



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr

CAP' PLÉNITUDE SANTÉ

PRENEZ
SOIN DE VOUS
EN TOUTE
SÉRÉNITÉ

Ce contrat **solidaire** et **responsable** vous propose de choisir parmi 5 niveaux de garanties pour composer votre complémentaire santé, selon vos besoins et ceux de votre famille.



LES POINTS FORTS DE VOTRE CONTRAT

Quel que soit votre niveau de protection, vous bénéficiez de prestations remboursées à 100% d'équipements et/ou de frais médicaux déterminés dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audio.



LA CONSULTATION MÉDICALE À DISTANCE

Dialoguez par Internet ou téléphone avec un médecin généraliste ou spécialiste afin d’obtenir un conseil, un diagnostic et même une ordonnance.



DES PRESTATIONS DE HAUTE QUALITÉ À TARIFS NÉGOCIÉS

Accédez au réseau de partenaires de santé Kalixia : des avantages en optique, audio et dentaire.



LE FONDS D’ACTION SOCIALE

Un dispositif solidaire créé pour aider les adhérents de la mutuelle à faire face à des dépenses importantes engagées, notamment au titre de la santé.

CAP' PLÉNITUDE SANTÉ

Choisissez votre niveau de garanties

Les garanties sont exprimées en euros, frais réels ou en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale et incluent les remboursements du Régime Obligatoire (sauf pour les prestations exprimées en euros ou en PMSS), et dans la limite des frais réellement engagés. Les forfaits et plafonds de garanties exprimés au sein du tableau des garanties s’entendent par assuré. Ces niveaux de garanties sont responsables : les garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les «contrats responsables». Les garanties s’appliquent conformément au règlement mutualiste.

	CAP 130	CAP 160	CAP 200	CAP 300	CAP 400
HOSPITALISATION					
Frais de séjour	130%	160%	200%	300%	400%
Honoraires (actes de chirurgie, d’obstétrique, d’anesthésie, actes d’imagerie médicale, d’échographie, actes techniques médicaux) d’un praticien signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130%	160%	200%	300%	400%
Honoraires (actes de chirurgie, d’obstétrique, d’anesthésie, actes d’imagerie médicale, d’échographie, actes techniques médicaux) d’un praticien non signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	110%	140%	180%	200%	200%
Forfait hospitalier journalier illimité	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière/par nuitée	40 €	60 €	80 €	100 €	120 €
Lit d’accompagnant enfant moins de 12 ans (par nuit)	10 €	15 €	20 €	20 €	20 €
Transport remboursé par le régime obligatoire d’Assurance maladie	100%	100%	100%	100%	100%
Assistance en cas d’immobilisation ou d’hospitalisation supérieure à 24h inclus ⁽¹⁾	Garde de vos enfants ou de vos animaux, assistance à domicile, soutien scolaire...				
Prise en charge de vos frais TV inclus ⁽¹⁾	✓	✓	✓	✓	✓
Indemnités Journalières Hospitalisation (en option)*	10 € / 20 € / 30 € en option				

SOINS COURANTS					
Consultations et visites de généralistes ou spécialistes signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	130%	160%	200%	300%	400%
Consultations et visites de généralistes ou spécialistes non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽²⁾	110%	140%	180%	200%	200%
Actes de chirurgie, d’imagerie médicale, d’échographie, d’obstétrique, d’anesthésie, actes techniques médicaux par un praticien signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	130%	160%	200%	300%	400%
Actes de chirurgie, d’imagerie médicale, d’échographie, d’obstétrique, d’anesthésie, actes techniques médicaux par un praticien non signataire des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	110%	140%	180%	200%	200%
Auxiliaires médicaux, analyses médicales	130%	160%	200%	300%	400%

PHARMACIE					
Pharmacie remboursée par le régime obligatoire d’Assurance maladie : médicaments, vaccins	100%	100%	100%	100%	100%

DENTAIRE					
 Soins et prothèses 100% Santé **	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾
 Prothèses hors 100% Santé - Panier II (Tarifs maîtrisés)	130%	160%	200%	300%	400%
 Prothèses hors 100% Santé - Panier III (Tarifs libres)	130%	160%	200%	300%	400%
Soins dentaires / Inlay Onlay	130%	160%	200%	300%	400%
Orthodontie remboursée par le régime obligatoire d’Assurance maladie	130%	160%	200%	300%	400%
Orthodontie non remboursée par le régime obligatoire d’Assurance maladie	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Implantologie	-	160 €	200 €	300 €	400 €
Plafond annuel par bénéficiaire la 1 ^{ère} année	600 €	800 €	900 €	1000 €	1200 €
Plafond annuel par bénéficiaire les 2 ^{ème} et 3 ^{ème} années	700 €	900 €	1000 €	1200 €	1500 €
Plafond annuel par bénéficiaire la 4 ^{ème} année et les suivantes	800 €	1000 €	1100 €	1400 €	1700 €

	CAP 130	CAP 160	CAP 200	CAP 300	CAP 400
OPTIQUE ⁽⁴⁾					
 Équipements 100% Santé*** (Monture + Verres - Classe A) ⁽⁵⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾	Frais réels ⁽⁶⁾
Équipements hors 100% Santé (verres et monture de classe B, ou de classe A et B) (cf. descriptif de garanties)	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾	Ticket modérateur ⁽⁷⁾
Montures, lentilles et verres remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie	100%	100%	100%	100%	100%
Équipement optique ⁽⁴⁾ (monture + 2 verres simples)	150 €	175 €	200 €	225 €	250 €
Équipement optique ⁽⁴⁾ (monture + 2 verres complexes, très complexes et équipement mixtes)	200 €	250 €	300 €	350 €	475 €
Dont forfait max monture	100 €	100 €	100 €	100 €	100 €
Lentilles remboursées ou non remboursées par le régime obligatoire d'Assurance maladie y compris lentilles de vue jetables et chirurgie réfractive des yeux	100 €	100 €	150 €	200 €	250 €
AIDES AUDITIVES ⁽⁸⁾					
 Équipement auditif 100% santé À compter de 2021	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾	Frais réels ⁽³⁾
Autres équipements (Classe II) - À compter du 1 ^{er} janvier 2021	TM - Dans la limite de 1700 €/aide	TM - Dans la limite de 1700 €/aide	TM - Dans la limite de 1700 €/aide	TM - Dans la limite de 1700 €/aide	TM - Dans la limite de 1700 €/aide
Prothèse auditive	130%	160%	200%	300%	400%
AUTRE APPAREILLAGE					
Petit et Grand appareillage, accessoires, orthopédie	130%	160%	200%	300%	400%
Plafond annuel par bénéficiaire	-	500 €	600 €	700 €	800 €
BIEN-ÊTRE					
Ostéopathie, chiropractie, homéopathie, étiopathie, acupuncture, pédicure, podologue	40 €/an/ bénéficiaire	50 €/an/ bénéficiaire	75 €/an/ bénéficiaire	100 €/an/ bénéficiaire	150 €/an/ bénéficiaire
Frais de cure thermale acceptée par le Régime Obligatoire d'Assurance maladie	100%	100%	100%	100%	100%
MATERNITÉ					
Fécondation In Vitro, amniocentèse, moyens de contraception, péridurale non remboursée par la Sécurité sociale	40 €/an/ bénéficiaire	50 €/an/ bénéficiaire	75 €/an/ bénéficiaire	100 €/an/ bénéficiaire	150 €/an/ bénéficiaire
PRÉVENTION					
Vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie, densitométrie osseuse, sevrage tabagique, préservatifs masculins et féminins, parodontologie, actes contrat responsable ⁽⁹⁾	40 €/an/ bénéficiaire	50 €/an/ bénéficiaire	75 €/an/ bénéficiaire	100 €/an/ bénéficiaire	150 €/an/ bénéficiaire
OBSÈQUES					
Frais funéraires	200 €	300 €	500 €	700 €	1000 €
Exonération des cotisations au conjoint survivant en cas de décès	✓	✓	✓	✓	✓
Prise en charge des frais de transfert, rapatriement de corps ou urne	✓	✓	✓	✓	✓
Accompagnement obsèques (enregistrement des volontés qui sera communiqué sur demande aux proches lors d'un décès ou des conseils relatifs à l'organisation des obsèques)	✓	✓	✓	✓	✓
AUTRES AVANTAGES					
Téléconsultation avec Medecin Direct	✓	✓	✓	✓	✓
Tiers payant	✓	✓	✓	✓	✓
Réseaux de soins KALIXIA	Bénéficient de réductions tarifaires chez nos opticiens et audioprothésiste référencés Kalixia				
Assistance santé ⁽¹⁾ Vie quotidienne 24h/24 & 7j/7	✓	✓	✓	✓	✓
Fonds d'actions sociale	✓	✓	✓	✓	✓
EN OPTIONS					
Capital Blessure et/ou brulure*	Jusqu'à 1100 € de capital versé en cas de blessure ou brûlure				
Individuel Accident*	Jusqu'à 15 000 € de capital versé en cas d'incapacité ou d'invalidité permanente ou de décès				
Talis surcomplémentaire*	Bénéficient de remboursements supplémentaires en hospitalisation, optique, dentaire, médicaments, confort et bien-être.				

ET PLUS ENCORE !



Des garanties d'assistance complètes :

- Aide à domicile ou prestations de bien-être dès une hospitalisation en ambulatoire,
- Garde des enfants ou des personnes dépendantes à charge,
- Avance des frais médicaux à l'étranger,
- Assistance obsèques...



Des remboursements supplémentaires et adaptés à vos besoins :

- Vaccins non remboursés par le régime obligatoire d'Assurance maladie,
- Aide à l'arrêt du tabac,
- Forfait pédicure et podologue,
- Forfait médecines alternatives : acupuncture, ostéopathie, chiropraxie, homéopathie.



Un soutien à votre famille en cas de décès

- De 200 à 1 000 € pour les frais funéraires,
- Exonération des cotisations pour les bénéficiaires survivants.

VOS COTISATIONS
RÉDUCTION pour votre conjoint, s'il souscrit avec vous
GRATUITÉ à partir du 3^{ème} enfant

Consultez nos exemples de remboursement (Cf. annexe)



Concrètement, qu'est-ce que j'y gagne ?

Mise en place progressivement jusqu'en 2021, la réforme reste à charge (RAC) zéro vous offre un double avantage :

1. **Le remboursement à 100%** des équipements et/ou frais médicaux déterminés dans les domaines de l'optique, du dentaire et de l'audio.
2. Pour le reste, le choix **parmi plusieurs « paniers ou offres de soins »** à tarifs maîtrisés ou libres.

Quels frais ou équipements 100% SANTÉ, 100% REMBOURSÉS ?



OPTIQUE

Au 1^{er} janvier 2020

- Verres toutes corrections..... 32,50 € à 170 €/verre selon la correction
 - Options incluses Amincissement, anti-reflets, anti-rayures
 - Montures 30 € maximum
- Renouvellement tous les 2 ans



DENTAIRE

Au 1^{er} janvier 2020

- Couronnes..... 290 € à 500 € selon le type de couronne
- Bridges..... 870 € à 1465 € selon le type de bridge

Au 1^{er} janvier 2021

- Prothèses amovibles



AUDIO

Au 1^{er} janvier 2021

- Aides auditives enfants..... 1 400 € maximum/oreille
 - Aides auditives adultes..... 950 € maximum/oreille
 - Avec 12 canaux de réglage
 - Au moins 3 options incluses : système anti-acouphène, connectivité sans fil, réducteur de bruit du vent, synchronisation binaurale, bande passante élargie ≥ 6 000 Hz, fonction apprentissage de sonie, système anti-réverbération.
- Renouvellement tous les 4 ans

* Garantie accessoire vendue en option à la garantie santé. Voir détails et conditions dans le règlement mutualiste ou la notice d'information.

** Tels que définis réglementairement.

*** 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.

- (1) Prestations assurées par RMA, Ressources Mutuelle Assistance, 46 rue du Moulin, BP 62127, 44121 VERTOU CEDEX. Voir la notice d'information spécifique pour connaître les modalités et les détails des prestations accordées.
- (2) Limité à 12 séances par an par bénéficiaire pour les consultations et visites de psychiatres et neuropsychiatres.
- (3) Frais réels dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF).
- (4) la prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un enfant de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sous réserve de présentation de la prescription médicale ou de la prescription initiale avec mentions de l'opticien). les périodes de renouvellement des équipements s'apprécient à la date d'acquisition de l'équipement, entendue comme la date de facturation.
- (5) La prestation d'appairage pour des verres d'indice de réfraction différente et le supplément pour les verres avec filtre sont des prestations comprises dans la garantie «100% Santé».
- (6) Frais réels dans la limite des prix limites de vente (PLV).
- (7) Au delà du plafond, les remboursements incluent systématiquement la prise en charge du ticket modérateur.
- (8) Les aides auditives «100% Santé», telles que définies réglementairement sont prises en charge par les contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1er janvier 2021. Leur renouvellement ne peut intervenir avant une période de quatre ans suivant l'acquisition de l'aide. l'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive, à l'issue de sa période d'essai.
- (9) Voir la liste définie par le décret.

Le présent descriptif de garanties complète les prestations décrites dans le tableau de garanties. Elles incluent le remboursement des régimes obligatoires français d'Assurance maladie (sauf pour certains montants exprimés en euros) et sont limitées pour tous les risques aux frais réels engagés et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers par Avenir Mutuelle.

Les garanties prennent en compte le dispositif des "contrats responsables" modifié par l'article 51 de la Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 et son décret d'application n°2019-21 du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

Pour tous les actes non conventionnés, le remboursement est limité au paiement du ticket modérateur calculé sur la base du tarif d'autorité. En cas d'hospitalisation, pour les cliniques et hôpitaux non conventionnés, la participation est limitée au paiement du forfait hospitalier et de la chambre particulière. Le forfait hospitalier est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle, pour une durée illimitée, dans les conditions définies ci-après.

Hospitalisation

Pour les frais de séjour, prise en charge en fonction des conventions en vigueur avec les cliniques et établissements hospitaliers conventionnés.

Le forfait hospitalier facturé par les établissements de santé est pris en charge dans sa totalité par la mutuelle pour une durée illimitée.

La chambre particulière est prise en charge à hauteur du montant indiqué au tableau de garanties pour une durée par an et par bénéficiaire de 60 jours et de 40 jours en psychiatrie.

La nuitée s'entend pour un séjour comportant au moins une nuit de 22h00 à 6h00.

Le lit de l'accompagnant est pris en charge pour une durée de 30 jours par an* et par bénéficiaire. Uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans.

Les forfaits d'accueil, les dépenses à caractère personnel et les divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, téléphone, journal, ...) ne font l'objet d'aucun remboursement, sauf dispositions particulières précisées aux garanties.

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

- de moyens et longs séjours,
- de séjours en maison de retraite,
- de frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en établissements et services sociaux et médicaux-sociaux visés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles.

A ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions prévues au tableau des garanties.

Actes médicaux

Les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du tarif de convention.

Dentaire

Pour l'orthodontie refusée, un montant par semestre* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie, la participation de la mutuelle s'effectue au regard d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix du traitement.

Pour l'implantologie, le montant par an* et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel*. Notre remboursement s'effectue sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie et d'une facture détaillant la nature, la cotation et le prix de chaque implant.

Le plafond annuel* s'applique aux prothèses dentaires non remboursées, à l'orthodontie, à la parodontologie et à l'implantologie.

