

Article 15-3 - Au titre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale : Dispositif de portabilité**a) Conditions et bénéficiaires**

Les anciens salariés bénéficient du maintien à titre gratuit de garanties en cas de cessation de leur contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien de la garantie est subordonné à la condition que les droits à remboursement complémentaires aient été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

Il est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit de l'ancien salarié qui bénéficient effectivement de la garantie à la date de la cessation du contrat de travail.

Les anciens salariés éligibles au dispositif de portabilité et, le cas échéant, leurs ayants droit bénéficient des garanties du présent contrat dans les mêmes conditions que les salariés actifs du Souscripteur. En cas de modification ou de révision des garanties des salariés en activité, les garanties des anciens salariés et, le cas échéant, de leurs ayants droit, bénéficiant du dispositif de portabilité seront modifiées ou révisées dans les mêmes conditions.

b) Prise d'effet et durée

Le maintien de la garantie au titre de la portabilité prend effet à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, **dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.**

Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois.

c) Cessation

Le maintien de garantie cesse :

- à l'issue de la durée mentionnée au point b. « Prise d'effet et durée » ci-dessus;
- en cas de résiliation pour quelque motif que ce soit du présent contrat ;
- lorsque l'ancien salarié ne remplit plus les conditions fixées à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale.

d) Obligation d'information du Souscripteur

- **A l'égard de l'ancien salarié**

Le Souscripteur signale le maintien des garanties dans le certificat de travail des anciens salariés.

Le Souscripteur s'engage aussi à remettre à l'ancien salarié, l'exemplaire du bulletin « Maintien de garanties » que la Mutuelle lui a fourni après avoir rempli la partie le concernant, au plus tard 5 jours après la rupture du contrat de travail.

En cas de modification de leurs droits et obligations intervenus postérieurement à la cessation de leur contrat de travail, le Souscripteur s'engage à remettre aux anciens salariés la notice d'information fournie par la Mutuelle relative à ces modifications. La preuve de la remise de cette notice incombe au Souscripteur. Le Souscripteur informe également les anciens salariés de la résiliation du présent contrat en indiquant les conséquences que cela peut avoir sur leur maintien de garanties.

- **A l'égard de La Mutuelle**

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Souscripteur informe la Mutuelle dans un délai de 5 jours de la cessation du contrat de travail des anciens salariés bénéficiaires de ce dispositif de portabilité.

e) Obligation d'information à la charge de l'ancien salarié

En application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'ancien salarié justifie auprès de la Mutuelle, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, qu'il remplit les conditions pour bénéficier du dispositif de portabilité.

Ainsi, l'ancien salarié envoie à la Mutuelle le bulletin « Maintien de garanties » que le Souscripteur lui a remis, dûment rempli et accompagné de l'ensemble des pièces demandées.

A défaut de production des pièces justificatives, l'ancien salarié ne pourra bénéficier du règlement des prestations. En outre, l'ancien salarié informe la Mutuelle et son ancien employeur de toute modification concernant :

- la fin de sa prise en charge par l'assurance chômage ;
- sa reprise d'activité professionnelle ;
- ses coordonnées ;
- sa situation familiale ou celle de ses ayants droit.

Article 15-4 - Au titre de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « Loi Evin »

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat d'assurance, la Mutuelle peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés sous réserve qu'ils en fassent la demande avant l'expiration du préavis.

CHAPITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 16 - PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de

l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

ARTICLE 17 - SUBROGATION

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

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

Si la victime a été directement et entièrement indemnisée par le tiers en cause, le reversement des prestations versées par La Mutuelle est exigé.

La victime, qui par négligence ou abandon volontaire rend la récupération impossible, est tenue de rembourser les prestations perçues de La Mutuelle.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le Membre Participant et ses ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité, totale ou partielle, d'un tiers.

Le Membre Participant envoie, dans ce cadre, sa déclaration à l'adresse indiquée à l'article 19 « contacts utiles » du présent document.

