



Mon Gustave
le comparateur #malin



Mutuelle Santé

Conditions générales

Comparez les offres

www.mongustave.fr



Il a été conclu entre l'Association UGIP et Avenir Mutuelle une convention d'assurance de groupe N° 2021/1001, à adhésion facultative, régie par le Code de la Mutualité. Cette convention a pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'adhérent et ses ayants droit.

Les prestations servies dans le cadre de la présente notice d'information 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 présente notice intègre le dispositif du 100% SANTE.

PREAMBULE – DEFINITIONS :

100% SANTE : Dispositif qui définit un ensemble de Prestations de soins et d'équipement identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiologie (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 plus 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.

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. **Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lumbagos, «tours de reins», sciaticques, synovites, rhumatismes, gelures, insolation, et autres effets de la température sont considérés comme des Maladies.**

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

ADHERENT : désigne la personne physique, membre de l'Association, qui fait acte d'adhésion, signataire du bulletin individuel d'adhésion.

ADHÉSION : désigne le lien contractuel entre les adhérents et/ou les ayants droit et la Mutuelle.

AFFILIATION : l'acte administratif permettant de rattacher les ayants droit à l'adhésion souscrite par l'adhérent.

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 règlementairement 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 de l'adhérent 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 l'adhérent, 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 adhérent :

- Le conjoint de l'adhérent. Sont assimilés au conjoint :

- La personne ayant conclu avec l'adhérent 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 l'adhérent un concubinage.

- Les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, jusqu'à 26 ans révolus
- 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 : L'adhérent lui-même et/ou les ayants droit désignés, à savoir les personnes habilitées à percevoir les prestations garanties.

BULLETIN D'ADHÉSION : Document destiné à l'adhérent et de nature à permettre son adhésion.

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 l'engagement d'une dépense de santé n'est pas indemnisé au titre de la présente notice d'information. Cette période est précisée le cas échéant au tableau ou au descriptif de la garantie.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE (DPTM) : Dispositifs prévus par la convention nationale sous les noms d'OPTAM et d'OPTAM-CO. Dans les tableaux de garanties en annexe, 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.

HOSPITALISATION : Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident.

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

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

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 Secteurs 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 tableau ou 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.

SOINS DE VILLE : Frais exposés en cas d'accident ou de maladie, qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation, et donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire.

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.

UGIP ASSURANCES : Organisme en charge de la gestion et de l'exécution du contrat d'assurance. Il s'agit de votre interlocuteur principal dans le cadre de l'OFFRE ZEN. UGIP ASSURANCES - SAS Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) de Paris sous le numéro 398 784 645 - Siège social : 73/75 Rue Brillât Savarin 75013 Paris.

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

L'adhésion de la garantie « ZEN » à la Mutuelle est régie par :

- Les dispositions du Code de la mutualité ;
- Les statuts de l'Association UGIP (Union Générale Inter Professionnelle), Association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, 2 rue Turgot 75009 Paris), souscriptrice de la garantie auprès d'Avenir Mutuelle ;
- Le contrat collectif facultatif n° 2021/1001;
- Le bulletin d'adhésion ;
- La présente notice d'information.

Etablie conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, la présente notice d'information définit les engagements réciproques des parties, les modalités et conditions d'application des garanties complémentaires santé de l'OFFRE ZEN, ainsi que, notamment, les formalités à accomplir pour le paiement des prestations.

La présente notice d'information est remise préalablement à votre adhésion.

« ZEN » est une garantie régie par le Code de la mutualité, souscrite au profit de ses membres par l'Association UGIP auprès d'Avenir Mutuelle. Elle a pour objet de vous accorder des prestations complémentaires à votre Régime Obligatoire en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, dans la limite des frais réellement engagés. Certaines prestations non prises en charge par le régime d'Assurance Maladie peuvent également être allouées.

L'adhérent a la possibilité de souscrire des niveaux de garanties différents en fonction de ses besoins en couverture d'assurance. Ces niveaux de garanties s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires du contrat sans possibilité d'appliquer un niveau de garantie différent par bénéficiaire.