Optique

Prise en charge de l'équipement optique (1 monture + 2 verres) limitée à **un renouvellement** :

- par période de 2 ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus;
- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans;
- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Les périodes de renouvellement de deux ans qui s'appliquent aux assurés de 16 ans et plus sont réduites en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (renouvellement annuel), et dans les conditions fixées par la Liste des Produits et Prestations. La période d'un an n'est pas opposable aux assurés de moins de 16 ans, dans les mêmes conditions que celles fixées ci-dessus.

Aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement (glaucome, hypertension intraoculaire isolée, DMLA, opération de la cataracte datant de moins d'un an...).

Les périodes de renouvellement s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement, entendue comme la date de la dernière facturation de l'équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge de l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à **100 €**. Pour les lentilles jetables, la facture acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale.

Équipement verres simples : 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 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Équipement verres complexes : Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur ou égal à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Équipement verres très complexes : 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 ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Aides auditives

Aides auditives de Classe I (100% Santé) : Prise en charge à hauteur des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés (PLV).

Aides auditives de Classe II : Prise en charge maximum de 1.700 € par aide auditive (incluant la part prise en charge par la Sécurité sociale et le ticket modérateur).

La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de l'appareil, entendue comme la date de facturation¹.

Autres prestations

Les montants s'entendent **par an* et par bénéficiaire sur justificatif**, avec ou sans participation du régime obligatoire d'Assurance maladie.

Les actes d'acupuncture, de podologue, d'ostéopathie et de chiropractie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

Toute demande de remboursement des consultations «Prévention et Médecines douces» est conditionnée à l'enregistrement du praticien auprès de l'ARS (Agence Régionale de Santé) du département d'exercice ou dans le répertoire ADEL.

Actes médicaux féminins

Les montants s'entendent par an* et par bénéficiaire. Les actes doivent être médicalement prescrits, sur justificatif, avec ou sans participation du régime obligatoire d'Assurance maladie. La contraception couvre les moyens suivants : le stérilet, les pilules, le patch.

Prévention

La mutuelle, dans le cadre des contrats responsables, prend en charge le remboursement d'au moins deux actes de prévention mentionnés dans la liste officielle des actes de prévention établie selon l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Assistance

Dans les moments difficiles de la vie : accident, maladie, décès... pouvoir compter sur sa mutuelle est essentiel. Avenir Mutuelle, véritable partenaire de vie, vous accompagne pour surmonter les difficultés liées à ces événements.

En voyage ou en déplacement à plus de 50 km de chez vous, l'assistance est incluse*

- Rapatriement vers une structure médicale proche de votre domicile
- Transport d'un proche à votre chevet si vous êtes hospitalisé plus de 5 jours
- Frais médicaux et d'hospitalisation couverts à l'étranger
- Assistance psychologique...

Vous êtes immobilisé à domicile ou hospitalisé depuis plus de 24 heures :

- Garde de vos enfants, conduite à l'école
- Aide-ménagère si vous êtes hospitalisé
- Garde de vos animaux domestiques
- Cours à domicile...
- Remboursement de vos frais de Télévision

Prestations assurées par RMA, Ressources Mutuelle Assistance, 46 rue du Moulin, BP 62127, 44121 VERTOU CEDEX.

Voir la notice d'information spécifique pour connaître les modalités et les détails des prestations accordées.

Lexique (voir notice d'information)

Les pourcentages indiqués dans le tableau des garanties sont appliqués aux tarifs fixés par les régimes obligatoires d'Assurance maladie en vigueur : BR = base de remboursement, TC= tarif de convention, TR = tarif de responsabilité, TFR = tarif forfaitaire de responsabilité, RO = régime obligatoire d'Assurance maladie, PMSS = plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Toute évolution des règles de remboursement des régimes obligatoires français d'Assurance maladie (CCAM, tarification à l'activité, baisse

de remboursement) pourra entraîner des modifications des prestations de la mutuelle.

*** Limite des garanties**

La limite annuelle, pour toutes les prestations, à l'exception des prestations optiques et des aides auditives, s'entend par année civile, c'est-à-dire la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de chaque année ou lors de la primo adhésion entre la date de prise d'effet de la garantie et le 31 décembre de l'année.

¹ Pour les contrats conclus ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021.

ANNEXE : Montant minimaux et maximaux de prise en charge des équipements d'optique (verres et monture) lorsque le contrat prévoit une couverture en optique en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements composés d'une monture ou de verres autres que 100% Santé.

Cas	Verres
a	Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries - Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère+cylindre » est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
b	Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c
c	Par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie Par équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère+cylindre » est supérieure à 6,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à +8,00 dioptries.
d	Par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f
e	Par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f
f	Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie Par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00 dioptries.

Déclinaison 2021 des exemples de remboursement CAP 130

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	81,51 €	1,79 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	27,17 €	132,13 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipeement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €		Prix limite de vente
Equipeement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	149,91 €	195,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	356,00 €	60,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	72,00 €*	382,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	64,50 €*	398,95 €		Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	280,00 €	956,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 476,00 €	840,00 €	636,00 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	14,00 €	13,50 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	9,00 €	31,90 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

*Dans la limite des plafonds dentaires

Déclinaison 2021 des exemples de remboursement CAP 160

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	108,68 €	50,62 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €		Prix limite de vente
Equipelement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	174,91 €	170,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	356,00 €	60,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	108,00 €*	346,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	96,75 €*	366,70 €		Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur ou égal à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	400,00 €	836,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur à 20 ans	1 476,00 €	840,00 €	636,00 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	21,50 €	6,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	16,50 €	24,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

*Dans la limite des plafonds dentaires

**Déclinaison 2021 des exemples de remboursement
CAP 200**

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €		Prix limite de vente
Equipelement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	199,91 €	145,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	356,00 €	60,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	156,00 €* 156,00 €	298,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	139,75 €* 139,75 €	323,70 €		Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur ou égal à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	560,00 €	676,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 476,00 €	840,00 €	636,00 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	26,50 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	26,50 €	14,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

*Dans la limite des plafonds dentaires

**Déclinaison 2021 des exemples de remboursement
CAP 300**

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €		Prix limite de vente
Equipelement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	224,91 €	120,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	356,00 €	60,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	276,00 €*	178,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	247,25 €*	216,20 €		Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur ou égal à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur ou égal à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	960,00 €	276,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 476,00 €	840,00 €	636,00 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	26,50 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	31,50 €	9,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

*Dans la limite des plafonds dentaires

Déclinaison 2021 des exemples de remboursement CAP 400

Exemple	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie complémentaire	Reste à charge	Précisions éventuelles	Commentaires
Hospitalisation						
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €		Tarif réglementaire
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	159,30 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Optique						
Equipelement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé)	125,00 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €		Prix limite de vente
Equipelement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux	345,00 €	0,09 €	249,91 €	95,00 €		Prix moyen national de l'acte
Dentaire						
Détartrage	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €		Tarif conventionnel
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	84,00 €	356,00 €	60,00 €		Honoraire limite de facturation
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires	538,70 €	84,00 €	396,00 €*	58,70 €		Prix moyen national de l'acte
Couronne céramo- métallique sur molaires	538,70 €	75,25 €	354,75 €*	108,70 €		Prix moyen national de l'acte
Aides auditives						
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* supérieur à 20 ans	950,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)* inférieur ou égal à 20 ans	1 400,00 €	840,00 €	560,00 €	0,00 €		Prix limite de vente
Aide auditive de classe II par oreille supérieur à 20 ans	1 476,00 €	240,00 €	1236,00 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Aide auditive de classe II par oreille inférieur ou égal à 20 ans	1 476,00 €	840,00 €	636,00 €	0,00 €		Prix moyen national de l'acte
Soins courants						
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 €		1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	44,00 €	16,50 €	26,50 €	1,00 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : l'OPTAM ou l'OPTAM-CO)	56,00 €	15,10 €	31,50 €	9,40 €		Prix moyen national de l'acte - 1€ participation forfaitaire régime obligatoire

*Dans la limite des plafonds dentaires

REGLEMENT MUTUALISTE

GARANTIES RESPONSABLES

SOMMAIRE

PREAMBULE – DEFINITIONS

SECTION 1 - LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DE REGLEMENT

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION ET BENEFICIAIRES

ARTICLE 3 - FORMALITES D'ADHESION

ARTICLE 4 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE

ARTICLE 5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

ARTICLE 6 - RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION

ARTICLE 7 - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

ARTICLE 8 - DEMARCHAGE ET FACULTES DE RETRACTATION ET DE RENONCIATION

CHAPITRE II - LES GARANTIES

ARTICLE 9 - ETENDUE DES GARANTIES

ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

ARTICLE 11 - TERME DU DROIT A L'ASSURANCE

ARTICLE 12 - RISQUES NON GARANTIS

ARTICLE 13 - CONTRAT RESPONSABLE

CHAPITRE III - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

ARTICLE 14 - MODIFICATION DE GARANTIE

ARTICLE 15 - OBLIGATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

CHAPITRE IV - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 17 - MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 18 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 19 - OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

ARTICLE 20 - CONTROLE

ARTICLE 21 - EXPERTISE MEDICALE

ARTICLE 22 - PRESTATIONS INDUMENT PERCUES

ARTICLE 23 - PRESCRIPTION DES ACTIONS ET DECHEANCE

ARTICLE 24 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE TIERS

ARTICLE 25 - PLURALITE D'ASSURANCES

ARTICLE 26 - DISPOSITIONS PROPRES A CERTAINES PRESTATIONS

ARTICLE 27 - TIERS PAYANT

ARTICLE 28 - TELETRANSMISSION NOEMIE

CHAPITRE V - COTISATIONS ET MODALITES DE PAIEMENT

ARTICLE 29 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 30 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

ARTICLE 31 - MODIFICATION DES COTISATIONS

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 32 - RECLAMATION

ARTICLE 33 - MEDIATION

ARTICLE 34 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

ARTICLE 35 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

ARTICLE 36 - ADHESION A DISTANCE

ARTICLE 37 - LOI APPLICABLE

ARTICLE 38 - LANGUE UTILISEE

ARTICLE 39 - VALEUR CONTRACTUELLE

ARTICLE 40 - FONDS D'ACTION SOCIALE

ARTICLE 41 - OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

SECTION 2 - LES GARANTIES OPTIONNELLES

- GARANTIE ALLOCATION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION (IJH)
- GARANTIE ACCIDENT - PERENITY
- GARANTIE BLESSURE

REGLEMENT MUTUALISTE

GARANTIES RESPONSABLES

PREAMBULE - DEFINITIONS

Les termes et expressions inscrits dans ce Règlement en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

100% SANTE : Dispositif qui définit un ensemble de Prestations de soins et d'équipement identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiology (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Les paniers du dispositif 100% Santé ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'Etat, l'Assurance Maladie, les organismes complémentaires d'assurance maladie et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

Ces paniers sont pris en charge intégralement, par la Sécurité sociale et par les contrats responsables des organismes complémentaires d'assurance maladie, sans frais supplémentaire à la charge de l'Assuré.

Les Assurés qui choisissent les soins du panier 100% Santé n'ont donc pas de frais à leur charge. Pour autant ils ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100% Santé, s'ils le souhaitent.

Le présent règlement intègre le dispositif du 100% SANTE.

ACCIDENT : On entend par Accident, toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'Assuré.

ACTES HORS NOMENCLATURE : désignent les actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

ADHESION : le lien contractuel entre les Membres participants et / ou les Ayants droit et la Mutuelle.

AFFILIATION : l'acte administratif permettant de rattacher les Ayants droit à l'Adhésion souscrite par le Membre participant.

ASSIETTE DES REMBOURSEMENTS :

- Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) : représente l'assiette servant de calcul aux Prestations en nature de la Sécurité sociale.

- Honoraire limite de facturation (HLF) : correspond au montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné, en particulier pour certains actes prothétiques dentaires.

- Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- Prix limite de vente (PLV) : correspond au montant maximum de vente, fixé réglementairement et s'appliquant aux produits et Prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, que les professionnels de santé sont tenus de respecter.

- Ticket modérateur (TM) : correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

ASSURE : La personne physique sur laquelle pèse le Risque. Il peut s'agir du Membre participant et le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants droits.

ATTESTATION SUR L'HONNEUR : Selon la garantie, document remis par la Mutuelle et qui peut être exigée par elle. Il s'agit, pour le Membre participant, de certifier, par écrit, que rien ne s'oppose à ce qu'il puisse bénéficier d'une garantie. Toute attestation sur l'honneur falsifiée ou inexacte ne pourra permettre le versement de la prestation prévue alors que les cotisations versées restent la propriété de la Mutuelle.

AYANTS DROIT : Peuvent acquérir la qualité d'Ayant droit d'un Membre participant :

- Le conjoint du Membre participant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée. Sont assimilés au conjoint :

- La personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du pacte civil de solidarité régi par les articles 515-1 à 515-7 du Code civil ;
- La personne entretenant avec le Membre participant un concubinage.

- Les enfants du Membre participant, de son conjoint ou de son concubin :

- Jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études sans bénéficier d'un régime étudiant de Sécurité sociale ;
- Jusqu'à leurs 26 ans révolus s'ils poursuivent des études, sous réserve de justifier de ce statut, et sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés versée par les Caisses d'Allocations Familiales.

- d'une manière générale, toute personne à la charge effective et permanente du Membre participant, vivant sous le même toit et ayant la qualité d'Ayant droit au titre du régime obligatoire du Membre participant.

BÉNÉFICIAIRE : Le Membre participant lui-même et/ou les ayants droit désignés, à savoir les personnes habilitées à percevoir les prestations garanties.

BULLETIN D'ADHESION : Document contractuel destiné au Membre participant et de nature à permettre son Adhésion à la Mutuelle et au présent Règlement.

CONTRAT RESPONSABLE : Un contrat de complémentaire santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage au respect du parcours de soins coordonnés. Il respecte un cahier des charges fixé par décret qui détermine des plannings et des plafonds de prise en charge pour certains postes de soins. Un contrat dit « responsable » prend obligatoirement en charge le

Ticket Modérateur, le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée et les paniers « 100% Santé » en optique, prothèses dentaires et aides auditives. Il permet enfin de bénéficier du mécanisme du tiers-payant à hauteur du tarif de responsabilité sur ces garanties. Il ne prend jamais en charge la participation forfaitaire d'un (1) euro sur les actes ou consultations pris en charge par la Sécurité sociale, les franchises médicales sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, ainsi que les pénalités financières en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés. Le contrat « responsable » bénéficie enfin d'une fiscalité avantageuse avec un taux minoré de taxe de solidarité additionnelle (TSA).

DELAI D'ATTENTE OU DELAI DE CARENCE : Période s'écoulant de la date de prise d'effet de l'Adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une garantie, au cours de laquelle une dépense de santé n'est pas indemnisée au titre du présent Règlement. Cette période est précisée au descriptif de la garantie.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (DPTM) : Dispositifs prévus par la convention nationale sous les noms d'OPTAM et d'OPTAM-CO. Dans les tableaux de garanties, la mention « praticiens signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « praticiens non-signataires d'un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

GARANTIE : Engagement de la Mutuelle de verser une Prestation en cas de réalisation du Risque en contrepartie du paiement de la cotisation.

MALADIE : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas d'origine accidentelle.

MEMBRE PARTICIPANT : La personne physique qui fait acte d'Adhésion, signataire du Bulletin d'adhésion.

