exiger le paiement annuel de la cotisation.

Paiement par virement

Le paiement de la cotisation par virement doit parvenir à la Mutuelle au moins deux jours avant l'échéance des cotisations définies au contrat.

ARTICLE 16 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS PAR LE MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut se voir ainsi que ses ayants droit, exclus de la couverture des garanties du contrat.

L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure de paiement. Cette lettre de mise en demeure ne peut être envoyée que dix (10) 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 l'exclusion des garanties définies au contrat.

La cotisation annuelle reste due. La Mutuelle pourra poursuivre en justice le recouvrement de la cotisation.

CHAPITRE III - GARANTIES FRAIS DE SANTE

ARTICLE 17 – NATURE DES GARANTIES

Les garanties du contrat ont pour objet d'assurer aux membres participants et le cas échéant à leurs ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité survenu pendant la période de garantie.

Les remboursements se feront en complément de ceux effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie française.

Par dérogation, le tableau des garanties peut préciser s'il s'agit de prestations en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont fixées au tableau des garanties. Elles sont établies en conformité avec les dispositions légales et réglementaires applicables aux « contrats responsables » telles que définies en Annexe 1 des présentes.

Il est convenu entre les parties, qu'en cas de modification de la législation fixant les critères des contrats responsables, la mise en conformité des garanties avec les nouveaux critères pourra se faire automatiquement par l'envoi par la Mutuelle d'un additif au contrat. Ainsi, ces adaptations ne donneront pas nécessairement lieu à la signature d'un avenant.

Les conditions d'entrée en vigueur et de cessation des garanties sont prévues aux articles 3 et 5 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 18 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

Les bénéficiaires des garanties sont :

- le Membre Participant,
- les ayants droit du Membre Participant à la double condition qu'ils soient désignés sur la demande d'adhésion et qu'ils répondent

aux conditions ci-dessous.

On entend par ayant droit du Membre Participant :

- Les personnes reconnues comme ayants droit du Membre Participant par la législation de la Sécurité Sociale,
- Les membres d'une même famille ou vivant au foyer du Membre Participant, bénéficiant d'une couverture sociale personnelle tels que :
 - Le conjoint, non divorcé, non séparé de corps judiciairement.
 - Le partenaire lié par un PACS (dit « partenaire »)
 - Le concubin (personne vivant en couple avec le Membre Participant dans le cadre d'une union de fait dont le domicile fiscal est le même).
- Les enfants du Membre Participant ou de son conjoint (concubin ou partenaire) âgés de moins de 28 ans dès lors qu'ils ne sont ni mariés, ni pacsés ou ne vivant pas en concubinage.

Les enfants reconnus handicapés sont considérés comme ayant-droit du membre participant et peuvent bénéficier du présent contrat quel que soit leur âge s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

ARTICLE 19 – AFFILIATION A UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE FRANÇAIS

Le Membre Participant fait connaître sa situation ainsi que celle de ses ayants droit au regard de l'assurance maladie obligatoire. Toute modification sera signalée à la Mutuelle.

La Mutuelle pourra, lorsque le paiement des prestations y est conditionné, exiger du Membre Participant ou de ses ayants droit la fourniture de la carte VITALE ou de son attestation.

L'adhésion de tout Membre Participant ou ayant droit ne pouvant justifier de son appartenance à l'Assurance Maladie Obligatoire est nulle.

ARTICLE 20 - ASSIETTE DE PRESTATIONS

Les prestations sont basées :

- sur la valeur de la base de remboursement selon la réglementation de l'Assurance Maladie Obligatoire française en vigueur,
- ou sur des montants forfaitaires indiqués dans les tableaux des garanties
- ou en pourcentage de la dépense engagée.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger (déplacement occasionnel), le remboursement se fait sur la base de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoires français figurant dans les nomenclatures des actes, produits et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie obligatoire française (NGAP, CCAM, NABM, LPP, GHS).

Sauf dispositions contraires prévues dans les Conditions Particulières et/ou les tableaux des garanties, les prestations exprimées en forfait prenant en charge des actes non remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les actes ont été engagés à l'étranger.