La gestion et l'exécution des garanties ont été déléguées à UGIP ASSURANCES qui demeure le seul interlocuteur de l'adhérent, sauf dispositions contraires à la présente notice d'information.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION ET BENEFICIAIRES

Bénéficiaire de la garantie ZEN, toute personne physique :

- âgée d'au moins 18 ans, l'âge de l'adhérent étant calculé par différence de millésimes entre l'année de l'adhésion en cours et l'année de naissance ;
- affilié au régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés non agricoles et relever au titre de son activité professionnelle du régime d'imposition, soit de l'article 62 du Code Général des Impôts, soit de l'impôt sur le revenu dans la catégorie des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) ou des Bénéfices Non Commerciaux (BNC). L'adhérent doit en justifier annuellement auprès de l'Association UGIP ou d'UGIP ASSURANCES par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse du régime de travailleurs non-salariés dont il relève ;
- membre de l'Association UGIP ; l'adhésion étant concomitante à l'adhésion à Avenir Mutuelle ;
- à jour du paiement de ses cotisations auprès des régimes de protection sociale obligatoire non agricole des travailleurs non-salariés, si elle souhaite bénéficier du dispositif de la Loi Madelin ;

ARTICLE 3 - FORMALITES D'ADHESION

L'adhésion à la garantie est demandée à l'aide du bulletin individuel d'adhésion prévu à cet effet sur lequel le postulant précise le niveau de garanties auquel il souhaite adhérer.

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

L'adhésion de l'adhérent et le cas échéant de ses ayants droit est matérialisée par la signature du bulletin individuel d'adhésion dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives qui y sont mentionnées. La signature du bulletin individuel d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, des statuts de l'Association UGIP et de la présente notice d'information.

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle est matérialisée par la mise à disposition d'une carte d'adhérent mentionnant, l'identité des personnes assurées et la date d'effet de l'adhésion.

Le bulletin individuel d'adhésion ainsi que l'ensemble des pièces justificatives doivent être retournés à l'adresse suivante : « UGIP Assurances - Service Clients - 73 /75 rue Brillât Savarin - 75013 PARIS ».

En tout état de cause, l'adhérent s'oblige à produire à la Mutuelle ou à son représentant toute pièce jugée nécessaire à l'adhésion.

3.1. Conditions et modalités d'affiliation d'un ayant droit

L'adhérent peut désigner un ou plusieurs ayants droit :

- **au moment de son adhésion** : en indiquant l'ensemble des renseignements au bulletin individuel d'adhésion ;
- **après son adhésion** : en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, en adressant à la Mutuelle ou à son représentant un bulletin avenant.

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

3.2. Date d'effet de l'affiliation d'un ayant droit

L'affiliation d'un ayant droit postérieurement à l'adhésion de l'adhérent prend effet à la date indiquée au bulletin avenant ou à défaut au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande, sous réserve de la réception 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 ou à son représentant 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.

Au cas où la demande d'affiliation et les documents justificatifs n'auraient pas été communiqués à la Mutuelle ou à son représentant dans ces délais, l'adhérent 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 par celui-ci 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 l'adhérent. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification qui lui est adressée par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à l'adhérent, 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 l'adhérent, 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 individuel 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

L'adhésion au présent contrat peut cesser automatiquement :

- À la date d'effet de la résiliation du contrat collectif,
- Dans le cas où l'adhérent n'est plus juridiquement rattaché à l'Association.
- À la date à laquelle l'adhérent perd la qualité de gérant majoritaire ou de travailleur non-salarié»

6.1. A la demande de l'adhérent

- Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, l'adhérent peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, au moins deux mois avant son échéance annuelle, 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 juliasante@ugip.org.

L'adhérent peut également notifier cette résiliation à la Mutuelle soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque la Mutuelle ou son représentant propose l'adhésion par un mode de communication à distance, par le même mode de communication, soit par tout autre moyen prévu par la présente notice d'information. La Mutuelle ou son représentant confirmera par écrit la réception de la notification.

- L'adhérent 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 ou son représentant 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 selon les modalités prévues à l'article « **NON-PAIEMENT DES COTISATIONS** » ;
- En cas de nullité de l'assurance, dans les conditions et effets prévus à l'article « **FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU DECLARATION INEXACTE D'UN ASSURE** ».

6.3. En cas de décès

En cas de décès, la radiation de l'adhérent ou de l'ayant droit décédé prend effet au jour suivant celui du décès, sous réserve de la fourniture d'une copie de l'acte de décès.

En cas de décès de l'adhérent, les ayants droit qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues à la présente notice d'information.

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

Il peut être mis fin à l'adhésion si l'adhérent 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.

6.5. Radiation d'un ayant droit

La résiliation de l'adhésion 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 l'adhérent 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 accompagnée des pièces justifiant de la situation.

Dans le cas d'une radiation motivée par une situation de divorce, l'adhérent communique 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.

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. Une autre carte sera alors établie et mise à disposition de l'adhérent.

6.6. Exclusion

Conformément aux statuts de la Mutuelle, peut être exclu l'adhérent 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.

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, l'adhérent s'engage à la restituer et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais. L'utilisation de cette carte 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, l'adhérent exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir ayant droit d'un adhérent ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

ARTICLE 8 - DEMARCHAGE ET FACULTE 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 à un contrat collectif à adhésion facultative 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 à juliasante@ugip.org avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus soit à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion.