MUTUELLE : AVENIR MUTUELLE, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN n°302.976.592, dont le siège social est situé 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12.

OPTAM et OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAM et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO est consultable sur le site internet : <http://annuairesante.ameli.fr/>.

PLAFOND DE GARANTIE : Montant maximum de prestation pouvant être perçu par un Assuré au cours d'une période précisée au descriptif de la garantie choisie.

PRESTATION : Elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

RISQUE : Le Risque est un événement aléatoire dont la

réalisation est indépendante de la volonté de l'Assuré.

SINISTRE : Le Sinistre correspond à la réalisation du Risque.

TIERS PAYANT : Système de paiement qui évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et / ou complémentaire pour les soins ou produits qui ont été délivrés.

SECTION 1 - LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU REGLEMENT

Le présent Règlement Général, régi par le Code de la mutualité, détermine les conditions et modalités de fonctionnement de la garantie individuelle complémentaire santé et définit le contenu des engagements contractuels existant entre d'une part, chaque Membre participant et d'autre part, la Mutuelle. Il est complété d'un tableau et d'un descriptif de garantie qui définissent la garantie choisie par le Membre participant ainsi que les prestations, constituant un ensemble indivisible.

En application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité et des statuts, il est adopté par le Conseil d'Administration dans le respect des orientations générales fixées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Il est émis dans le cadre du dispositif légal des contrats d'assurance complémentaire santé dits « contrats responsables » défini aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale. **En conséquence, la garantie et les niveaux de remboursements devront suivre les évolutions législatives et réglementaires relatives aux contrats responsables qui pourraient intervenir ultérieurement.**

La garantie individuelle de frais de santé a pour objet :

- De rembourser en tout ou partie les frais médicaux, chirurgicaux, hospitaliers, pharmaceutiques, dentaires, d'analyses et d'examen de laboratoire, de prothèses et d'appareillages **restant à la charge de l'assuré après intervention d'un régime obligatoire d'assurance maladie à l'occasion de frais médicaux ou de maternité.**
- D'attribuer, le cas échéant, des prestations sociales supplémentaires et des garanties complémentaires mentionnées le cas échéant au tableau et au descriptif des garanties :
 - **Garantie « Assistance » et « Services à la personne »** : Les Membres participants et leurs Ayants droit bénéficient de prestations « Assistance » et « Services à la personne » décrites dans la notice d'information « Avenir Mutuelle Assistance ».
 - **Gratuité de cotisation à partir du 3^{ème} enfant** : Si la garantie le prévoit, la gratuité de cotisation concerne le 3^{ème} enfant de moins de (26) vingt-six ans, et les suivants, couvert(s) par le présent Règlement.

- **Prime en cas de naissance ou d'adoption** : Si la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant de moins de 12 ans ouvre droit au versement d'une prime dont le montant est mentionné au tableau des prestations garanties. Si la garantie le prévoit, les naissances ou adoptions multiples donnent droit à autant de versements de primes que de naissances ou d'adoptions d'enfants. Le versement de la prime est subordonné à la condition que l'enfant soit né vivant et viable et à sa déclaration à la Mutuelle dans les 30 jours de sa naissance ou de son adoption, sous peine de forclusion. **Documents à fournir** : justificatif de la naissance (copie du livret de famille) ou de l'adoption (copie du jugement, ou de la carte de régime obligatoire où figure l'enfant adopté, si le jugement n'a pas encore été prononcé).

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION ET BENEFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties « frais de santé » du présent règlement, toute personne physique âgée d'au moins 16 ans, résidant en France, affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

ARTICLE 3 - FORMALITES D'ADHESION

3.1. Garanties Frais de soins de santé

L'adhésion au Règlement est demandée à l'aide du Bulletin d'Adhésion prévu à cet effet sur lequel le postulant indique le niveau de garantie auquel il souhaite adhérer.

La garantie choisie s'applique de manière identique à l'ensemble des Ayants droit qu'il souhaite garantir.

L'adhésion du Membre participant et le cas échéant de ses Ayants droit est matérialisée par la signature d'un Bulletin d'Adhésion dûment rempli. La signature du Bulletin d'Adhésion par l'Adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du présent Règlement et de la notice d'information « Avenir Mutuelle Assistance ».

Le postulant date et signe le Bulletin d'Adhésion et le transmet à la Mutuelle accompagné de toutes les pièces justificatives qui y sont mentionnées.

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle est matérialisée par l'envoi d'une carte d'adhérent mentionnant, l'identité des personnes assurées désignées sur le Bulletin d'Adhésion et la date d'effet de l'Adhésion.

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'Adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- Le Bulletin d'Adhésion dûment complété, daté et signé par l'adhérent ;
- Une photocopie de l'attestation des droits à l'assurance maladie obligatoire de l'Adhérent et des Ayants droit inscrits ;
- Une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité de l'adhérent ou de la personne s'acquittant des cotisations lorsque celle-ci est différente de l'adhérent ;
- Un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le versement des prestations ;

- Un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire (au format IBAN domicilié en France) pour le paiement des cotisations ;
- Le cas échéant, un certificat de radiation à une précédente mutuelle datée de moins de deux mois ;
- Pour les enfants de 21 à 26 ans révolus affiliés et poursuivant leurs études, un certificat de scolarité en cours de validité
- Pour les enfants atteints d'un handicap : la production d'une pièce illustrant du handicap (ex : attestation CDAPH).

Le mandat SEPA, le Bulletin d'Adhésion et les pièces justificatives doivent être adressés par courrier à Avenir Mutuelle - 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12. En tout état de cause, l'Adhérent s'oblige à produire à la Mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire à l'Adhésion.

3.2. Garanties optionnelles

Le Membre participant a la possibilité de souscrire, en plus de sa garantie Frais de santé, des garanties optionnelles prévues à la Section 2 du présent Règlement.

3.3. Conditions et modalités d'affiliation d'un Ayant droit

Le Membre participant peut désigner un ou plusieurs Ayants droit :

- Au moment de son Adhésion : en indiquant leurs coordonnées sur le Bulletin d'Adhésion ou,
- Après son Adhésion : en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, par la signature d'un nouveau Bulletin d'adhésion auquel il joint l'attestation du régime obligatoire permettant d'identifier le(s) Ayant(s)-droit concernés.

La Mutuelle pourra demander au Membre participant les justificatifs suivants :

- S'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille ;
- S'agissant d'un concubin : une attestation sur l'honneur de vie commune ;
- S'agissant d'une personne liée au Membre participant par un pacte civil de solidarité : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité ;
- S'agissant des enfants : le justificatif de scolarité pour les enfants à charge assurés sociaux ou étudiants âgés de plus de 16 ans et de moins de 27 ans ; un certificat d'apprentissage pour les enfants à charge apprentis âgés de moins de 21 ans ; une copie du contrat de travail et des trois derniers bulletins de salaire pour les enfants exerçant une activité professionnelle ; un acte de naissance ; une copie du jugement d'adoption ;
- S'agissant des enfants handicapés : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou copie de la carte d'invalidité.

La Mutuelle se réserve le droit d'étudier toute demande d'Adhésion en fonction de l'évolution de la situation familiale du Membre participant, et au regard des informations communiquées par le régime obligatoire d'assurance maladie.

3.4. Date d'effet de l'affiliation d'un Ayant droit

L'affiliation d'un Ayant droit postérieurement à l'adhésion du Membre participant prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de réception de la demande et de l'ensemble des pièces justificatives.

L'affiliation d'un Ayant droit par suite de mariage, PACS, de concubinage, de naissance ou d'adoption d'un enfant peut prendre effet au jour de l'évènement si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans les trois mois de sa survenance.

L'affiliation du Conjoint par suite de la rupture de son contrat de travail et de la cessation des garanties du régime collectif complémentaire frais de soins santé souscrit par son ancien employeur, peut prendre effet au lendemain de ladite rupture si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans le mois de la survenance de cet évènement.

L'affiliation d'un enfant en tant qu'Ayant droit entraîne la gratuité de la cotisation relative à cet enfant durant trois mois à compter du premier jour du mois civil qui suit la date de sa naissance ou de son adoption (pour un enfant de moins de 12 ans). Cette disposition s'applique dès le premier enfant en tant qu'Ayant droit.

Au cas où la demande d'affiliation et les documents justificatifs n'auraient pas été communiqués à la Mutuelle dans ces délais, le Membre participant ou son Ayant droit ne pourront aucunement prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne leur auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'ils auraient pour la même cause, payées indûment.

ARTICLE 4 - FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE

4.1. Réticence ou fausse déclaration intentionnelle d'un Assuré

La réticence ou la fausse déclaration intentionnelle de l'Assuré de nature à changer l'objet du risque ou à en diminuer l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque, entraîne de plein droit la nullité de l'Adhésion.

L'Assuré est déchu de tout droit aux garanties.

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.

Dans le cas où les faits délictueux sont constatés après le versement des Prestations, la Mutuelle en poursuit le recouvrement.

4.2. Omission ou déclaration inexacte d'un Assuré

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'Adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre participant.

A défaut d'accord de celui-ci, l'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification qui lui est adressée par lettre recommandée. La Mutuelle restitue, le cas échéant, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Si elle est constatée après la réalisation du risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre participant, par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

ARTICLE 5 - EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'Adhésion prend effet :

- A la date indiquée au Bulletin d'adhésion, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives, pour une période expirant le 31 décembre de l'année en cours. A défaut, l'Adhésion prend effet au premier jour du mois civil qui suit la réception de la dernière pièce justificative.
- Le lendemain du jour où a pris effet la résiliation de la garantie souscrite auprès du précédent organisme assureur ; lorsque cette résiliation a été effectuée par la Mutuelle, dans le respect de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve des dispositions de l'article « **RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION** ».

ARTICLE 6 - RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION

6.1. A la demande du Membre participant

- Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le Membre participant peut mettre fin à son Adhésion en envoyant une lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours. Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours. La résiliation par recommandé électronique doit être adressée à accueil@avenirmutuelle.com.

Le Membre participant peut également notifier cette résiliation à la Mutuelle soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque la Mutuelle propose l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, soit par tout autre moyen prévu par le présent Règlement. La Mutuelle confirmera par écrit la réception de la notification.

- Le Membre participant peut en outre dénoncer son Adhésion à tout moment, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription à la garantie choisie, ou tel qu'effectué dans les conditions de l'article « **MODIFICATION DE GARANTIES** », sans frais ni pénalités, dans les conditions prévues au paragraphe précédent. La résiliation prendra effet un mois après que la Mutuelle en aura reçu notification.

- En cas de modification du montant des cotisations conformément aux dispositions de l'article « **MODIFICATION DES COTISATIONS** ».

6.2. A la demande de la Mutuelle

- En cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues et avec les effets prévus à l'article « **NON-PAIEMENT DES COTISATIONS** » ;
- En cas de nullité de l'assurance, dans les conditions et avec les effets prévus à l'article « **FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE** ».

6.3. A la demande du Membre participant ou de la Mutuelle

En cas de survenance d'un des événements suivants, lorsque le Membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa garantie :

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

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

La fin de l'Adhésion ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou de sa révélation. La dénonciation prend effet un (1) mois après réception de sa notification.

Le Membre participant doit demander cette résiliation par lettre recommandée, en indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et communiquer à la Mutuelle les justificatifs de la nouvelle situation.

Avenir Mutuelle rembourse à l'Assuré la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la dénonciation.

6.4. En cas de décès

En cas de décès, la radiation du Membre participant ou de l'Ayant droit décédé prend effet au jour suivant celui du décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

En cas de décès du Membre participant, les Ayants droit qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant, le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues au présent Règlement.

6.5. En cas d'affiliation à titre obligatoire à un régime collectif

Il peut être mis fin à l'Adhésion si le Membre participant ou l'un de ses Ayants droit apporte la preuve qu'un régime collectif frais de santé mis en place selon l'une des modalités prévues à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale impose

l'affiliation à titre obligatoire à ce régime. En tout état de cause, l'Adhésion est maintenue jusqu'à son échéance annuelle.

6.6. Radiation d'un Ayant droit

La résiliation de l'Adhésion du Membre participant entraîne la cessation de plein droit des affiliations de l'ensemble des Ayants droit.

A titre exceptionnel, et sous réserve de produire les justificatifs nécessaires, il peut être mis fin à l'Adhésion d'un Ayant droit en cours d'année dans les situations suivantes :

- Ouverture du droit à la Complémentaire Santé Solidaire ;
- Affiliation à titre obligatoire à un régime collectif ;
- Divorce ou séparation entre le Membre participant et son conjoint, concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- Condamnation à une peine privative de liberté.

La demande de résiliation doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée, accompagnée des pièces justifiant de la situation. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la demande. Elle ouvre droit au remboursement des cotisations au prorata de la période couverte.

Dans le cas d'une radiation motivée par une situation de divorce, le Membre participant doit communiquer à la Mutuelle une copie de la Grosse du jugement de divorce ou une lettre signée des deux conjoints justifiant de leur séparation. La radiation d'un Ayant droit par suite de divorce peut prendre effet au jour de la réception de la demande par la Mutuelle.

Dans le cas d'une radiation faisant suite au décès d'un Ayant droit, le Membre participant doit communiquer à la Mutuelle une copie de l'acte de décès. La radiation d'un Ayant droit par suite de décès prend effet au jour du décès.

L'affiliation d'un Ayant droit cesse enfin au jour où il ne remplit plus les conditions fixées à la définition des Ayants droit.

La carte d'adhérent mentionnant le nom de l'Ayant droit résilié doit être restituée à la Mutuelle. Une autre carte sera alors établie et envoyée au Membre participant.

6.7. Exclusion

Conformément aux statuts de la Mutuelle, peut être exclu le Membre participant ou l'Ayant droit dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ou qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

L'exclusion entraîne la cessation de la garantie Frais de santé et des garanties optionnelles prévues au présent Règlement, à compter de la date d'exclusion.

ARTICLE 7 - CONSEQUENCES DE LA RESILIATION

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies. Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation restent dues dans tous les cas.

Lorsqu'il dispose d'une carte d'adhérent en format papier, le

Membre participant s'engage à la restituer à la Mutuelle et à informer les professionnels de santé avec lesquels il a bénéficié d'une procédure de dispense d'avance des frais. L'utilisation de la carte d'adhérent après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, le Membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir Ayant droit d'un Membre participant ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - DEMARCHAGE ET FACULTES DE RETRACTATION ET DE RENONCIATION

8.1. Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre au présent Règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du Bulletin d'Adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Dans le cadre des opérations qui dépendent de la durée de la vie humaine, ce délai est porté à trente (30) jours calendaires révolus à compter du moment où le Membre participant est informé que l'Adhésion a pris effet.

8.2. Adhésion souscrite hors établissement

Conformément aux dispositions de la loi n°2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation, la Mutuelle ne peut recevoir aucun paiement ou aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du Membre participant avant l'expiration d'un délai de sept (7) jours à compter de la conclusion du contrat hors établissement.

On entend par hors établissement :

- a) Dans un lieu qui n'est pas celui où la Mutuelle exerce son activité en permanence ou de manière habituelle, en la présence physique simultanée des parties ;
- b) Ou dans le lieu où la Mutuelle exerce son activité en permanence ou de manière habituelle ou au moyen d'une technique de communication à distance, immédiatement après que le Membre participant a été sollicité personnellement et individuellement dans un lieu différent et où les parties étaient, physiquement et simultanément, présentes ;
- c) Ou lors d'un événement organisé par la Mutuelle ayant pour but ou pour effet de promouvoir et de vendre ses produits auprès du Membre participant.