ARTICLE 18 - DISPOSITIONS DIVERSES RELATIVES AUX CONTROLES

Article 18-1 - Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre tout bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées en la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ ou à des bonnes pratiques de soins.

Le contrôle s'effectue sur les pièces justificatives fournies par l'adhérent et peut, le cas échéant, donner lieu à une expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de fournir les justificatifs et/ ou se soumettre à l'expertise médicale, la Mutuelle ne prendra pas en charge les dépenses de soins.

Article 18-2 - Expertise médicale

Les différends d'ordre médical auxquels peuvent donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, l'adhérent pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais. En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de la Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour la Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination.

Article 18-3 - Réticence ou fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité, Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au Membre Participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Une telle réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne de plein droit la nullité de l'adhésion.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondante, le cas échéant, à un sinistre réel.

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.

Article 18-4 - Réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ ou un désaccord envers la Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées au conseil habituel du Souscripteur ou du Membre Participant.

Le Souscripteur ou le Membre Participant peut adresser une réclamation en s'adressant directement à la Mutuelle, à l'adresse indiquée à l'article 19 « contacts utiles » du présent document.

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont la Mutuelle le tiendrait informé.

Article 18-5 - Médiation des litiges de la consommation

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relative à la « médiation des litiges de la consommation », la Mutuelle propose pour ses Membres Participants un dispositif gratuit de médiation de la consommation.

Ce dispositif est ouvert au Membre Participant pour tous litiges portant sur l'exécution du présent contrat, dès lors :

- que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 18-4 ci-avant du présent contrat et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;
- que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur. Le médiateur proposé dans ce cadre est **CNPM MEDIATION**

CONSUMMATION. Il peut être joint :

- sur site internet <https://cnpm-mediation-consommation.eu>
- ou par voie postale : **CNPM MEDIATION CONSOMMATION - 27, avenue de la Libération - 42400 SAINT-CHAMOND**

Les parties à la médiation restent cependant libres de se retirer à tout moment de la médiation.

La solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties à la médiation, qui sont libres de l'accepter.

Article 18-6 - Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont le siège social est situé au 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris CEDEX 09.

Article 18-7 - Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat souscrit auprès de la Mutuelle ainsi que pour l'organisation de sa vie institutionnelle réglementée par les dispositions statutaires, les données à caractère personnel feront l'objet d'un traitement conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016.

La Mutuelle, en tant que responsable du traitement, recueille différentes informations qui font l'objet de différents traitements de données à caractère personnel et dont les finalités consistent à effectuer des opérations nécessaires à la passation, la gestion, au suivi et à l'exécution du contrat.

En outre, les informations recueillies seront susceptibles d'être également utilisées dans le cadre :

- des opérations de recouvrement et de contentieux ;
- de la prospection commerciale ;
- de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, ainsi que de lutte contre la fraude, conformément à nos obligations légales ;
- de toute autre finalité qui pourrait être définie sur nos supports.

Le Souscripteur et les Membres Participants, sauf opposition de leur part, sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de la part de la Mutuelle ou de ses partenaires, pour des produits et services analogues.

Les destinataires des données sont la Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de Sécurité sociale et professionnels de santé.

Ces informations sont conservées pendant la durée de la relation contractuelle et jusqu'à expiration des délais de conservations et de prescriptions légaux. Elles peuvent également être conservées pendant une période de trois ans maximum à compter de l'extinction du contrat à des fins de prospection commerciale (sous réserve d'opposition).