8.2. 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 l'adhérent a adhéré au contrat par l'utilisation exclusive d'une ou plusieurs techniques de communication à distance, l'adhérent 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 où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du Code de la consommation, si cette date est postérieure.

Pour renoncer à son adhésion, l'adhérent doit faire parvenir la demande de renonciation à : **UGIP Assurances - Service Clients - 73 /75 rue Brillât Savarin - 75013 PARIS**, par lettre recommandée avec avis de réception ou par envoi recommandé électronique à juliasante@ugip.org.

La Mutuelle restituera à l'adhérent 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 :

« 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 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie 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 ou de ses ayants droits 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 selon les conditions mentionnées au tableau ou au descriptif des garanties.

ARTICLE 10 - ÉTENDUE DES GARANTIES

L'étendue et le montant des prestations sont fonction du niveau de garanties souscrit, précisé au bulletin individuel d'adhésion, et de la législation applicable, notamment dans le cadre du dispositif des contrats responsables et cela le jour de l'adhésion.

Sous réserve des dispositions propres à certaines prestations, la limite annuelle, pour toutes les prestations, 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 s'exercent en France.

Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), le remboursement 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.

10.1 Territorialité

La garantie s'applique à l'adhérent résidant durablement en France métropolitaine et dans les DOM COM. Les garanties sont acquises dans le monde entier, pour l'ensemble des bénéficiaires, sous réserve de l'intervention du régime obligatoire d'assurance maladie.

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 11 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties sont acquises à la date de prise d'effet de l'adhésion, mentionnée au bulletin individuel d'adhésion, sous réserve du paiement de la première cotisation.

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 12 - 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** ». L'adhérent, 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 13 - 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 la 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.

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 :

- 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.
- 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.
- 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 la Sécurité sociale à hauteur, au moins, du montant* 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.

Ne sont pas garantis les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties.

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 14 - CONTRAT RESPONSABLE

Les prestations servies dans le cadre de la présente notice d'information 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 l'adhérent ;

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 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 l'adhérent 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°/ Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

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 l'adhérent 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 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 la présente notice d'information, les règles du contrat responsable prévaudront.

CHAPITRE III - FONCTIONNEMENT DES GARANTIES

ARTICLE 15 - MODIFICATION DE GARANTIE

15.1. À l'initiative de l'adhérent

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.

L'adhérent doit adresser sa demande à : **UGIP Assurances - Service Clients - 73 /75 rue Brillât Savarin - 75013 PARIS ou par mail à juliasante@ugip.org.**

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 de l'adhérent et du concubin ou naissance, décès) ;
- des prestations légales perçues ;
- un changement de régime obligatoire ;
- la rupture du contrat de travail de l'adhérent.

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 de la garantie. Un bulletin avenant, valant nouvelle souscription, précisant la nouvelle garantie souscrite ainsi que sa date d'effet est produit.

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 prévue à l'alinéa précédent, 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. L'adhérent 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 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.

Ces révisions s'effectuent sous réserve des limites d'âge d'accès aux garanties.

15.2. 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 à l'adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations de l'adhérent, une notice d'information lui est remise au moins trois mois avant la date d'entrée en vigueur de ces modifications. L'adhérent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

ARTICLE 16 - OBLIGATIONS DU MEMBRE PARTICIPANT

L'adhérent s'engage à :

- informer de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers (article « **SUBROGATION** ») ;
- aviser lorsqu'il bénéficie d'une garantie de même nature que celle assurée par la présente notice d'information (article « **PLURALITE D'ASSURANCES** ») ;
- régler les cotisations dues selon la périodicité et les modalités fixées à la présente notice d'information (article « **MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS** ») ;
- restituer la carte de tiers payant qui lui a été remise, en cas de cessation de son adhésion.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale de l'adhérent ou de l'ayant droit doit être signalé dans un délai de trois (3) mois à compter de la survenance de l'évènement.

CHAPITRE IV - REGLEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 17 - REGLEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations 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 et pendant toute sa durée.

17.1. 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.

17.2. 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 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.

17.3. 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 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.

17.4. 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.

17.5. 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.

17.6. Demandes 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 un devis réalisé par le professionnel concerné.

Pour les équipements optiques et 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 18 - MODALITES DE PAIEMENT

Les Prestations sont réglées :

- À l'adhérent ;
- 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 l'adhérent des montants qui lui sont remboursés par la mise à disposition d'un relevé de prestations.

ARTICLE 19 - DELAI DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont généralement versées :

- 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 ou de son représentant.

ARTICLE 20 - 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 l'adhérent ou de l'affiliation pour l'ayant droit et antérieure à la date de cessation de l'adhésion ou de l'affiliation.

Le droit aux prestations est ouvert sous réserve des limites d'âge d'accès aux garanties.