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente hors établissement, le Membre participant peut se rétracter sans donner de motif, dans un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de la conclusion du contrat.

Le Membre participant pourra faire valoir ce droit par le biais du formulaire de rétractation inclus au Bulletin d'Adhésion qui lui

aura été remis par la Mutuelle. Ce formulaire doit être adressé en lettre recommandée avec accusé de réception, à : Avenir Mutuelle – Service Fichier / Rétractation – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12. Les frais postaux sont à la charge exclusive du Membre participant.

Des frais seront facturés au Membre participant si ce dernier fait valoir son droit de rétractation alors qu'il a expressément demandé l'exécution du contrat avant la fin de ce délai.

La Mutuelle restituera au Membre participant l'intégralité de la cotisation qu'il a payée, dans un délai de quatorze (14) jours à compter de la réception du bordereau de rétractation. La Mutuelle déduira des cotisations payées les prestations dont le Membre participant a éventuellement bénéficié, s'il avait demandé l'exécution des garanties pendant le délai de rétractation.

8.3. Adhésion souscrite dans le cadre d'un dispositif de vente à distance

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité et lorsque le Membre participant a adhéré au contrat par l'utilisation exclusive d'une ou plusieurs techniques de communication à distance, le Membre participant peut renoncer à son adhésion aux garanties souscrites sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité pendant un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle prend effet l'adhésion.

Pour renoncer à son adhésion, le Membre participant doit faire parvenir la demande de renonciation à : Avenir Mutuelle - Service Fichier / Rétractation – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12, par lettre recommandée avec avis de réception.

La Mutuelle restituera au Membre participant l'intégralité de la cotisation qu'il a payée sous déduction des prestations dont il a éventuellement bénéficié, dans un délai de trente (30) jours à compter de la réception de la lettre de renonciation dont un modèle est proposé ci-après. La lettre de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Je soussigné(e) [Nom, Prénom], demeurant [Adresse complète], déclare renoncer à mon adhésion [Nom de la garantie souscrite] à laquelle j'ai adhéré le [Date] et demande le remboursement de l'intégralité des sommes versées, sous déduction des prestations éventuellement versées. » [Date et signature].

CHAPITRE II - LES GARANTIES

ARTICLE 9 - ETENDUE DES GARANTIES

L'étendue et le montant des prestations sont fonction du niveau de la garantie souscrite et de la législation applicable, notamment dans le cadre du dispositif des contrats responsables et cela le jour de l'adhésion.

La nature, le taux et le montant des prestations garanties sont définis au tableau et au descriptif des garanties, selon le niveau de garantie choisi par le Membre participant.

Sous réserve des dispositions propres à certaines prestations, la limite annuelle s'entend par année civile c'est-à-dire la période comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de

chaque année ou lors de la primo adhésion entre la date de prise d'effet de la garantie et le 31 décembre de l'année.

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant restant à la charge de l'Assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties du présent Règlement s'exercent en France. Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du régime obligatoire français d'assurance maladie au titre des « soins à l'étranger ».

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger qui ont pour objet la mise en application de forfaits ou de remboursements non soumis à prise en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie. Elle rembourse les soins à l'étranger à la condition de recevoir une facture détaillée des soins traduite en langue française, précisant la nature et le montant de chaque dépense engagée et le décompte du régime obligatoire d'Assurance Maladie.

Les prestations sont toujours versées en France et en euros.

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les territoires d'outre-mer (TOM) ne peuvent pas être affiliées au contrat, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des français à l'étranger conformément aux dispositions de l'article L.762-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 10 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

10.1. Date d'effet

Les garanties sont acquises à la date de prise d'effet de l'Adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

10.2. Délai d'attente

Des prestations peuvent faire l'objet d'un délai d'attente selon les conditions et modalités précisées au tableau et/ou au descriptif des garanties concernées.

ARTICLE 11 - TERME DU DROIT A L'ASSURANCE

Le droit à l'assurance prend fin en cas de dénonciation ou de résiliation de l'Adhésion dans les conditions fixées à l'article « **RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION** ». Le Membre participant, ainsi que ses Ayants droit cessent d'être assurés au terme de la période d'assurance.

La Mutuelle reste engagée pour les dépenses de santé engagées avant la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation de l'Adhésion et ce jusqu'à leur liquidation complète.

ARTICLE 12 - RISQUES NON GARANTIS

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

Sauf indication contraire aux garanties souscrites, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :

- conséquence directe ou indirecte d'un fait intentionnel de l'assuré ;
- engagés avant la date d'effet de la Garantie ou après la cessation de celle-ci. La date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes du régime obligatoire ;
- déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués ;
- engagés hors de France. Si la caisse d'assurance maladie obligatoire à laquelle l'Assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France, ceux-ci seront pris en charge par Avenir Mutuelle sur la base du remboursement du régime obligatoire et selon les garanties prévues au présent règlement ;
- non remboursés par les régimes de base d'assurance maladie obligatoire et non repris dans la garantie,
- ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base ;
- au titre de la législation sur les pensions militaires ;
- au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;
- qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique ;
- au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale ;
- les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'Assuré prévues à l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la majoration de participation prévue aux articles L. 162-5-3 et L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

** montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la garantie souscrite*

Conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire (article L.160-13-II du code la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés (article L.160-13-III du code la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :
 - 1) Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L. 5121-1 et L.5111-4 du Code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
 - 2) Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
 - 3) Le transport mentionné au 2° de l'article L.160-8 du code la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire

terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.

- La majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins) ;
- La majoration de participation de l'Assuré qui refusera à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;
- La franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale à hauteur, au moins, du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors Parcours de soins. Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des garanties souscrites.
- Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.

Sont exclus les frais d'hébergement liés aux longs séjours en maison de cure médicale et retraite, maisons d'enfant spécialisées à caractère sanitaire et scolaire de type permanent, instituts ou centres médicaux-éducatifs, médicaux-psycho-pédagogiques, médicaux professionnels et de rééducation, centres de rééducation professionnel.

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties figurant en annexe.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 13 - CONTRAT RESPONSABLE

Les Prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables ».

La Mutuelle prend ainsi en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des Assurés définie à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité sociale, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, mais qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon la garantie choisie par le Membre participant ;

2°/ Lorsque cette garantie est prévue, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3°/ Les dépenses d'acquisitions des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 (CLASSE A), la Prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- si la garantie choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (CLASSE B) et dans le respect des limites ci-dessous exposées :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 420 euros (dont 100 euros pour la monture) dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et

dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Les montants minimum et maximum mentionnés ci-dessus incluent la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation des Assurés mentionnée au 1° pour l'acquisition de l'équipement.

Lorsque cet équipement (de CLASSE B) est composé de verres différents appartenant à une même catégorie a, c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'Assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture de CLASSE B est limitée à 100 euros.

L'Assuré peut faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (A et B).

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

4°/ Les frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;

5°/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

6°/ A compter du 1^{er} janvier 2021, les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

- a) A hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
- b) Si la garantie choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée : au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

La Mutuelle exclut par ailleurs la prise en charge de certains actes conformément aux dispositions de l'article « EXCLUSIONS ».

Conformément aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, la Mutuelle communique avant la souscription puis annuellement, à chacun de ses Adhérents ou Souscripteurs, le rapport, exprimé en pourcentage, entre le montant des Prestations versées par l'organisme pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un Accident et le montant des cotisations hors taxes afférentes à ces garanties, ainsi que le montant et la composition des frais de gestion de l'organisme affectés à ces mêmes garanties, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes afférentes.

En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent Règlement, les règles du contrat responsable prévaudront.

CHAPITRE III - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

ARTICLE 14 - MODIFICATION DE GARANTIE

14.1. A l'initiative du Membre participant

Les changements de niveau de garanties, aussi bien à la hausse qu'à la baisse, sont possibles sous réserve de justifier d'une première période d'adhésion de douze (12) mois consécutifs dans la garantie souscrite.

Le Membre participant doit adresser sa demande de changement à : Avenir Mutuelle – Service Gestion – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12.

Par ailleurs, la prise d'effet d'un changement de niveau de garantie pourra avoir lieu dès lors que la demande de changement est justifiée par :

- une modification de la situation familiale (mariage, divorce, séparation du Membre participant et du concubin ou naissance, décès) ;
- des prestations légales perçues ;
- un changement de régime obligatoire ;
- la rupture du contrat de travail du Membre participant.

La modification des garanties doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'évènement, accompagnée d'un justificatif de changement de situation.

Le changement est valable pour l'ensemble des bénéficiaires. Un avenant, valant nouvelle souscription, précisant la nouvelle garantie souscrite ainsi que sa date d'effet est envoyé au Membre participant.

Un changement de garantie à la hausse s'entend du choix d'une garantie dont le montant de cotisation est plus élevé. Un changement de garantie à la baisse s'entend du choix de garantie dont le montant de cotisation est moins élevé. Toute demande de changement à la baisse après la mise en œuvre d'une précédente demande de changement dans une autre garantie, ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de douze (12) mois minimum dans la garantie en cours.

Par exception, dès lors que la demande de changement est justifiée par une modification de la situation familiale, ce délai de maintien pourra être réduit au 1^{er} jour du mois civil suivant la demande.

En cas de changement de garantie, le versement d'une prestation soumise à plafond dans la nouvelle garantie tiendra compte de l'éventuelle consommation de ladite prestation dans l'année civile faite au titre de la garantie précédemment détenue. Le Membre participant conserve dans tous les cas son ancienneté à la Mutuelle et bénéficie en conséquence des augmentations de plafonds de garanties.

Concernant les prestations optiques, et à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les prestations d'aides auditives, le droit au remboursement de l'équipement sera apprécié en prenant en compte la date de la facturation du dernier équipement ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par la Mutuelle dans le cadre de la garantie précédente.

14.2. À l'initiative de la Mutuelle

La Mutuelle peut être amenée à modifier les garanties en cas de modification de la nomenclature des actes pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ou de leur valorisation, ou lors de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires ayant un effet sur les garanties.

L'évolution des garanties est notifiée au Membre participant.

ARTICLE 15 - OBLIGATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le Membre participant s'engage à :

- Informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (article « **SUBROGATION** ») ;
- Aviser la Mutuelle lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par le présent Règlement (article « **PLURALITE D'ASSURANCE** ») ;
- Informer la Mutuelle d'un des évènements fixés à l'article 6.3 du présent Règlement ;
- Régler à la Mutuelle les cotisations dues selon la

périodicité et les modalités fixées au présent Règlement (article « **MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS** ») ;

- Restituer la carte d'adhérent qui lui a été remise, en cas de résiliation ou de cessation de son Adhésion

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du Membre participant ou de l'Ayant droit doit être signalé à la Mutuelle dans un délai de trois (3) mois à compter de la survenance de l'évènement. Ces démarches peuvent être effectuées directement via l'Espace Adhérent.

CHAPITRE IV - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 16 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les soins réalisés au titre de la maladie, d'un accident, ou de maternité postérieurement à la date d'effet de l'Adhésion du Membre participant et pendant la durée de cette Adhésion.

16.1. Base de remboursement

Les Prestations sont calculées, conformément aux différentes Nomenclatures d'actes, sur la Base de Remboursement du Régime Obligatoire (B.R.R.O) en vigueur ou sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie s'il existe.

16.2. Plafond de remboursement en cas d'intervention en secteur non conventionné

Pour tous les actes pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés, le remboursement de la Mutuelle est limité au paiement du ticket modérateur calculé sur la base du tarif d'autorité.

En cas d'hospitalisation, pour les cliniques et hôpitaux non conventionnés, la participation de la Mutuelle est limitée au paiement du forfait hospitalier et de la chambre particulière.

16.3. Limite de remboursement / Forfaits

Les forfaits annuels s'entendent par année civile et par Bénéficiaire. Ils se renouvèlent donc chaque 1^{er} janvier de chaque année. Concernant les équipements optiques des garanties responsables, les forfaits sont versés suivant les modalités exposées au paragraphe Optique.

En application des dispositions de l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les remboursements effectués par la Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire 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.

En application de la loi Évin du 31 décembre 1989, les garanties / options de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie / option quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les Prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence et les dispositions de l'article 2 du décret n° 90-769 du 30 août 1990 seront appliquées.

Le Bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Les taux de remboursement et les tarifs de responsabilité du régime obligatoire d'assurance maladie pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Sauf procédure de télétransmission, ou de tiers payant, le remboursement complémentaire intervient sur présentation du décompte original du régime obligatoire, éventuellement du décompte original d'un organisme complémentaire si la Mutuelle intervient en deuxième assureur, accompagné des justificatifs précisés ci-après.

16.4. Justificatifs des dépenses de santé restant à charge après intervention du régime obligatoire d'assurance maladie, en cas de dépassement des tarifs de convention ou de responsabilité :

- pour les frais d'optique, les prothèses dentaires ou le traitement d'orthodontie faciale : l'original de la facture acquittée ;
- pour les frais d'appareillage : la facture acquittée du fournisseur ;
- pour les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : l'original de la facturation de l'établissement hospitalier et, le cas échéant, des dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier, etc.), ainsi que les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé ;
- pour les cures thermales : la justification de l'accomplissement d'une cure thermique ;
- pour les soins à l'étranger et sous réserve de la prise en charge par le régime obligatoire, la copie des factures acquittées des soins.

16.5. Justificatifs des dépenses de santé ne donnant pas lieu à remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie

- notification du refus opposé par le régime obligatoire d'assurance maladie si tel est le cas, note d'honoraires et/ou factures originales correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué, la date de début et de fin de période des soins concernés.

16.6. Demande de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des prestations auxquelles ils peuvent prétendre au titre des garanties dentaires, optiques ou aides auditives, les Bénéficiaires doivent adresser à la Mutuelle, un devis réalisé par le professionnel concerné.

Pour les équipements optiques et, à compter du 1^{er} janvier 2021, pour les aides auditives, ce devis doit obligatoirement comporter une prestation appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée (dispositif 100% santé). A défaut, la

Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations distribués par le professionnel ne pouvant pas être admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L. 165-1-4 du Code de la Sécurité sociale.

La Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute autre pièce justificative permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y compris après résiliation de l'Adhésion. Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique.

ARTICLE 17 - MODALITES DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les Prestations sont réglées :

- Au Membre participant ;
- Ou à ses Ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, ou non communication d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne qui leur est propre ;
- Au Conjoint ;
- Aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base de convention de tiers payant à cet effet.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux (2) ans suivant la date des soins pratiqués.

La Mutuelle informe le Membre participant des montants qui lui sont remboursés par l'envoi ou la mise à disposition d'un relevé de prestations. Le Membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site internet de la Mutuelle, dans son Espace Adhérent.

ARTICLE 18 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle verse ses prestations généralement :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les caisses du Régime obligatoire d'assurance maladie) ;
- dans les 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives prévues à l'article « **REGLEMENT DES PRESTATIONS** » en cas de traitement manuel des remboursements, délai de poste ou bancaire non compris.

Ces délais sont donnés à titre indicatif et ne sauraient en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

ARTICLE 19 - OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Pour percevoir les prestations, les Bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

Les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'Adhésion, à condition que la date de soins et la date de survenance des événements soient postérieures à la prise d'effet de l'Adhésion pour le Membre participant ou de l'affiliation pour l'Ayant droit et antérieure à la date de cessation de l'Adhésion ou de l'affiliation.