Si les remboursements ou les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont modifiés avant l'échéance annuelle du contrat, la Mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Sauf cas particuliers précisés dans le tableau des garanties, l'absence de prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

ARTICLE 21 - MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

21.1 – Droit aux prestations

Pour que le Membre Participant puisse bénéficier des prestations, il doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts.

Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

En cas d'hospitalisation : l'établissement ou le Membre Participant peut demander à la Mutuelle une prise en charge permettant d'une part de vérifier l'étendue des droits au regard des prestations complémentaires et supplémentaires et d'autre part d'obtenir une dispense d'avance de frais.

21.2 - Règlement

Le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur le compte du Membre Participant ou du bénéficiaire.:

- Soit par télétransmission, norme NOEMIE (en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire), sauf renonciation du Membre Participant ou de ses ayants droit ;
- Soit sur présentation à la Mutuelle des pièces justificatives suivantes :

10

- **le décompte de prestations original établi par le régime légal d'assurance Maladie** dont relève le Membre Participant ou son ayant droit,
- **et, le cas échéant l'un des documents suivants :**

| Nature des frais | Pièces justificatives |
|--|---|
| Dépassements d'honoraires | Relevé d'honoraires originaux acquittés |
| Chambre particulière ou frais de séjour de l'accompagnant | Originaux des factures acquittées |
| Forfait journalier hospitalier | Original de la facture acquittée |
| Soins hors nomenclature | Note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés |
| Soins inscrits à la CCAM mais non remboursés par la Sécurité Sociale | Note d'honoraires du professionnel de santé codifiant les soins dispensés |
| Optique hors prise en charge en Tiers-payant | Facture détaillée et acquittée |
| Prothèse dentaire | Facture des honoraires acquittée |
| Prestations non prises en charge par la Sécurité Sociale prévues dans le tableau des garanties | Facture détaillée, datée et acquittée |

Le cas échéant, la Mutuelle par l'intermédiaire de son gestionnaire, se réserve le droit de réclamer des justificatifs particuliers nécessaires à la liquidation du dossier.

21.3 – Tiers-Payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le Membre Participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Le Membre Participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte de mutuelle pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

21.4 - Date des soins

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement des régimes d'assurance obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par un régime d'assurance maladie obligatoire.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- **Soins ambulatoires : date des soins**
- **Soins externes hospitaliers : date des soins**
- **Soins dentaires : date des soins**
- **Prothèses dentaires : date d'exécution**
- **Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...) : date des derniers soins**
- **Séjour : date d'entrée**
- **Honoraires : date des soins**
- **Lunettes et lentilles acceptées par le régime obligatoire : date de facturation**
- **Lentilles refusées par le régime obligatoire : date de facturation**
- **Appareillage : date de facturation**
- **Cure thermique : date de fin de cure**
- **Pharmacie : date de facturation**

- Orthodontie : date des soins

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année.

ARTICLE 22 – CONTRÔLE MÉDICAL

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 bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Préalablement au contrôle, le bénéficiaire est prévenu des modalités des examens demandés par la Mutuelle. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la mutuelle.

En cas de contrôle a posteriori (après versement des prestations), le membre participant devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indues.

En cas de désaccord entre le Membre Participant et la Mutuelle, les parties intéressées peuvent choisir un médecin expert. A défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le médecin est désigné par le Président du tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. La Mutuelle et le Membre Participant supportent chacun pour moitié les frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le Membre Participant.