ARTICLE 21 - PRESTATIONS INDUMENT PERCUES

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès de l'adhérent qui est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser, dès sa réception. 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 ou son représentant 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 22 - CONTROLE

La 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 23 - EXPERTISE MEDICALE

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente notice d'information.

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 ou le bénéficiaire 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 de l'adhérent 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 24 - PRESCRIPTION DES ACTIONS ET DÉCHÉANCE

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 fautive 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 l'adhérent, 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 25 - 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, l'adhérent s'engage à déclarer 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 26 - 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 du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 27 - 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 du régime obligatoire d'assurance maladie.

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 du régime obligatoire d'assurance maladie.

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 au tableau de 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 de la présente notice d'information.

• Frais de séjour

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

• Chambre particulière

La durée de prise en charge par an et par bénéficiaire de la chambre particulière est précisée pour chacune au tableau de garanties, 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.

• Actes médicaux

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

• 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 est précisé au tableau de garanties.

• 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 et dans les limites fixées au tableau de garanties. La prise en charge s'effectue sous réserve que les consultations soient pratiquées par un professionnel de santé recensé au répertoire ADELI (identifiant RPPS) ou exerçant dans un établissement recensé au répertoire FINESS.

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, sous réserves des prestations mentionnées au tableau de garanties.

• Cure

Un forfait est attribué par an et par bénéficiaire, dans les limites fixées au tableau de garanties.

• 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 le régime obligatoire d'assurance maladie dit à « honoraires libres » sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite du plafond exprimé par acte et par assuré prévu à la garantie.**

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 garanties souscrit par l'adhérent**, 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 le cas échéant.

Les soins d'orthodontie remboursés ou non par l'assurance maladie obligatoire peuvent être pris en charge par la Mutuelle selon le niveau de garanties souscrit.

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 sont précisés au tableau ou au descriptif de la garantie.

- **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 au tableau ou au descriptif de la garantie remis à l'adhérent. 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, 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 remboursées 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 d'assurance maladie 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 le régime obligatoire d'assurance maladie

- **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.

ARTICLE 28 - TIERS PAYANT

L'adhérent 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 à l'adhérent 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 29 - TELETRANSMISSION NOEMIE

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

CHAPITRE V - COTISATION ET MODALITES DE PAIEMENT

ARTICLE 30 - MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

30.1. 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.

30.2. 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 individuel d'adhésion.

La cotisation est due au 1^{er} janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux adhérents, à partir de la date d'effet de l'adhésion.

La modalité de paiement est le prélèvement automatique. Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement. Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée à l'adhérent. 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.

ARTICLE 31 - 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 pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'adhésion est suspendue trente (30) jours après la mise en demeure de l'adhérent, 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.

L'adhérent 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 32 - MODIFICATION DES COTISATIONS

Le montant des cotisations évolue :

- Lors de chaque échéance principale, *a minima* par référence à l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.
- 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.
- 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.
- En cas d'ajout d'un nouvel assuré ; le montant de la cotisation sera alors mentionné sur le bulletin avenant.

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.

La modification du montant des cotisations est matérialisée par la signature d'un avenant au contrat collectif facultatif. Les adhérents peuvent dénoncer leur adhésion dans les conditions et modalités prévues à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

CHAPITRE VI - DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 33 - RECLAMATION

Toute réclamation relative à la présente notice d'information doit être présentée par lettre adressée à **UGIP Assurances - Service Clients - 73 /75 rue Brillât Savarin - 75013 PARIS** ou par mail à **juliasante@ugip.org** en précisant le numéro d'adhérent et la nature de la réclamation. La Mutuelle ou à défaut son représentant 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 34 - MEDIATION

Si à l'issue de la procédure de réclamation une difficulté ou un désaccord persiste quant à l'application ou à l'interprétation de la présente notice d'information, 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>.

L'adhérent 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 35 - AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

La 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 36 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Pour la réalisation de l'objet de la présente notice d'information, La 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 la 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 de la 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 de la 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.

La 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, l'adhérent 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.

L'adhérent 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 à l'adhérent 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 37 - 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 à la présente notice d'information 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 l'adhérent, dont le coût est supporté par ses soins.

ARTICLE 38 - 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 l'adhérent ainsi qu'à son adhésion aux garanties notamment pour leur interprétation ou leur exécution, sera la loi française.

ARTICLE 39 - LANGUE UTILISEE

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

ARTICLE 40 - VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- La présente notice d'information et ses annexes ;
- Le bulletin individuel d'adhésion dûment complété, daté et signé par l'adhérent ;
- La carte d'adhérent.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin individuel d'adhésion et celles de la carte d'adhérent, ce sont celles du bulletin individuel d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles de la présente notice 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 de la présente notice 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 de la notice d'information.

ARTICLE 42 - 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.