ARTICLE 20 - CONTROLE

Avenir Mutuelle peut procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements produits par les assurés. Les décisions prises à l'issue des contrôles sont portées à la connaissance des intéressés par lettre explicative.

ARTICLE 21 - EXPERTISE MEDICALE

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Membre participant ou le cas échéant, tout Ayant droit, qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

L'Assuré est informé préalablement à tout contrôle, de la date et du lieu du contrôle, ainsi que des modalités d'examen (analyses, radiographies, auscultation...).

Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à un acte, à un soin ou des frais médicaux injustifié(s), elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

L'Assuré peut solliciter l'avis de son médecin-traitant, ou de son chirurgien-dentiste traitant, ou de tout autre médecin, les honoraires de ceux-ci restant à la charge de l'Assuré.

En cas de contestation des conclusions du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, les parties choisissent un médecin ou un chirurgien-dentiste tiers pour qu'il se prononce. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin ou chirurgien-dentiste, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du domicile de l'Assuré ou au Président de l'Ordre National des chirurgiens-dentistes, de nommer l'expert.

Après réception de l'avis rendu par le troisième médecin ou chirurgien-dentiste, la Mutuelle, le Membre participant ou l'Ayant droit dispose d'un délai de quinze (15) jours pour accepter ou refuser la solution proposée. Passé ce délai, sans réponse, l'avis est considéré comme accepté.

L'avis du tiers médecin ou chirurgien-dentiste ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle de recourir à la procédure de médiation et/ou d'intenter une action en Justice.

Les honoraires du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant choisi par de la Mutuelle restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil ou du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle, à l'égard de l'Assuré, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge de l'Assuré.

L'Assuré peut refuser de se soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.

En cas de refus d'un Assuré de se soumettre à un contrôle médical ou de justifier de sa situation médicale ou de sa situation au regard de la Sécurité sociale, la Mutuelle limitera ses prestations aux garanties minimales prévues par les dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale, sauf en cas de fraude avérée. En cas de régularisation de la situation par l'Assuré, la Mutuelle versera le

solde des prestations éventuellement dues dans le cadre de la garantie.

ARTICLE 22 - PRESTATIONS INDUMENT PERCUES

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès du Membre participant. Le Membre participant est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception dudit courrier. L'Assuré recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

La Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

ARTICLE 23 - PRESCRIPTION DES ACTIONS ET DECHEANCE

La prescription est un délai à l'issue duquel l'Assuré ne dispose plus d'action pour faire valoir ses droits.

Conformément aux articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. C'est-à-dire le remboursement de la Caisse d'assurance maladie ou de la date de facturation des actes non pris en charge par le régime obligatoire. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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.

En cas de recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la mutualité et, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Assuré décédé dans les opérations relatives aux Accidents atteignant les personnes.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts, suite à la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée, ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Les causes ordinaires d'interruptions de la prescription régies par les articles 2240 et suivants du Code civil sont détaillées ci-après :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription. (Art 2240 du code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure. (Art 2241 du Code civil) ;
- le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. (Art 2244 du Code civil) ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ses héritiers. (Art 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution. (Art 2246 du Code civil).

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Déchéance :

Les demandes de prestations accompagnées des documents justificatifs doivent être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- la date du décompte de Sécurité sociale ;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale, sous peine de déchéance des droits à indemnisation dans les conditions prévues à l'article L. 221-16 du Code de la mutualité.

L'Assuré peut également être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'Assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

ARTICLE 24 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE TIERS

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

En est exclue la part d'indemnité à caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre participant s'engage à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont il serait, lui ou l'un de ses Ayants droit, victime.

Lorsque, du fait de la victime ou de ses Ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pas pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses Ayants droit.

ARTICLE 25 - PLURALITE D'ASSURANCES

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

ARTICLE 26 - DISPOSITIONS PROPRES A CERTAINES PRESTATIONS

▪ Hospitalisation

Lorsque la garantie prévoit une prestation spécifique pour les hospitalisations chirurgicales, celle-ci comprend les frais des interventions chirurgicales qui ont donné lieu à un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Lorsque la garantie prévoit une prestation spécifique pour les hospitalisations médicales, celle-ci comprend les frais de transports en ambulance du malade, les frais de séjour en hôpital, clinique, centre de rééducation, établissement ou maison de repos à caractère sanitaire dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif et qui ont donné lieu à un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Pour un séjour en établissement hospitalier, peuvent être également pris en charge selon les modalités figurant au tableau de garanties, les frais de séjour, la chambre particulière, les dépassements d'honoraires, le forfait hospitalier, la contribution forfaitaire, les frais d'accompagnement d'un enfant, si ce dernier a passé au moins une nuit à l'hôpital.

Les forfaits d'accueil, les dépenses à caractère personnel et les divers suppléments facturés par les hôpitaux ou cliniques (forfait hôtelier, téléphone, journal, ...) ne font l'objet d'aucun remboursement, sauf dispositions particulières précisées aux garanties.

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

- De moyens et longs séjours ;
- De séjours en maison de retraite ;
- De frais liés au placement en maisons d'accueil spécialisées ainsi que ceux liés au placement en institutions sociales et médicaux-sociales.

A ces exclusions communes, s'ajoutent les exclusions prévues au tableau des garanties.

Les exclusions de garanties ci-dessus détaillées sont applicables uniquement aux garanties qui ne seraient pas conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats responsables.

▪ Forfait hospitalier

Lorsque la garantie prévoit un forfait hospitalier, celui-ci est pris en charge par la Mutuelle. La durée de prise en charge par an et par bénéficiaire du forfait hospitalier est précisée pour chacune des garanties au tableau et/ou au descriptif figurant en annexe au présent Règlement.

▪ Frais de séjour

Les frais de séjour en établissements, services ou sections hospitalières sont pris en charge dans les limites et conditions fixées aux garanties.

▪ Chambre particulière

La durée de prise en charge par an et par bénéficiaire de la chambre particulière est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs de celle-ci, au même titre que l'exclusion de certaines spécialités. Les placements annuels et temporaires sont exclus des prises en charge. La nuitée s'entend par séjour comportant au moins une nuit de 22 h 00 à 06 h 00.

▪ Frais d'accompagnant dans le cadre d'une hospitalisation

Les frais de l'accompagnant, lorsque cette prestation est prévue aux garanties, sont pris en charge pour une durée maximale de trente (30) jours par an et par bénéficiaire, uniquement sur facture de l'hôpital ou de la clinique en cas d'hospitalisation d'un enfant dont l'âge minimum peut être précisé dans les descriptifs pour chacune des garanties figurant en annexe au présent Règlement.

▪ Actes médicaux

Lorsque la garantie souscrite le prévoit, les visites avec déplacements non médicalement justifiées sont prises en charge à 100% du tarif de convention.

▪ Dentaire

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes garanties « **DENTAIRE** ».

• Soins et prothèses 100% santé :

Il s'agit d'actes prothétiques dentaires définis réglementairement auxquels s'appliquent des Honoraires Limites de Facturation

(HLF) dont le respect s'impose aux dentistes et chirurgiens-dentistes. La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le bénéficiaire au titre de ces actes **dans la limite des Honoraires Limites de Facturation**.

• Soins et prothèses hors 100% santé :

Les Prestations de la Mutuelle peuvent dépendre du détail du type de l'acte réalisé (couronne, implant...) ou du type de prothèse (fixe, amovible...).

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dit à « honoraires maîtrisés » sont remboursés par la Mutuelle **dans la double limite du plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la garantie, et des Honoraires Limites de Facturation fixés réglementairement lorsque ceux-ci sont inférieurs audit plafond**.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire dit à « honoraires libres » sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite du plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la garantie souscrite**.

Les « actes dentaires non remboursés » par la Sécurité sociale sont remboursés par la Mutuelle, **dans la limite d'un plafond global exprimé par année civile et par Assuré, selon le niveau de la garantie souscrite par le Membre participant**, sur justificatif (facture du dentiste). Ce plafond comprend l'ensemble des actes non remboursés par la Sécurité sociale à l'exception des actes d'implantologie, de parodontologie et d'orthodontie qui font l'objet d'une garantie spécifique.

Les soins d'orthodontie remboursés ou non par l'assurance maladie obligatoire peuvent être pris en charge par la Mutuelle.

La Mutuelle peut vérifier le devis et/ou la facture afférent(s) aux actes dentaires. La Mutuelle peut également être amenée à demander des radiographies au bénéficiaire dès lors que celles-ci sont recommandées professionnellement.

Lorsque la garantie souscrite le prévoit :

Pour l'orthodontie refusée, le montant de la participation s'entend par semestre et par bénéficiaire dans la limite du plafond annuel dentaire de la garantie souscrite.

En cas d'Adhésion, ou de résiliation de ladite Adhésion en cours de semestre, la Mutuelle rembourse les soins d'orthodontie de l'Assuré si la date de soins figurant sur le décompte de Sécurité sociale est comprise dans la période au cours de laquelle l'Adhésion était en vigueur.

Sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie, la participation s'effectue au regard d'une facture originale détaillant la nature, la cotation, les dates de début et de fin de période et le prix du traitement. Le règlement a lieu à terme échu. Ne sont pas pris en charge les bilans, radiographie et la contention.

Pour l'implantologie, le montant de la participation indiquée aux garanties s'entend par an, par bénéficiaire et par implant, dans la limite du plafond annuel dentaire de la garantie souscrite. Le remboursement de la Mutuelle s'effectue sur la base du refus du régime obligatoire d'Assurance maladie et d'une facture originale détaillant la nature, la cotation, le numéro de la dent et le prix de chaque implant.

La nature des soins pris en charge dans le cadre du plafond annuel est précisée dans les descriptifs des garanties remis au Membre participant.

▪ **Optique**

On entend par optique, tout équipement, montures, verres, lentilles cornéennes ou toute opération chirurgicale des yeux visant à corriger un défaut de vision ayant fait l'objet d'une prescription médicale. Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

Les montants et modalités de renouvellement des prestations sont précisés dans les descriptifs des garanties remis au Membre participant. Le montant de la garantie accordée peut être différent selon les conditions d'âge du bénéficiaire et fonction de la correction visuelle.

a. **Les équipements optiques pris en charge**

• **Définitions**

Les équipements optiques sont répartis en deux classes définies comme suit :

- Les équipements optiques de « **classe A** » : ils sont composés de verres et de montures définis réglementairement, dans le cadre du dispositif du « 100% santé », auxquels s'appliquent des prix limites de vente dont le respect s'impose aux opticiens ;
- Les équipements optiques de « **classe B** » : il s'agit des verres et des montures dont les tarifs sont librement fixés par l'opticien.

• **Équipements optiques 100% santé (CLASSE A) :**

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix Limite de Vente (PLV) fixé réglementairement, et d'un équipement optique par période deux ans**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

Pour les enfants de moins de 16 ans : la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix Limite de Vente fixé réglementairement, et d'un équipement optique par période d'un an**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

• **Équipements optiques de CLASSE B :**

Les verres de la Classe B sont définis en trois catégories « simple » « complexe » et « très complexe » selon leur typologie

Tableau des correspondances des typologies de verres

Verres simples :

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 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25

dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Verres complexes :

Verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur ou égal à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptries ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries.

Verres très complexes :

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 ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus : le remboursement de la Mutuelle est **limité au plafond prévu par la garantie et à un équipement optique pour une période de deux ans**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

Pour les enfants de moins de 16 ans : le remboursement de la Mutuelle est **limité au plafond prévu par la garantie et à un équipement optique pour une période d'un an**, période calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médical ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

Les différents délais sont également applicables pour le renouvellement séparé des éléments de l'équipement.

• **Équipements optiques mixtes :**

Les équipements peuvent être composés d'éléments de la Classe A et d'éléments de la Classe B (exemple : monture de classe B et verres de classe A ou inversement).

La Mutuelle rembourse l'équipement **dans la double limite du plafond d'un équipement de Classe B prévu par la Garantie, et du Prix Limite de Vente appliqué aux éléments de Classe A.**

• **Les conditions de la prise en charge du renouvellement des équipements optiques :**

Elles sont fixées par arrêté et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. A la date de l'Adhésion, elles peuvent être résumées de la manière qui suit.

- Dégradation de la performance oculaire

Pour les Assurés âgés de 16 ans et plus : par dérogation au plafond biennal visé ci-dessus, les adultes et les enfants d'au

moins 16 ans peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale d'un an, lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires dans des proportions répondant aux conditions fixées par arrêté (exemple : variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres). Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation soit par une nouvelle prescription médicale soit par la prescription médicale d'origine adaptée par l'opticien-lunetier dans le cadre des dispositions de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.

Pour les Assurés âgés de moins de 16 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants de moins de 16 ans, peuvent renouveler les verres de leur équipement optique à tout moment lorsque ce renouvellement est motivé par la dégradation de leurs performances oculaires. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite dégradation par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste.

Pour les Assurés jusqu'à l'âge de 6 ans : par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus, les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans, peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale de six mois lorsque ce renouvellement est motivé par une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

- Troubles de la réfraction, liés à une situation médicale

Par dérogation aux différents plafonds visés ci-dessus (biennal, annuel et semestriel), les Assurés peuvent quel que soit leur âge, renouveler les verres de leur équipement optique à tout moment, lorsque ce renouvellement est motivé par une évolution de la réfraction liée à l'une des situations médicales précisées par la liste fixée par arrêté. Pour bénéficier d'un remboursement de la Mutuelle, le Bénéficiaire doit justifier de ladite évolution par une nouvelle prescription médicale d'un médecin ophtalmologiste.

b. Les lentilles

Les lentilles remboursées par la Sécurité sociale sont prises en charge par la Mutuelle dans la limite d'un plafond exprimé par année civile et par Assuré.

Lorsque la garantie prévoit la prise en charge des lentilles jetables, la facture originale acquittée doit préciser leur nomenclature exacte et être accompagnée de la prescription médicale. Toutes les autres lentilles sont exclues.

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

Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Aides auditives

• Définitions

Les aides auditives sont réparties en deux classes définies comme suit :

- **Les aides auditives de « Classe 1 »** : il s'agit des aides auditives définies réglementairement, relevant du panier « 100% santé », auxquels s'appliquent des Prix Limites de Vente dont le respect s'impose aux audioprothésistes.

- **Les aides auditives de « Classe 2 »** : il s'agit des aides auditives dont les tarifs sont librement fixés par les audioprothésistes.

• Aides auditives 100% santé (Classe 1)

La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans, calculée à compter de la date de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

• Aides auditives hors 100% santé (Classe 2)

Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle dans la double limite du plafond exprimé par aide auditive, par oreille et par Assuré prévu à la garantie et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans, calculée à compter de la date de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Prévention et bien-être

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit :

Les montants s'entendent par an et par bénéficiaire, sur justificatif, avec ou sans participation du régime obligatoire d'Assurance maladie.

Les actes d'acupuncture, d'ostéopathie et de chiropractie doivent être effectués par un praticien titulaire d'un diplôme officiellement reconnu sanctionnant une formation spécifique à ces pratiques médicales.

- Les soins assurés en homéopathie et en acupuncture doivent être proposés par des médecins appartenant à l'Ordre des médecins.