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD), le Souscripteur, les Membres Participants, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient d'un droit d'information sur les données collectées, d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement ou de limitation du traitement ainsi que d'un droit de retrait du consentement et, pour motifs légitimes, d'opposition aux informations qui vous concernent, droit qui peut être exercé :

- **par courriel** : delegue-protection-donnees@mutualia.fr
- **par voie postale** : **Mutualia 19 rue de Paris - 93013 BOBIGNY.**

Le Souscripteur et les Membres Participants disposent également d'un droit à réclamation, en matière de protection de données personnelles, auprès de la CNIL à l'adresse suivante : **3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07** ou <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> après ou en l'absence de réponse de la Mutuelle, si vous considérez que le traitement de vos données à caractère personnel constitue une violation des dispositions légales.

Article 18-8- Lutte contre le blanchiment des capitaux – financement du terrorisme

L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance n° 2016-1635 du 1er décembre 2016 codifiées aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, complétées par ses textes réglementaires d'application).

Article 18-9 Lutte Contre la Fraude

Les Membres Participants ou leurs ayants droit qui se rendent coupables de fraude ou de tentative de fraude caractérisée, que ce soit dans le paiement des cotisations ou pour l'obtention de prestations, en vue de bénéficier indûment des avantages de la Mutuelle peuvent être exclus de la mutuelle.

Celle-ci se réserve le droit de déposer plainte et d'effectuer toute poursuite en réparation du préjudice qu'elle aura subi.

Article 18-10 – Atteinte aux intérêts de la Mutuelle

Les membres participants ou leurs ayants droit qui auraient volontairement atteint aux intérêts de La Mutuelle peuvent en être exclus dans les conditions précisées aux statuts

ARTICLE 19 - CONTACTS UTILES

- **Siège social de la Mutuelle** : Mutualia Territoires Solidaires - 75 Avenue Gabriel Péri, 38400 Saint Martin d'Hères
- **Siège social de Diffusion Santé** : 470, rue des Grillières - 01580 MATAFELON-GRANGES
- **Service de gestion** : les demandes de remboursements doivent être adressées à votre centre de gestion par courrier à : HENNER - Unité de Gestion UG38 - 1, rue Marcel Paul - 44097 NANTES Cedex ou par e-mail à ug38@henner.fr (*l'adresse figure sur votre Carte Mutualiste de tiers Payant*)

ANNEXES

ANNEXE 1 – LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ

100% santé : Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximum fixés.

Pour ces soins identifiés (on parle de paniers « 100% santé » ou « à prise en charge renforcée ») qui sont définis réglementairement, opticiens, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes fixent leur prix dans la limite de plafonds prédéfinis et s'engagent à respecter les conditions de l'offre « 100% santé ».

Les contrats de complémentaire santé responsables remboursent quant à eux obligatoirement la différence entre le prix facturé par l'opticien, l'audioprothésiste ou le chirurgien-dentiste, et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des plafonds tarifaires prédéfinis pour les actes des paniers « 100% santé ».

Les opticiens et les audioprothésistes sont tenus de proposer un équipement du panier « 100% santé » et d'établir un devis faisant systématiquement apparaître un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les chirurgiens-dentistes ont quant à eux l'obligation, lorsqu'ils proposent à leur patient la réalisation d'un acte en dehors du panier « 100% santé », de leur proposer également une alternative thérapeutique prévue dans le panier « 100% santé », chaque fois qu'une telle alternative existe, ou à défaut de leur proposer une alternative avec un reste à charge maîtrisé. Les chirurgiens-dentistes sont également tenus de remettre un devis au patient pour les prothèses dentaires.

Acte coûteux : un ticket modérateur forfaitaire s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60, pratiqué lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe, à l'exception des prothèses dentaires, des actes de biologie et d'anatomo-cytopathologie. Le montant de ce ticket est fixé par voie réglementaire. Certains actes sont exonérés de toute participation de l'assuré et, à ce titre, ne sont pas concernés par le forfait sur les actes dits « lourds » (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Cette participation forfaitaire se substitue au Ticket modérateur, elle est prise en charge par la Mutuelle.