ARTICLE 23 - LIMITE DES REMBOURSEMENTS

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 ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 24 – EXCLUSIONS

Sont exclues des garanties, les demandes de remboursement de prestations liées aux événements suivants :

a) Exclusions prévues à l'article R.871-1 du Code de la Sécurité Sociale (contrats responsables) :

- La majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- La majoration du ticket modérateur pour les consultations dans et hors parcours de soins quand l'assuré n'autorise pas l'accès à son dossier médical personnel,
- La franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- La participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,
- Les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires mentionnées au III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité Sociale.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration de ce document s'appliqueront immédiatement afin de conserver aux garanties leur caractère responsable.

b) Autres exclusions :

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

Au-delà de ces prestations minimums, la mutuelle ne prend pas en charge :

- **Les traitements esthétiques ou de cosmétologie, les cures et traitements de rajeunissement et de détente, lorsqu'ils ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire,**

- Les frais d'hébergement en établissement gériatrique ou de long séjour, les séjours en ateliers thérapeutiques, en centre de rééducation professionnelle et dans les instituts et centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnels (dont les maisons d'accueil spécialisées – MAS).
- Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie,

Ne donnent droit à aucun remboursement, les actes non pris en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire, à l'exception de ceux expressément prévus dans le tableau de garanties et dans la limite des montants exprimés.

Ne donne droit à aucun remboursement les prestations exprimées en forfaits prenant en charge des actes non remboursés par les régimes d'assurance maladie obligatoire, dès lors que lesdits actes ont été engagés à l'étranger, à l'exception de ceux expressément prévus dans le tableau des garanties et dans la limite des montants exprimés.

ARTICLE 25 – SERVICES ASSOCIÉS

En complément de ses garanties, la Mutuelle, peut, dans le cadre de conventions spécifiques passées avec des prestataires de services extérieurs, permettre à ses adhérents de bénéficier d'aides en nature ou en espèces.

Le tableau des garanties remis au Membre Participant définit la nature des garanties fournies, les conditions d'attribution et porte mention des coordonnées du prestataire.

ARTICLE 26 – FONDS D'ACTION SOCIALE

La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et leurs ayants droit.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement par l'Assemblée générale de la Mutuelle.

Les actions sociales concernent les domaines suivants :

- les aides aux prestations sanitaires et sociales : Soins ambulatoires (dentaire, optique, prothèses auditives, frais d'appareillage, hors nomenclature), hospitalisation (forfait journalier, dépassements chirurgicaux, chambre particulière), social (frais de transport, travaux d'aménagement du domicile et/ ou du véhicule, séances d'ergothérapie, matériel spécifique, aide à domicile, frais d'accompagnant, frais d'hébergement), divers (frais d'obsèques, ...),
- les aides exceptionnelles répondant à des situations particulièrement graves vécues par les adhérents.

ARTICLE 27 – RÉALISATIONS MUTUALISTES

Les membres participants et leurs ayants droit peuvent bénéficier des prestations et services proposés par les unions auxquelles adhère la Mutuelle.

*
* *

Distributeur des garanties : 2MA – Ma Meilleure Assurance, Société par Actions Simplifiée de courtage en assurance au capital de 4000 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le n°802 992 628 et immatriculée à l'ORIAS sous le n°14 004 501, dont le siège social est 23 rue Guyton de Morveau 75 013 PARIS

Assureur des garanties santé : AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n°775.627.391 dont le siège social est 4 Rue du Général Foy 75008 PARIS

Gestionnaire du contrat : AGÉO, Société par Actions Simplifiée au capital de 457 340 euros, immatriculée au RCS PARIS sous le n°493 349 682 dont le siège social est 7 rue de Turbigo 75001 PARIS

ANNEXE 1 - QU'EST-CE QU'UNE GARANTIE RESPONSABLE ?

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a mis en place un ensemble de mesures visant à la maîtrise des dépenses de santé. Elle a défini les « garanties responsables » qui visent à inciter le patient à respecter le parcours de soins.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a introduit une réforme en profondeur de ces garanties responsables, avec la mise en place de nouvelles obligations de prise en charge et le plafonnement de certaines prestations. Ce nouveau cahier des charges du contrat responsable a été précisé par décret n° 2014- 1374 du 18 novembre 2014.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires a adapté le cahier des charges des contrats responsables, tel qu'il résultait du décret du 11 novembre 2014, pour la mise en œuvre de la réforme « 100% santé » telle qu'issue de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Ces évolutions prendront effet respectivement :

- à compter du 1er janvier 2020 pour les nouvelles dispositions relatives à l'optique et au dentaire ;
- à compter du 1er janvier 2021 pour les dispositions relatives aux aides auditives.