- Les soins couverts en ostéopathie et chiropractie doivent être assurés par des personnes inscrites sur les listes préfectorales existantes.

- Les soins proposés par un diététicien, un orthophoniste, un orthoptiste, un pédicure ou un podologue doivent être assurés par une personne ayant la qualité d'auxiliaire médical.

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit :

Les moyens de contraceptions féminins pris en charge sont le stérilet, les pilules, les patchs sur présentation d'une copie de la prescription médicale.

▪ Cure

Lorsque que la garantie souscrite le prévoit :

Les frais de cure thermale peuvent ouvrir droit, s'ils sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, à une indemnité prévue à la garantie.

Ne sont considérés comme soins de cure que les soins qui font l'objet d'une cotation et d'un remboursement de l'Assurance maladie obligatoire.

Sauf prestations spécifiques précisées au tableau de garantie, les cures de thalassothérapie ne font pas l'objet d'un remboursement.

▪ Allocation Obsèques

La garantie « **Allocation Obsèques** » a pour objet de garantir par la Mutuelle le paiement d'une allocation en cas de décès du Membre participant, afin de rembourser tout ou partie de ses frais d'obsèques. La garantie « **Allocation Obsèques** » couvre également les dépenses liées aux frais d'obsèques des Ayants droit du Membre participant, si celui-ci décède avant le Membre participant.

La garantie est acquise, pour chaque Assuré, dès la prise d'effet de son Adhésion à la Mutuelle.

Cette garantie constitue un ensemble indivisible avec la garantie individuelle Frais de santé.

Le montant de l'allocation Obsèques est fixé au Bulletin d'Adhésion, **et est limité en toutes hypothèses aux frais réellement engagés** (article « **PLURALITE D'ASSURANCES** »).

La garantie « **Allocation Obsèques** » bénéficie à la personne qui a effectivement payé les dépenses affectées exclusivement au financement des services et prestations funéraires du défunt Assuré, notamment :

- Préparation et organisation des obsèques,
- Hommage et présentation du défunt,
- Cercueil et fournitures,
- Déroulement et exécution des obsèques.

Le règlement de la garantie « **Allocation Obsèques** » est conditionné à la présentation d'un acte de décès au nom du défunt, d'une copie recto/verso de la pièce d'identité en cours de validité de la personne qui s'est acquittée des frais d'obsèques et de la facture acquittée auprès d'un organisme de pompes funèbres. La Mutuelle se réserve le droit de demander d'autres pièces qu'elle jugerait nécessaire à la délivrance de la prestation.

La Mutuelle ne prend pas en charge les sinistres résultant:

- du suicide de l'assuré lors de la première année d'Adhésion ;
- de luttes, duels, rixes (sauf légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels l'assuré participe ;
- de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentat, quel que soit le lieu où se déroulent ces faits et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active ;

La Mutuelle ne prend pas en charge les décès antérieurs à la date de prise d'effet de la présente garantie.

ARTICLE 27 - TIERS PAYANT

Le Membre participant peut être dispensé de l'avance des frais engagés par lui-même ou le cas échéant par ses Ayants droit, sur présentation de la carte d'Adhérent, dès lors qu'une convention de tiers payant a été signée par la Mutuelle avec les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les fournisseurs de matériels médicaux.

Ainsi lorsqu'un professionnel de santé en accepte le principe, la Mutuelle lui paye directement les frais qui auraient dû être remboursés au Membre participant après avoir engagé la dépense.

Cette dispense est limitée au niveau de couverture de la garantie souscrite et à la fraction de dépense imputable à la Mutuelle.

Lorsque le professionnel de santé accorde la dispense d'avance de frais sur la seule part relative au régime obligatoire à l'exclusion de la part relative à la mutuelle, le remboursement intervient sur présentation de la facture originale acquittée.

En cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un Bénéficiaire postérieurement à la cessation de l'Adhésion, à la suspension de ses garanties ou à sa radiation, entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des prestations futures auxquelles le Bénéficiaire pourrait avoir droit.

Il en est de même dans le cas où des prestations seraient indûment versées à un Membre participant ou à un Ayant droit. A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

ARTICLE 28 - TELETRANSMISSION NOEMIE

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de Sécurité sociale et sous réserve de l'accord du Membre participant, la Mutuelle procédera au remboursement de la prestation sur la base du décompte de l'Assurance Maladie reçu par échange informatisé. La Mutuelle se réserve le droit de demander au Membre participant l'original du décompte de l'assurance maladie pour contrôle.

CHAPITRE V - COTISATIONS ET MODALITES DE PAIEMENT

ARTICLE 29 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

29.1. Montant de la cotisation

Le montant des cotisations est annuel. Les cotisations sont fixées pour l'année civile par le Conseil d'administration conformément aux statuts de la Mutuelle et à l'article L.114-1 du Code de la mutualité.

a) critères retenus

Peuvent être retenus par la Mutuelle les critères suivants servant de base au calcul des cotisations :

- L'âge de chaque bénéficiaire adulte, calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année de prise d'effet de l'Adhésion ;
- Le département de résidence du Membre participant ;
- Le régime obligatoire d'affiliation ;
- Le niveau de garanties souscrit ;
- Les garanties optionnelles souscrites ;
- La composition familiale et l'âge des bénéficiaires ;
- La durée d'appartenance à la Mutuelle.

La cotisation est déterminée chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de ces différents critères. En cas d'Adhésion en cours d'année, la cotisation est calculée prorata temporis.

b) critères exclus

La Mutuelle ne peut fixer les cotisations en fonction de l'état de santé des bénéficiaires. A ce titre, aucune déclaration de santé, ni questionnaire médical ne sont à compléter au moment de l'adhésion. De même, tout ressortissant étranger sur le sol français, bénéficiant d'un régime obligatoire français se voit appliquer les mêmes conditions tarifaires qu'un assuré français.

29.2. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable par prélèvement automatique sur un compte bancaire. Elle est payable d'avance selon un fractionnement fixé au Bulletin d'Adhésion. Elle est due au 1^{er} janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux Membres participants, à partir de la date d'effet de l'Adhésion.

La modalité de paiement est le prélèvement automatique, à l'exception de la première fraction qui peut être payée par chèque ou par carte bancaire. Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement. Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être mensuelle ou trimestrielle. Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au Membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

La cotisation due par le Membre participant et sa périodicité de paiement sont mentionnées sur le Bulletin d'Adhésion. La date d'échéance et la périodicité peuvent être modifiées sur demande écrite de la part du Membre participant auprès de la Mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

29.3. Exonération en cas de décès pour le conjoint survivant

En cas de décès du Membre participant quel que soit son âge, le conjoint survivant inscrit au régime à la date du décès bénéficie d'une exonération du paiement de la cotisation pendant une durée de six (6) mois à compter du 1^{er} jour du mois suivant celui du décès.

Pour bénéficier de cette exonération de paiement des cotisations, l'Assuré devra être à jour, à la date de son décès,

du paiement de ses cotisations ; l'Ayant droit doit fournir à la Mutuelle dans les trois (3) mois qui suivent le décès du Membre participant un justificatif attestant du décès.

ARTICLE 30 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8-II du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de l'échéance, et indépendamment du droit d'Avenir Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'Adhésion est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure du Membre participant, par lettre recommandée avec avis de réception.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'Adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'Adhésion, dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu au premier alinéa.

Le Membre participant est informé, dans la lettre de mise en demeure, qu'à l'expiration du délai prévu précédemment, le défaut de paiement de la cotisation pourra entraîner son exclusion des garanties. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisation.

L'Adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

ARTICLE 31 - MODIFICATION DES COTISATIONS

- Le montant des cotisations évolue en raison du changement d'âge de l'assuré. Le changement d'âge est appliqué au 1^{er} janvier de l'année. Il est déterminé par la différence de millésimes entre l'année concernée et l'année de naissance.
- La Mutuelle peut également réévaluer, sur décision du Conseil d'Administration, le montant des cotisations en fonction des résultats techniques des garanties et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé et/ou de l'évolution de la réglementation.

La modification du montant des cotisations doit être notifiée au Membre participant avant sa date de prise d'effet et dans les conditions fixées à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité. En cas de désaccord, le Membre participant doit en aviser la Mutuelle dans les conditions fixées à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité.

A défaut d'accomplissement de cette formalité par le Membre participant, celui-ci est réputé avoir accepté le changement.

- En outre, en cas de modification des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie ou de la nomenclature des actes remboursés par le régime obligatoire d'assurance maladie, ou de l'entrée en vigueur de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires, la

Mutuelle peut être amenée en cours d'année à procéder à une modification des cotisations.

Les modifications des montants de cotisations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux Membres participants.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 32 - RECLAMATION

Toute réclamation relative au présent Règlement doit être présentée par lettre adressée à AVENIR MUTUELLE - Service Réclamation - 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12 ou par mail à reclamation@avenirmutuelle.com en précisant le numéro de Membre participant et la nature de la réclamation. La Mutuelle s'engage à accuser réception de votre demande dans un délai maximum de dix (10) jours et à traiter votre demande dans un délai maximum de deux (2) mois.

ARTICLE 33 - MEDIATION

Si à l'issue de la procédure de réclamation une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation du présent Règlement, l'assuré a la possibilité de saisir le service de médiation fédérale. Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser, sous pli recommandé avec accusé de réception, à : Médiation Fédérale Mutualiste 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15 ou via l'adresse suivante : <https://www.mediateur-mutualite.fr>.

Le Membre participant doit formuler sa demande de médiation dans un délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition qu'il n'ait pas saisi les tribunaux.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas des droits du Membre participant et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la Médiation suspend le délai de prescription.

ARTICLE 34 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

Avenir Mutuelle est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sis 4 Place de Budapest, CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 35 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Pour la réalisation de l'objet du présent Règlement, Avenir Mutuelle met en œuvre un traitement de données personnelles. La Mutuelle est considérée comme responsable des traitements au sens du Règlement Général sur la Protection des données. Ce traitement a lieu sur le territoire européen. Il répond aux caractéristiques ci-dessous :

Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des assurés potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des assurés et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et

prestations et s'il y a lieu pour l'apériteur, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques. Aussi, ces informations, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par Avenir Mutuelle pour la lutte contre la fraude et au regard de ses obligations légales et réglementaires (lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme).

L'accès à ces données personnelles est réservé aux services d'Avenir Mutuelle et de ses partenaires sous contrat qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux membres participants ou bénéficiaire des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

Les données sont susceptibles de faire l'objet d'un sous-traitement, encadré par contrat. Ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions d'Avenir Mutuelle, dans le respect des dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, dans leur version en vigueur.

Avenir Mutuelle informe les assurés lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne l'Adhésion. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'Adhésion.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peuvent demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle. Ils peuvent exercer leurs droits d'accès, d'opposition, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après leurs décès, en adressant une demande au siège social d'Avenir Mutuelle (173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12) par courrier à l'attention du Délégué à la protection des données, ou par mail à l'adresse suivante : dpo@avenirmutuelle.com.

Conformément aux textes en vigueur, le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à un (1) mois. Une possibilité de prolonger de deux (2) mois ce délai est prévue après information de la personne concernée par la demande.

Le Membre participant peut également adresser une réclamation concernant le traitement de ses données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy, TSA 80175, 75334 PARIS CEDEX 07.

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

Les données communiquées pourront être réutilisées, préalablement rendues non directement identifiantes, à des fins de recherche, d'études ou d'évaluation dans les conditions mentionnées à l'article L. 1461-3 du code de la santé publique.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation de l'Adhésion ne pourra excéder dix (10) années, sauf obligation légale contraire.

ARTICLE 36 - ADHESION A DISTANCE

L'adhésion pourra se faire à distance dans les conditions fixées dans l'article L. 221-18 du Code de la mutualité. Dans ce cas, l'adhésion au présent Règlement par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le Membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

ARTICLE 37 - LOI APPLICABLE

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du Membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le Membre participant ainsi qu'à son adhésion aux garanties notamment pour leur interprétation ou leur exécution, sera la loi française.

ARTICLE 38 - LANGUE UTILISEE

L'Adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'Adhésion.

ARTICLE 39 - VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- Le présent Règlement et ses annexes ;
- Le Bulletin d'Adhésion dûment complété, daté et signé par le Membre participant ;
- La carte d'adhérent.

En cas de contradiction entre les dispositions du Bulletin d'Adhésion et celles de la carte d'Adhérent, ce sont celles du Bulletin d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent Règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'Adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion. Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

ARTICLE 40 - FONDS D'ACTION SOCIALE

La Mutuelle peut, sur somme particulière que détermine annuellement l'Assemblée Générale, accorder des allocations de secours aux Membres participants et à leur Ayants droit. Les allocations et secours sont attribués sur décision de la

Commission de Prévention et d'Action Sociale. Les dossiers complets de demandes d'allocations doivent être réceptionnés dans l'année suivant la survenance de l'évènement.

Pour en bénéficier, le Membre participant doit adresser sa demande par courrier à : « Avenir Mutuelle - Service fonds d'Action Sociale – 173 rue de Bercy CS61602 75601 PARIS Cedex 12 ». Il lui sera alors transmis un dossier à compléter et renvoyer, accompagné de toutes les pièces justificatives requises.

ARTICLE 41 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Conformément à l'article L. 223-1 et suivant du Code de la consommation, vous avez le droit à vous inscrire sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique. Toutefois, cette demande ne pourra être prise en compte dans le cadre de la relation contractuelle qui vous lie avec la Mutuelle.

SECTION 2 - LES GARANTIES OPTIONNELLES

En adhérant au présent Règlement, le Membre participant a la possibilité d'adhérer aux garanties optionnelles de la présente Section. Les garanties optionnelles suivent le sort de la garantie Frais de santé (Section 1) souscrite par le Membre participant.

GARANTIE ALLOCATION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION (IJH)

■ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie « **ALLOCATION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALISATION (IJH)** » a pour objet de garantir par la Mutuelle le versement d'une allocation forfaitaire journalière en cas d'hospitalisation à la suite d'un Accident ou d'une Maladie.

L'hospitalisation se définit par le fait de recevoir des soins nécessitant **un séjour minimal de 24 heures continues dans un établissement hospitalier, hôpital ou clinique, agréé par la Sécurité sociale française**. Ce séjour doit donner lieu à l'établissement d'une facture des frais de séjour ou à un certificat d'hospitalisation.

Délai d'attente : Aucun délai d'attente n'est applicable pour les Accidents. **Un délai d'attente de trois (3) mois est applicable en cas d'hospitalisation supérieure à trois (3) jours en cas de Maladie.**

■ CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent être assurées au titre de la garantie « **Allocation Indemnités Journalières Hospitalisation** » les personnes physiques qui remplissent cumulativement les conditions suivantes :

- Être Ayant droit du Membre participant ;
- Être âgé de moins de 71 ans au 31 décembre de l'année civile de la demande d'Adhésion ;
- Résider en France Métropolitaine.

■ BENEFICIAIRE DE LA GARANTIE

La Mutuelle verse à l'Assuré une indemnité journalière en cas d'hospitalisation.

▪ MONTANT DE L'ALLOCATION

Le montant de l'allocation journalière forfaitaire est fonction du niveau de la garantie souscrite à l'Adhésion et figurant au Bulletin d'Adhésion. Le niveau de garantie est identique pour tous les Assurés.

▪ ETENDUE DES PRESTATIONS GARANTIES

L'allocation journalière forfaitaire est versée dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation consécutive à un Accident, et à l'issue du délai d'attente en cas de Maladie, et sous réserve d'une durée d'hospitalisation supérieure à trois (3) jours.