Aides auditives : Ces appareils améliorent l'audition de la personne qui souffre de déficit auditif. Il existe différents types d'aides auditives : contours d'oreille classiques (microphone et écouteur situés à l'arrière du pavillon), contours à écouteur déporté (écouteur intra-auriculaire et microphone à l'arrière du pavillon), prothèses intra-auriculaires (microphone et écouteur dans la conque ou le conduit auditif), lunettes auditives et les appareils boîtiers.

Les aides auditives sont uniquement délivrées par des audioprothésistes, sur prescription médicale.

La prise en charge de ces appareils et de leurs accessoires par l'assurance maladie obligatoire (AMO) dépend du type d'appareil, de l'âge et du handicap.

A compter du 1er janvier 2021, dans le cadre du dispositif des soins et équipements « 100% santé », certaines aides auditives (sélectionnées sur la base de critères techniques et technologiques) seront prises en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, dans la limite des prix maximum que les audioprothésistes s'engagent à respecter.

Avant la vente, les audioprothésistes doivent remettre au patient un devis normalisé faisant systématiquement apparaître à minima un équipement de l'offre « 100% santé ».

Les autres aides auditives (répondant à d'autres critères techniques et technologiques) sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire dans les mêmes conditions. Le remboursement par l'assurance maladie complémentaire dépend du niveau de garantie souscrite.

Dans tous les cas, la prise en charge des aides auditives comprend le remboursement de l'équipement et de toutes les prestations qui y sont liées (évaluation des besoins, choix de l'appareil, adaptation et réglages, accompagnement à l'utilisation, contrôle et suivi tout au long de l'utilisation de l'appareil) ainsi que des frais de dossier administratifs. Selon les recommandations professionnelles, pour une bonne utilisation des aides auditives, une visite de contrôle doit être réalisée deux fois par an ; elle est incluse dans le prix global déjà payé.

Adhérent / Membre Participant : Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

Aide médicale de l'État (AME) : Dispositif destiné à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

- **Le Tarif de convention (TC)** : Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.
- **Le Tarif d'autorité (TA)** : Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire. Attention, il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- **Tarif de responsabilité (TR)** : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire : Personne couverte par les garanties (Adhérent ou ayant droit), ayant adhéré à titre individuel ou dans le cadre d'un contrat collectif.

Chambre particulière avec nuitée : Lors d'un séjour dans un établissement de santé l'Adhérent peut bénéficier à sa demande d'une chambre individuelle.

Les frais de la chambre particulière ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire sous réserve d'une prescription médicale imposant l'isolement du malade.

Chambre particulière en ambulatoire : Les établissements publics ou conventionnés peuvent facturer le prix d'une chambre particulière pour une hospitalisation dite « de jour » (inférieure à 12 h) dans un établissement de santé.

Chirurgie réfractive : Techniques chirurgicales (notamment l'opération de la myopie, de la presbytie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie. Cependant, la cataracte n'est pas incluse) permettent de corriger les défauts visuels.

L'assurance maladie obligatoire ne prend pas en charge ces opérations, mais celles-ci peuvent l'être par la Mutuelle.

Classe A : Nomenclature de verres optiques qui bénéficient d'une prise en charge intégrale et dont le prix de vente est encadré.

Classe B : Nomenclature de verres optiques dont la prise en charge est définie dans le cadre du contrat de complémentaire santé et dont le prix de vente est libre.

Classe de produits (article L165-1 CSS) : Le remboursement par la sécurité sociale des dispositifs médicaux est subordonné à leur inscription sur la « Liste des produits et prestations remboursables » (LPP), soit par la description générique du produit, soit sous la forme d'une marque ou d'un nom commercial.

L'inscription peut distinguer au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations, plusieurs classes, définies selon le service rendu et le rapport entre ce service et le prix / tarif envisagé.

Au moins une des classes fait l'objet d'une prise en charge 100% santé.

Conventionné/non conventionné : Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Contrats « complémentaire santé » responsables : Contrats de frais de santé qui respectent l'ensemble des obligations, des interdictions et des limitations en ce qui concerne la prise en charge des dépenses de santé, définies l'article L. 871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Nos garanties ont été élaborées en conformité avec ce texte.

Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire soit à titre gratuit soit à titre onéreux pour 1 euro par jour et par personne. Pour en bénéficier il faut :

- résider en France depuis plus de 3 mois ;
- être en situation régulière ;
- avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant
- Bénéficier d'un régime d'Assurance maladie obligatoire

Devis : Le devis est un document présentant les soins ou prestations proposées et leur prix, de manière préalable à leur achat ou à leur réalisation.

Quand ils envisagent de facturer des honoraires supérieurs à 70 euros comportant un dépassement, les professionnels de santé doivent présenter un devis préalable au patient.

Les opticiens et les audioprothésistes doivent également obligatoirement présenter un devis. Celui-ci permet de connaître à l'avance le montant total des dépenses. Ils ne peuvent refuser de fournir ce document. Dans le cadre de la réforme des équipements « à prise en charge renforcée », les opticiens et audioprothésistes devront obligatoirement proposer un devis pour une offre entrant dans le panier d'équipements « à prise en charge renforcée ».

Avant de réaliser des soins prothétiques, les chirurgiens-dentistes doivent aussi remettre aux patients un devis. Une fois les soins réalisés, les chirurgiens- dentistes doivent présenter une facture aux patients qui reprend, en totalité ou partiellement, l'ensemble des éléments du devis.

Le devis peut aussi être présenté à une assurance maladie complémentaire préalablement à tout soin, afin d'obtenir une évaluation sur les frais restant à la charge de l'assuré.

Forfait journalier hospitalier (FJH) : Mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale (CSS), le forfait journalier hospitalier est une participation forfaitaire mise à la charge des personnes hospitalisées dans les établissements de santé publics et privés.

Le FJH comprend les frais liés à l'hébergement du patient ou de l'utilisateur : frais hôteliers, alimentation, lingerie, chauffage etc...

Son montant est fixé par arrêté ministériel. En 2018, il s'élève à 20 euros et de 15 euros pour un séjour en établissement psychiatrique.

Le FJH s'applique aux séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Le FJH peut aussi être supporté par des usagers admis dans les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale et des Familles.

Forfait urgences : forfait facturé pour tout passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation (article 28 du PLFSS 2021) , sauf pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de l'Aide Médicale d'Etat (AME) en seront dispensés.

Frais de séjours (hors forfait hospitalier) : Les frais de séjour, journaliers, comprennent l'ensemble des prestations assurées par un établissement de santé : analyses, médicaments, radiologies, rémunération du personnel et des médecines. Le Régime Obligatoire prend en charge une partie des frais de séjour dans un établissement de santé public ou privé conventionné ou non par le Régime Obligatoire. Certaines catégories de patients admis dans un établissement de santé public ou privé conventionné peuvent bénéficier d'une prise en charge par le Régime Obligatoire à 100%.

Franchises médicales : Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré et son montant est de :

- 50 centimes par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports d'urgence. La franchise est plafonnée :
- Annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- Quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports sanitaires. En sont exonérés :
- Les enfants de moins de 18 ans ;
- Les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12e jour après la date de l'accouchement ;
- Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;
- Les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence ;
- Les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement.

Elles ne sont pas remboursées par les contrats de complémentaire santé responsable, sinon le contrat est requalifié de contrat non responsable.

Inlay Core : Pièce, le plus souvent métallique, destinée à remplacer la partie coronaire de la dent lorsque celle-ci est trop fragile pour supporter un élément prothétique.

Cet acte est pris en charge intégralement par les contrats de complémentaire santé responsables, en sus du remboursement de l'assurance maladie obligatoire, lorsqu'il est associé à une prothèse dentaire relevant du panier « 100% santé », dans la limite du tarif maximal défini pour cet acte

Inlay/Onlay : L'onlay (ou inlay selon la partie de la dent à réparer) est une pièce prothétique, le plus souvent en céramique. Il reconstitue la partie très abîmée d'une dent :

- Onlay : sur la dent
- Inlay : dans la dent.