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent, sauf exceptions précisées dans les tableaux de garanties ou conditions particulières, le cahier des charges des contrats « responsables

» conformément aux dispositions légales et réglementaires des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

UNE GARANTIE RESPONSABLE DOIT PRÉVOIR:

1°) Des prises en charge obligatoires :

- La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= 100% du Ticket modérateur), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales;
- La prise en charge de l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée
- La prise en charge du forfait patient urgence

2°) L'encadrement de certaines prestations si elles sont prévues par le contrat :

- Dépassement d'honoraires des médecins : la prise en charge des dépassements d'honoraires par le contrat responsable est plafonnée lorsque le médecin qui pratique le dépassement d'honoraire n'a pas adhéré à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)* prévus par la convention médicale en vigueur. Ainsi, cette prise en charge ne peut pas être supérieure à 100% de la base de remboursement sécurité sociale (BRSS) et doit être inférieure d'au moins 20% de la BRSS à la prise en charge, par le contrat, des dépassements d'honoraires des médecins qui ont adhéré à un DPTM.

(* Ces dispositifs sont l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) et l'Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO).

3°) Des prises en charges en dentaire, optique et des aides auditives :

- Remboursement Optique : le contrat responsable distingue entre deux classes d'équipements optiques :
 - La prise en charge des équipements de Classe A (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise en charge des équipements de Classe B « à tarifs libres » à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect des montants minimum et maximum de remboursement définis en fonction du type de verre, tels que précisés par l'article R871- 2 du Code de la sécurité sociale. Enfin, le remboursement de la monture au sein de l'équipement est limité à 100 euros.

La prise en charge d'un équipement (verres + monture) se fait par période de deux ans, appréciée à compter de la date d'acquisition. Le renouvellement est possible au terme d'une période d'un an pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue (telle que définie dans la LPP), ainsi que dans d'autres cas précisés par la LPP.

- Remboursement des aides auditives : le contrat responsable distingue entre deux classes d'aides auditives :
 - La prise des équipements de Classe I (« reste à charge zéro ») tels que définis dans la LPP au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels.
 - La prise des équipements de Classe II (« à tarifs libres ») à hauteur du ticket modérateur. Si le contrat le prévoit, la prise en charge au-delà du ticket modérateur se fait dans le respect du montant maximum de remboursement, tels que précisés par l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

Le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période de 4ans après le dernier remboursement, dans les conditions fixées dans la LPP. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

- Remboursement dentaire : le contrat responsable distingue trois paniers de soins :
 - La prise en charge des actes appartenant au panier « 100% Santé » (« reste à charge zéro ») au-delà de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire à hauteur de 100% des frais réels engagés
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins à « reste à charge maîtrisé » à hauteur du ticket modérateur,
 - La prise en charge des actes appartenant au panier de soins « à tarifs libres » hauteur du ticket modérateur.

4°) Des exclusions de prise en charge :

- la majoration du ticket modérateur sur les consultations et actes techniques effectués hors parcours de soins,
- la franchise sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques (consultations) et techniques pratiqués par des spécialistes hors parcours de soins,
- la participation forfaitaire instaurée sur les actes médicaux,

- les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Les éventuelles nouvelles exclusions mises en place par des textes législatifs ou réglementaires intervenant après l'élaboration du présent document s'appliqueront immédiatement afin de conserver à la garantie son caractère responsable.

5°) La possibilité de bénéficiaire du tiers payant :

La garantie responsable doit permettre à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet

de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix limites de vente pour les équipements optiques et auditifs appartenant au panier de soins 100% santé ainsi qu'à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des honoraires de facturation pour les actes appartenant au panier de soins 100% santé. Le bénéfice du tiers payant sur la part complémentaire est toutefois subordonné à la demande du professionnel de santé à l'origine des soins.