Elle est perçue jusqu'au jour de sortie. La durée maximale d'indemnisation pour une même Maladie ou un même Accident, y compris rechutes et complications, est de **365 jours**.

Les séjours successifs dus au même Accident ou à la même Maladie, qui ne sont pas séparés par soixante (60) jours au plus, sont considérés comme une seule et même hospitalisation. Avenir Mutuelle reprendra le versement de l'allocation à partir du premier jour de la constatation médicale de la rechute ou de la complication et dans la limite de la durée maximale d'indemnisation.

A l'expiration de cette période maximale, l'Assuré ne peut prétendre à nouveau au bénéfice des Prestations qu'après une interruption d'hospitalisation entre deux séjours supérieure à trois (3) mois et sous réserve qu'à la date de la nouvelle hospitalisation, il soit toujours couvert par la présente garantie.

Le droit à garantie cesse au plus tard à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 71 ans.

▪ ARBITRAGE

La Mutuelle se réserve le droit de procéder ou de faire procéder à tout contrôle et/ou toute expertise médicale selon les modalités et conditions définies aux articles « **CONTROLE** » et « **EXPERTISE MEDICALE** » du présent Règlement.

▪ REGLEMENT DES PRESTATIONS

En cas d'hospitalisation mettant en jeu la garantie, l'Assuré doit prévenir Avenir Mutuelle dans un délai de trente (30) jours suivant le début de l'hospitalisation et adresser les pièces justificatives nécessaires. Il s'engage à communiquer au médecin conseil d'Avenir Mutuelle, toute pièce médicale lui permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit bien dans le cadre de la présente garantie. A la sortie de l'hôpital, il adresse le bulletin d'hospitalisation ou la facture faisant apparaître les dates d'entrée et de sortie, ou le nombre de jours d'hospitalisation.

Tout sinistre non déclaré dans un délai de trente (30) jours suivant l'hospitalisation est définitivement exclu de la garantie si Avenir Mutuelle établit que le retard lui a causé un préjudice, sauf si le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure.

▪ EXCLUSIONS

Dans le cadre de la garantie IJH, La Mutuelle ne prend pas en charge les sinistres résultants et/ou provenant :

- D'affections ou de maladies ainsi que leurs suites apparues pendant le délai d'attente ;
- Des suites et conséquences des accidents et affections apparues antérieurement à la demande d'Adhésion ;
- De la guerre civile ou étrangère, d'émeute, d'insurrection, d'attentats, de sabotage, de la participation à des rixes (sauf légitime défense), crimes, délits, émeutes et paris de toute nature) ;
- De la tentative de suicide au cours de la première année d'adhésion, de l'automutilation consciente ou non, du fait intentionnel de l'Assuré ;
- Des suites et conséquences d'une interruption volontaire de grossesse non prise en charge par l'assurance maladie ;
- D'accidents de la circulation dont est victime l'Assuré en tant que conducteur d'un véhicule terrestre à moteur sous l'emprise d'un état alcoolique (taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la loi sur la circulation automobile au jour du sinistre), ou sous l'emprise de stupéfiants, ou substances analogues non prescrites par une autorité médicale habilitée ;
- De l'alcoolisme, de l'utilisation de stupéfiants ou substances analogues, médicaments et traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- De la pratique d'un sport à titre professionnel ou rémunéré ;
- D'accidents d'avion dont est victime l'Assuré dès lors qu'il se trouve dans un appareil effectuant des vols acrobatiques ou des exhibitions, des compétitions, des tentatives de records, des vols d'essais ;
- Des activités nécessitant l'utilisation d'un parachute sauf cas de force majeure, d'une aile volante, d'un delta-plane ou d'un ULM ;
- D'affections nerveuses et mentales (notamment psychiatriques) ;
- D'une intervention de chirurgie esthétique ;
- D'un traitement hygiéno-diététique.

Par ailleurs ne sont pas garantis :

- Les séjours en maisons de repos, de plein air, de convalescence, de retraite, en centres de rééducation et de réadaptation, en établissements thermaux, climatiques et de cures, en instituts médico-pédagogiques, en maisons de retraite médicalisées et EHPAD et services de gérontologie ;
- Les séjours des personnes qui d'une manière irréversible n'ont plus leur autonomie ou dont l'état nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien.

GARANTIE ACCIDENT - PERENITY

▪ OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet de garantir, selon les modalités définies au présent règlement et au Bulletin d'Adhésion, le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) **en cas de décès accidentel de l'Assuré, ou à l'Assuré lui-même en cas d'invalidité permanente totale ou partielle accidentelle.**

■ DEFINITIONS

ACCIDENT : Au titre de la garantie « **ACCIDENT - PERENITY** », on entend par accident, l'intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de son (ses) Bénéficiaire(s), caractérisée par l'existence d'une lésion de l'assuré ou ayant entraîné son décès, survenant après la date de prise d'effet de la garantie. **Ne sont pas considérées comme causes extérieures au sens défini ci-dessus notamment, les conséquences du suicide ou de sa tentative, d'une crise d'épilepsie, de delirium tremens, d'une rupture d'anévrisme, de l'infarctus du myocarde, de l'embolie cérébrale, de l'hémorragie méningée.**

CESSATION DE LA GARANTIE : On entend par cessation de la garantie la date à laquelle prend fin la couverture d'assurance pour une garantie donnée, notamment en cas de survenance de l'âge limite.

CONSOLIDATION : On entend par consolidation, le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent sinon définitif, qui permet d'évaluer médicalement un certain degré d'invalidité permanente.

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE : On entend par invalidité permanente totale ou partielle, le fait pour l'Assuré, d'être, à la suite d'un accident garanti, atteint après consolidation d'une infirmité permanente dont le degré d'invalidité est déterminé selon le barème défini dans le présent règlement. L'invalidité à 100% est dite invalidité permanente totale. L'invalidité comprise entre 30% et moins de 100% est dite invalidité permanente partielle.

PERIODE D'ASSURANCE : On entend par période d'assurance, la durée pendant laquelle la garantie est en vigueur. La période débute à la date de prise d'effet de la garantie et expire le 31 décembre de chaque année à minuit, sous réserve des dispositions relatives à la reconduction annuelle.

RISQUES NON GARANTIS : Au titre de la garantie « **ACCIDENT - PERENITY** », on entend par risques non garantis des événements extérieurs ou des situations relatives à l'Assuré, non couverts au titre de la présente garantie, dont la survenance ne peut entraîner le versement de la Prestation.

■ CONDITIONS D'ADHESION

Peuvent adhérer à la présente garantie les personnes physiques âgées **au minimum de 19 ans et au maximum de 74 ans à la date de prise d'effet de la garantie**. L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'Assuré.

■ MODALITES D'ADHESION

Le Membre participant remplit un Bulletin d'Adhésion, mentionnant notamment l'identité de chaque Assuré et le montant du capital souscrit. En cas d'adhésion conjointe, le Bulletin d'Adhésion est signé par chaque Assuré.

■ ETENDUE DE LA GARANTIE

a. Décès accidentel

En cas de décès de l'Assuré consécutif à un Accident, survenant immédiatement ou dans un délai maximum de douze (12) mois suivant l'Accident, la Mutuelle garantit le montant du capital défini au Bulletin d'Adhésion après application d'un coefficient en fonction de l'âge de l'Assuré au moment du décès :

- De 19 à 74 ans : 1
- De 75 à 79 ans : 0,50

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'Assuré.

b. Invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident

Si l'Assuré, à la suite d'un Accident, reste atteint, après consolidation de blessures, d'une infirmité permanente, la Mutuelle lui sert tout ou partie du capital invalidité défini au Bulletin d'Adhésion proportionnellement au taux d'infirmité.

Le barème servant de référence pour déterminer le taux d'infirmité est mentionné ci-après (« **BAREME SERVANT DE BASE A LA DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE PERMANENTE** »). La Mutuelle verse tout ou partie du capital invalidité si les deux conditions suivantes sont réunies :

- La date de consolidation est intervenue dans les douze (12) mois suivant l'Accident ;
- L'assuré est atteint d'un taux d'invalidité au moins égal ou supérieur à 30%.

■ ACTIVITES PROFESSIONNELLES NON GARANTIES ET EXCLUSIONS

a. La Mutuelle ne garantit pas les événements survenant directement ou indirectement dans le cadre de l'accomplissement de l'une des activités professionnelles (rémunérées ou non) suivantes :

- Les guides de haute montagne, les moniteurs de ski, les sportifs professionnels ;
- Les agents de maintien de l'ordre ou de la surveillance armée, les pompiers professionnels, les convoyeurs de fonds ;
- Les personnes exerçant des travaux forestiers ou travaillant sur des ouvrages d'art ou des bâtiments de grande hauteur supérieure à quinze (15) mètres, ou dans des mines, des souterrains ou des galeries, les marins pêcheurs, les dockers ;
- Les artistes de cinéma ou de télévision, les professionnels du cirque, les voyants et les radiesthésistes.

b. La Mutuelle n'assure pas le décès ou l'invalidité permanente totale ou partielle résultant des causes suivantes :

- Le fait intentionnel causé ou provoqué par un Bénéficiaire ou le Membre participant lui-même ;
- Le suicide de l'Assuré lors de la première année d'adhésion ;
- La tentative de suicide de l'Assuré ;
- Le meurtre du Membre participant par le Bénéficiaire

ayant fait l'objet d'une condamnation pénale ;

- L'état de guerre, civile ou étrangère, d'insurrection, d'émeute, les actes de terrorisme ou de prise d'otage ;
- L'état d'ivresse ou d'éthylisme (dont le taux d'alcoolémie a été constaté comme étant au moins égal au taux constituant une infraction au sens du Code de la route en vigueur) ou l'abus chronique d'alcool, même involontaire ;
- L'usage non prescrit médicalement de substances pharmaceutiques, la toxicomanie ou l'utilisation chronique ou ponctuelle de substances euphorisantes, de stupéfiants, d'hallucinogènes ou de toute substance altérant le comportement ;
- La participation de l'Assuré à des matches, paris, défis, courses, tentatives de records, à l'exception des compétitions sportives normales effectuées par des personnes titulaires d'une licence au titre de l'activité pratiquée ;
- La pratique des sports suivants :
 - La chasse ;
 - Les sports nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre motorisé ;
 - Le vol en avion ultraléger, le planeur, l'aile volante, l'aérostat à sustentation à air chaud ou motorisé ;
 - Le parachute, le parachute ascensionnel, le parapente, le saut à l'élastique ;
 - Les activités sous-marines nécessitant le recours à des moyens artificiels de respiration ;
 - Les sports d'hiver pratiqués hors-piste, le hockey, le bobsleigh, l'escalade ou l'alpinisme ;
 - La spéléologie ;
 - L'accident de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et d'une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même ;
 - Les luttes, duels, rixes (sauf cas de légitime défense), d'attentats ou d'agressions auxquels participe l'assuré ;
 - Les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules ;
 - Les lésions causées par les rayons X, des conséquences d'opérations chirurgicales subies par l'Assuré lorsque ces opérations ne sont pas nécessitées par un accident garanti par le régime ;
 - La congestion, l'insolation, la congélation, l'anévrisme, les cas d'intoxication alimentaire, l'érysipèle, les rhumatismes, les ulcères variqueux, le lumbago, les ruptures de muscles, la hernie, alors même que ces affections seraient d'origine traumatique.

▪ BENEFCIAIRE(S) D'UN CAPITAL

a. En cas d'invalidité permanente totale ou partielle

Le bénéficiaire du capital est l'Assuré lui-même.

b. En cas de décès

Le(s) bénéficiaire(s) du capital en cas de décès de l'Assuré

est (sont) la (les) personne(s) ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle soit par le choix de la clause standard soit par une désignation nominative, précisant, si besoin est, l'ordre de priorité du versement et/ou de la répartition du capital.

La clause peut être rédigée par acte sous seing privé ou par acte authentique et être déposée chez un notaire.

La désignation du (des) bénéficiaire(s) est précaire et peut, à tout moment, être modifiée par le Membre participant, sauf acceptation de l'un d'entre eux dans les conditions fixées par l'article L. 223-11 du Code de la mutualité. Tout changement n'est valablement opposable à la Mutuelle qu'autant qu'il lui a été notifié par écrit, et que celle-ci ait normalement accusé réception de ce changement.

Dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice de la garantie dans les conditions fixées par l'article L. 223-11 du Code de la mutualité, sa désignation devient irrévocable.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang ou de prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part lui (leur) revenant sera répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

A défaut de désignation expresse, ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires, les sommes dues sont attribuées selon l'ordre de priorité ci-après :

- Au conjoint de l'Assuré ;
- Aux descendants de l'Assuré ;
- Aux ascendants de l'Assuré ;
- Aux héritiers de l'Assuré selon les règles de la dévolution successorale.

▪ BAREME SERVANT DE BASE A LA DETERMINATION DU TAUX D'INVALIDITE PERMANENTE

1- Le taux d'invalidité permanente est déterminé en fonction du barème suivant, sans qu'il soit tenu compte de la profession exercée par la victime :

Invalidité permanente totale	
Aliénation mentale totale	100%
Perte totale et irrémédiable de la vue	
Perte totale des deux bras ou des deux mains	
Perte totale des deux jambes ou des deux pieds	
Perte totale d'un bras et d'une jambe	
Perte totale d'un bras et un pied, ou d'une main et une jambe, ou d'une main et un pied	

Invalidité permanente partielle	
Tête :	
Traumatismes crâniens accompagnés de coma et suivis de phénomènes post-commotionnels sans signe somatique	5%
▪ avec brèche osseuse ou enfoncement crânien de surface de plus de 6 cm ²	30%
▪ avec brèche osseuse ou enfoncement crânien de 3 à 6 cm ²	16%
▪ jusqu'à 3cm ² au maximum	10%

Perte totale d'un œil ou réduction de moitié de la vision binoculaire	25%
Surdité complète des deux oreilles	40%
Surdité complète d'une oreille	10%
Tronc / colonne vertébrale :	
Traumatisme vertébral avec déformation rachidienne et troubles neurologiques	40%
▪ sans déformation	10%
Ablation d'un rein	30%
Ablation de la rate	15%

Membres supérieurs	Droit	Gauche
Perte du mouvement de l'épaule	25%	20%
Perte totale du bras ou de la main	60%	50%
Perte totale du mouvement du coude	20%	15%
Perte totale du mouvement du poignet	20%	15%
Perte totale du pouce et de l'index	30%	25%
Perte totale de trois doigts (compris pouce ou index)	30%	25%
Perte totale de trois doigts (sans pouce ou index)	25%	20%
Perte totale du pouce et d'un doigt autre que l'index	25%	20%
Perte totale de l'index et d'un doigt autre que le pouce	20%	17%
Perte totale du pouce seul	20%	15%
Perte totale de l'index seul	15%	10%
Perte totale du médius, de l'annulaire ou de l'auriculaire	10%	8%
Perte totale de deux de ces derniers doigts	15%	12%

Membres inférieurs	
Perte totale d'une jambe au-dessus du genou	60%
Perte totale d'une jambe au-dessous du genou ou d'un pied	40%
Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils	30%
Fracture non consolidée d'une jambe ou d'un pied	25%
Fracture non consolidée d'une rotule	20%
Perte totale du mouvement d'une hanche	20%
Perte totale du mouvement d'un genou	20%
Raccourcissement d'au moins 5 cm d'un membre inférieur	15%
Perte totale d'un gros orteil	10%
Perte totale d'un doigt de pied	5%

2- Pour l'application du barème ci-dessus, les précisions suivantes sont apportées :

- Les invalidités non prévues sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés, sur décision du Médecin conseil de la Mutuelle ;
- L'incapacité fonctionnelle absolue et définitive d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte totale ;
- S'il est médicalement constaté que la victime est gauchère, les taux prévus pour les membres droits et gauches sont intervertis ;
- Si plusieurs lésions affectent un même membre ou organe, les indemnités correspondantes s'additionnent sans pouvoir dépasser le total de l'indemnité prévue pour la perte totale du membre ou de l'organe ;

- La lésion des membres déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et après l'Accident ;
- L'indemnité totale due pour plusieurs lésions provenant d'un même Accident se calcule par addition sans pouvoir dépasser la totalité de la somme assurée pour le cas d'invalidité permanente absolue.