Les tarifs facturés par les chirurgiens-dentistes pour ces actes sont en général supérieurs à la base de remboursement. Les inlays-onlays ne figurent pas dans le panier « 100% santé ». Leur tarif sera toutefois plafonné à compter du 1er janvier 2021 (pour les inlays composite). Certains contrats responsables peuvent prendre en charge les dépenses engagées au-delà de la base de remboursement pour ces actes dans la limite du plafond fixé.

Le chirurgien-dentiste doit remettre un devis à son patient avant d'effectuer ces actes.

Membre Participant : Personnes physiques qui versent une cotisation et qui bénéficient des prestations de la Mutuelle à laquelle elles sont affiliées ou ont adhéré et en ouvrent droit à leurs ayants droit.

Membre Honoraire : Personnes physiques, qui versent une cotisation et qui bénéficient des prestations de la mutuelle.

Optam / Optam-Co : La finalité de l'Optam, Optam- CO est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

- Optam : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ;
- Optam-CO : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Les médecins peuvent ou non adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée que sont l'Optam et l'Optam-Co. Ceux qui y adhèrent prennent l'engagement de respecter un taux d'activité à tarifs opposables et un taux de dépassement moyen d'honoraires. En contrepartie, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables et d'une rémunération spécifique.

Parcours de soins coordonnés : La loi du 13 août 2004 avait mis en place, pour chaque patient, un mécanisme de coordination des soins qui repose sur un médecin pivot appelé « médecin traitant ». Le médecin traitant se voit confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient vers d'autres spécialistes et coordonne les différentes interventions des professionnels de la santé afin de rationaliser et d'optimiser ses soins.

Tout assuré et ses ayants droit de plus de 16 ans doivent déclarer à leur Régime Obligatoire (CPAM, MSA, ...) un médecin traitant. Un assuré se trouve hors du parcours de soins coordonnés s'il n'a pas déclaré de médecin traitant ou s'il a consulté un autre praticien sans être orienté par son médecin traitant. Des exceptions existent pour certains actes et soins et pour certains spécialistes que l'assuré peut consulter directement.

Le Régime Obligatoire peut majorer le montant de la participation de l'Adhérent si celui-ci ne respecte pas le parcours de soins coordonnés.

Participation forfaitaire d'un euro : Les assurés doivent s'acquitter d'une participation forfaitaire de 1 euro pour chaque acte, ou pour chaque consultation pris en charge par le Régime Obligatoire et réalisés par un médecin en ville, dans un établissement ou un centre de santé à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. L'assuré verse aussi la participation d'un euro pour tout acte de biologie médicale.

Parodontologie : Les maladies parodontales sont des infections bactériennes qui affectent et détruisent les tissus qui entourent et supportent les dents (la gencive, les ligaments, l'os qui supporte les dents...).

Le traitement de parodontologie vise à rétablir et à maintenir la santé de ces tissus et donne lieu à différents actes tels que :

- L'apprentissage d'une hygiène bucco-dentaire rigoureuse,
- Le détartrage des racines,
- Le traitement chirurgical parodontal (greffe) si les tissus sont détruits. Le Régime Obligatoire ne rembourse qu'une partie de ces traitements.

Prix limite de vente : Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

La base de remboursement de la majorité des dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) et pris en charge par l'assurance maladie obligatoire est assortie d'un prix limite de vente.

S'agissant des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, seuls ceux qui sont assortis d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) n'ont pas de prix limite de vente.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers « à prise en charge renforcée » auront, à compter respectivement de 2019 et 2020, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Tiers payant : système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droit s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La Carte Mutualiste de Tiers Payant remise permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant l'extinction de la relation contractuelle avec la Mutuelle.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