▪ CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie cesse automatiquement :

- Aux 79 ans de l'Assuré en cas de décès ;
- Aux 69 ans de l'Assuré en cas d'invalidité permanente totale ou partielle ;
- Au moment de la première réalisation d'un événement assuré (invalidité permanente totale ou partielle, décès),
- En cas de non-paiement des cotisations (article « **NON-PAIEMENT DES COTISATIONS** » ;
- En cas d'inexactitude ou de fausse déclaration de l'assuré (article « **FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE** ») ;
- En cas de résiliation de la garantie (article « **RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION** »).

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'Assuré.

▪ REGLEMENT DU CAPITAL INVALIDITE

La Mutuelle règle à l'Assuré, le capital en cas d'invalidité permanente totale ou partielle médicalement consolidée, dans les trente (30) jours suivant la remise des pièces justificatives suivantes :

- Un certificat médical précisant la nature et le taux d'invalidité de l'Assuré.

Préalablement au paiement, la Mutuelle peut demander à un médecin expert de vérifier que l'état de santé de l'Assuré correspond à la définition de l'invalidité permanente totale ou partielle de la garantie et d'en fixer le taux par :

- Tout document justifiant de l'identité du demandeur ;
- Tout justificatif prouvant que l'invalidité est causée par un Accident (rapport de police ou procès-verbal de gendarmerie), précisant les circonstances et la date de survenance de l'évènement, et justifiant notamment la relation de cause à effet entre l'invalidité permanente et l'origine accidentelle.

▪ REGLEMENT DU CAPITAL DECES AU(X) BENEFICIAIRE(S) DESIGNE(S)

La Mutuelle règle le capital décès prévu par le Bulletin d'Adhésion dans les trente (30) jours suivant la remise des pièces justificatives suivantes :

- L'extrait de l'acte de décès de l'Assuré ;
- Un certificat médical précisant la cause du décès ;
- Tout document justifiant de l'identité du bénéficiaire ;
- Tout justificatif prouvant que le décès a été causé par un accident (rapport de police ou procès-verbal de gendarmerie), précisant les circonstances et la date de survenance, et justifiant notamment la relation de cause à effet entre le décès et l'origine accidentelle.

En cas de pluralité des bénéficiaires, le règlement peut être effectué contre quittance conjointe des intéressés.

▪ MONTANT MAXIMUM DES PRESTATIONS

Le montant maximum de capital pouvant être alloué à un Assuré principal pour un ou plusieurs événements ne peut dépasser le montant maximum souscrit mentionné au Bulletin d'Adhésion. Le versement du capital décès ne peut se cumuler avec le capital invalidité permanente. Toutefois, si après versement d'un capital invalidité permanente partielle, l'Assuré décède dans les douze (12) mois des suites de l'Accident garanti, la Mutuelle verse au(x) bénéficiaire(s) la différence entre le capital invalidité déjà alloué et le montant du capital décès prévu par la garantie.

▪ CONTROLE ET ARBITRAGE

La Mutuelle se réserve le droit de procéder ou de faire procéder à tout contrôle et/ou toute expertise médicale selon les modalités et conditions définies aux articles « **CONTROLE** » et « **EXPERTISE MEDICALE** » du présent Règlement.

GARANTIE BLESSURE

▪ OBJET DE LA GARANTIE

La présente garantie a pour objet d'assurer, selon les modalités définies aux présentes dispositions et au Bulletin d'Adhésion, le versement d'une indemnité forfaitaire en cas de réalisation du risque de Fracture et/ou de Brûlure à la suite d'un événement accidentel.

▪ DEFINITIONS

ACCIDENT : Intervention violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, non intentionnelle de la part de l'Assuré ou de son (ses) bénéficiaire(s), caractérisée par l'existence d'une lésion de l'Assuré, survenant après la date de prise d'effet de la garantie. **Ne sont pas considérées comme causes extérieures les conséquences du suicide ou de sa tentative, une crise d'épilepsie, le delirium tremens, une rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée.**

BRULURE : Est considérée comme une brûlure au sens de la présente garantie la lésion de la peau et/ou des voies aériennes ou digestives provoquée par un agent causal accidentel. L'étendue de la brûlure est déterminée par les règles dites « des 9 de Wallace » et de « CIM 10 » permettant de définir en pourcentage la surface brûlée par rapport à la surface corporelle totale. Le diagnostic de la brûlure est effectué par une autorité médicale compétente. Afin d'être indemnisée au titre de la présente garantie, la brûlure doit être la conséquence certaine directe et exclusive de l'événement accidentel déclaré.

FRACTURE : Est considérée comme une fracture au sens de la présente garantie, la lésion du squelette résultant d'un événement accidentel. On entend par lésion du squelette la rupture de continuité partielle ou complète d'un os du corps humain. Cette fracture s'accompagne ou non d'un déplacement des fragments osseux. Le diagnostic de cette fracture est réalisé à l'aide d'une radiographie effectuée par

une autorité médicale compétente. Afin d'être indemnisée au titre de la présente garantie, la fracture doit être la conséquence certaine directe et exclusive de l'événement accidentel déclaré.

RISQUES NON GARANTIS : Événements extérieurs ou situations relatives à la personne assurée, non couverts au titre de la présente garantie, et dont la survenance ne peut entraîner le versement de l'indemnité forfaitaire.

▪ CONDITIONS D'ADHESION

Peut souscrire à la présente garantie, et à la date de la souscription, le Membre participant âgé **de 18 à 75 ans inclus**, résidant en France Métropolitaine ou DROM / COM. L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année d'assurance et l'année de naissance de l'assuré.

Peuvent également être assurés le conjoint et les enfants du Membre participant au sens du présent règlement.

La garantie est valable dans le monde entier, pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de douze (12) mois, et sous réserve des exclusions de la présente garantie. Le versement des prestations s'effectue en France Métropolitaine ou DROM / COM.

▪ PIECES NECESSAIRES A L'ADHESION

A l'Adhésion, le Membre participant communique par tout moyen à la Mutuelle les pièces suivantes :

- Le Bulletin d'Adhésion signé ;
- Une pièce d'identité au nom du Membre participant en cours de validité (CNI, Passeport ; Titre de séjour) ;
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) au nom du Membre participant ;
- Un mandat de prélèvement SEPA signé ;
- Le chèque du premier mois de cotisation ou l'encaissement de la carte bancaire.

▪ ETENDUE DES GARANTIES

Le Membre participant est assuré en cas de Fracture et de Brûlure selon les montants définis ci-dessous :

FRACTURE	MONTANT GARANTI
Col du fémur, bassin, colonne vertébrale (plus d'une vertèbre)	1 100 €
Crâne, rotule, calcanéum, cheville	500 €
Mâchoire inférieure, épaule, jambe (tibia, péroné)	350 €
Vertèbre, omoplate, sternum, poignet, main (carpe), pied (tarse), fémur	300 €
Mâchoire supérieure, coccyx	250 €
Côte, clavicule, avant-bras, bras	200 €

Le plafond des prestations est de 1100 € par année civile. En cas de fractures multiples lors d'un même événement, le capital garanti est limité à l'indemnité forfaitaire la plus élevée.

BRULURE	MONTANT GARANTI
En cas de brûlure de 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} degré (surface de brûlure estimée par la règle de neuf de Wallace ¹ et CIM ² 10, à partir de 10% de la surface du corps).	1 100 €

Le plafond des prestations est de 1100 € par année civile. En cas de brûlures multiples lors d'un même événement, le capital garanti est limité à l'indemnité forfaitaire la plus élevée. Au-delà de 75 ans, la prestation est réduite de moitié.

■ CONTROLE ET ARBITRAGE

La Mutuelle se réserve le droit de procéder ou de faire procéder à tout contrôle et/ou toute expertise médicale selon les modalités et conditions définies aux articles « **CONTROLE** » et « **EXPERTISE MEDICALE** » du présent règlement.

■ FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SURVENANCE D'UN EVENEMENT ACCIDENTEL

Afin de bénéficier des Prestations prévues à la présente garantie, le sinistre doit être déclaré dès sa connaissance et au plus tard dans les cinq (5) jours suivant sa survenance, à l'adresse suivante :

- Avenir Mutuelle : 173, Rue de Bercy – CS 61602 – 75601 PARIS CEDEX 12 ;
- Ou par téléphone au 0 805 65 30 00.

La déclaration du sinistre est accompagnée des informations suivantes :

- L'état civil et l'adresse de l'Assuré victime de l'Accident ;
- La date, le lieu, la nature et les circonstances, les causes et les conséquences connues ou présumées du sinistre ;
- Les noms et coordonnées des témoins s'il y a lieu ;
- En cas d'infraction ou d'attentat, un document justifiant le dépôt de plainte effectué auprès des autorités compétentes.

En cas de non-respect de ces dispositions, l'Assuré s'expose à la **déchéance de son droit à indemnisation** en cas de préjudice subi par la Mutuelle, ou à la réduction de ce même droit à due proportion du préjudice subi par la Mutuelle, sauf cas de force majeur.

Ces informations devront être complétées dans les plus brefs délais par la fourniture des pièces justificatives suivantes :

- Un certificat médical constatant la fracture ou le degré de brûlure ;
- En cas de Fracture, la copie du compte-rendu radiographique permettant le diagnostic ;
- En cas de Brûlure, le bulletin d'hospitalisation ou le compte-rendu de l'intervention chirurgicale constatant le degré de la gravité de la ou des brûlure(s), le pourcentage de la

surface du corps atteinte par la (les) brûlure(s) ainsi que les parties du corps atteintes par celle(s)-ci ;

- La photocopie recto/verso d'un document d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport, Titre de séjour) en cours de validité ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire comportant les numéros IBAN et BIC au nom de l'Adhérent.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative et de procéder à tout contrôle permettant de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis.

Les pièces justificatives doivent être adressées sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil d'Avenir Mutuelle à l'adresse suivante : 173, Rue de Bercy – CS 61602 – 75601 PARIS CEDEX 12.

■ VERSEMENT DE L'INDEMNITE FORFAITAIRE

Le montant de l'indemnité forfaitaire est versé à l'Assuré à réception de l'ensemble des pièces justificatives, et dans un délai qui ne peut excéder trente (30) jours suivant la réception de la dernière pièce justificative.

■ CESSATION DES GARANTIES

La couverture de la présente garantie cesse lorsque survient l'un des événements suivants :

- Au décès de l'Assuré ;
- A la date d'échéance annuelle qui suit le quatre-vingt-cinquième (85^{ème}) anniversaire de l'Assuré ;
- En cas de non-paiement des cotisations (article « **NON-PAIEMENT DES COTISATIONS** ») ;
- A chaque période annuelle en cas d'atteinte du plafond de prestation ;
- En cas de renonciation à la garantie (article « **DEMARCHAGE ET FACULTES DE RETRACTATION ET DE RENONCIATION** ») ;
- En cas de résiliation à l'initiative du Membre participant (article « **RESILIATION ET CESSATION DE L'ADHESION** ») ;
- En cas de modification du montant des cotisations (article « **MODIFICATION DES COTISATIONS** ») ;
- En cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié.

Lors de la résiliation de la garantie, la fraction de cotisation payée d'avance, comprise entre la date d'effet de la résiliation et date de la prochaine échéance, est remboursée par la Mutuelle. Le Membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

¹ Méthode utilisée pour déterminer la surface de la brûlure. L'étendue de la brûlure est appréciée en fonction de la surface corporelle totale.

² Classification internationale des maladies.

▪ EXCLUSIONS

Ne sont pas couvertes par les dispositions de la garantie Capital Blessure les lésions corporelles résultant :

- Des conséquences d'une tentative de suicide, d'une faute intentionnelle, ou du fait volontaire de l'Assuré ;
- Des conséquences d'un état de démence ;
- Des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère ;
- Des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ;
- De la participation active de l'Assuré à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme, mouvements populaires, ou actes de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- Des conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Des conséquences de la manipulation d'une arme à feu par l'Assuré ;
- Toutes suites et conséquences directes et indirectes de l'utilisation, la manipulation, le transport de produits dits dangereux, dont toutes substances nucléaires, chimiques, biologiques, explosives, corrosives, abrasives ;
- Des conséquences de la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants : aviation légère ou sportive, vol à voile, U.L.M., parachutisme, deltaplane, parapente, sports de combat (boxe et arts martiaux), plongée sous-marine avec scaphandre autonome, compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin terrestre marin ou aérien, de l'alpinisme avec varappe ou randonnée au-delà de 4 000 mètres ;
- Des conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistres) ;
- Des fractures dont serait victime un Assuré souffrant d'ostéogénèse imparfaite, d'une maladie osseuse de type cal, d'une hyper minéralisation osseuse, d'un cancer des os ou d'une ostéoporose ;
- Des fissures et micros-fissures (fêlures) ;
- Des brûlures de 1^{er} degré ;
- Des brûlures de 2^{ème} et 3^{ème} degré dues à une exposition au soleil ou à l'utilisation d'un appareil quelconque de bronzage artificiel ;

Sont également exclues des dispositions de la présente garantie les professions ou activités suivantes :

- Les professions entraînant une exposition à l'amiante ;
- Les cascadeurs, pompiers, et tous les métiers ou activités exercés dans les domaines du transport de fonds, du cirque, de la surveillance armée, du maintien de l'ordre, de l'usage d'explosifs, des travaux forestiers, des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment et travaux publics (plus de 15m de hauteur) ;
- Les périodes d'activité militaire ;
- La pratique de sports (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou à titre d'amateur rémunéré, ou activités suivantes : alpinisme : sport des ascensions en montagne (Cette notion recouvre les sports listés ci-après : ascension de sommets en haute montagne ; ski extrême ; ski alpinisme ; escalade ; via ferrata),

navigation maritime de plaisance au-delà de 20 miles nautiques d'un abri côtier, plongée au-delà de 20 mètres de profondeur, spéléologie, sports de combat (Cette notion recouvre les sports listés ci-après : arts martiaux ; boxe ; self-défense ; escrime ; lutte), sports de neige hors-piste, hippisme en compétition, saut à l'élastique, rafting, tout sport nécessitant un engin à moteur ;

- L'utilisation en tant que pilote ou passager de moto de plus de 250 cm³ ;
- Les accidents en rapport direct ou indirect avec toute pathologie ou trouble médicalement constaté acquis, y compris les troubles résultant de mouvements répétitifs effectués au cours des 15 dernières années dans le cadre d'une activité professionnelle et/ou sportive quotidienne et régulière.
