

CAISSE RÉGIONALE DE L'ANJOU ET DU MAINE

ACCORD N°64 – AVENANT N°1

ACCORD DE REVISION INSTITUANT UN REGIME DE GARANTIES COMPLEMENTAIRES DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

Entre les soussignés :

La Caisse Régionale de Crédit agricole mutuel de l'ANJOU et du MAINE, dont le siège social est situé 40 Rue Prémartine, LE MANS (72000), représentée par M. Christophe NOEL, agissant en qualité de Directeur Général,

d'une part,

et les organisations syndicales ci-après désignées :

- La C.F.D.T., représentée par *DESPRE Yannick*
- FO, représentée par *SAHIER Elodie*
- Le S.N.E.C.A.-C.G.C., représenté par *Frédéric NEZIENE*
- S.U.D./S.D.A.C.A.A.M., représenté par *Galyn Jourdain*
- L'U.N.S.A., représentée par *Joy TOURET*

d'autre part,

Il est conclu le présent avenant à l'accord d'entreprise n°64.

PREAMBULE

Les organisations syndicales et la direction, en concertation avec le Comité d'entreprise (commission sociale), se sont réunies lors de plusieurs réunions de négociation en 2016 afin de redéfinir les modalités de la protection en santé collective obligatoire dont bénéficie le personnel de la Caisse Régionale.

L'objectif de ces travaux a été :

- > de rechercher le meilleur rapport garantie/coût possible, tout en assurant un bon équilibre à long terme du régime dans le cadre d'un appel d'offre auprès de plusieurs assureurs ;

FN y.d. ar ES JJ

✓

- > de mettre ce régime en conformité avec les nouvelles règles applicables :
 - de généralisation de la complémentaire santé, de la portabilité ou encore du contrat responsable prévu par la loi du 14 juin 2013, relative à la sécurisation de l'emploi ;
 - de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, du décret d'application du 30 décembre 2015 et de la circulaire DSS du 29 décembre 2015 qui introduisent :
 - Le périmètre de la prise en charge à hauteur de 50%, par l'employeur, de la cotisation complémentaire santé ;
 - un nouveau dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire pour certains salariés en contrat court ou à temps partiel : « le versement santé » ;
 - les cas de dispenses de plein droit.

I - OBJET

Le présent avenant a donc pour objet de modifier les articles II sur l'adhésion des salariés, l'article IV sur les cotisations et l'article V sur l'information de l'accord n° 64 instituant un régime de garanties complémentaires de remboursement de frais de santé.

Il rappellera le contenu de l'article III sur les prestations.

Les autres articles de cet accord du 18 octobre 2011 demeurent inchangés.

II - ADHESION DES SALARIES

A. Salariés bénéficiaires

Le présent accord concerne à titre obligatoire l'ensemble des salariés de la Caisse Régionale du Crédit Agricole de l'Anjou et du Maine.

L'adhésion des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause. De fait, la contribution de l'employeur et du comité d'entreprise au financement du régime est versée pendant toute la durée de la suspension du contrat, le salarié devant s'acquitter de la part salariale de la cotisation.

Conformément aux dispositions prévues par l'article 4 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin » l'organisme assureur est tenu de maintenir une couverture frais de santé aux anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité, d'une rente d'invalidité ou d'une pension de retraite. Le maintien de la couverture dans le cadre de cet article est à la charge exclusive du bénéficiaire.

B. Caractère obligatoire de l'adhésion

FA Y.S. ES GT JJ

Conformément aux dispositions légales en vigueur, l'adhésion des salariés au régime des garanties de frais de santé est obligatoire. Elle résulte de la signature du présent accord par les organisations syndicales représentatives des salariés dans l'entreprise.

Hormis en cas de dispenses de droit ou de dispenses prévues ci-après, l'adhésion s'impose donc dans les relations individuelles de travail et les salariés concernés ne pourront s'opposer au précompte de leur quote-part de cotisations.

A n'importe quel moment, l'adhésion peut être demandée par le salarié pour une affiliation facultative, sans bénéfice des exonérations fiscales ni de la contribution de l'employeur prévues pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire pour les personnes suivantes :

- le conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS ;
- les enfants du salarié ;
- les salariés retraités ;

C. Suspension du contrat de travail

Le bénéfice du régime est maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu qu'ils bénéficient ou non d'un maintien de rémunération ou d'une indemnisation pendant cette période (congé sabbatique, congé sans solde...).

Pendant cette période, le salarié devra s'acquitter du paiement de la part salariale de la cotisation directement auprès de l'organisme assureur.

D. Portabilité des garanties en cas de cessation du contrat de travail

En cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage, les salariés couverts par le régime mis en place par le présent accord, continueront à bénéficier de cette couverture à titre gratuit selon les dispositions légales en vigueur.

Cette portabilité ne se mettra pas en place en cas de licenciement pour faute lourde.

E. Cas de dispenses d'adhésion

➤ Les dispenses de droit légales et réglementaires s'appliquent. Par ailleurs, les parties signataires décident par le présent accord de permettre également aux salariés ci-dessous listés, de demander une dispense d'adhésion :

• *Au moment de l'embauche pour :*

- Les salarié et apprentis en CDD d'une durée inférieure à 12 mois ;
- Les salarié et apprentis en CDD d'une durée supérieure ou égale à 12 mois justifiant d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;

La demande de dispense doit être faite directement par le salarié au début de son contrat sans quoi l'adhésion au contrat sera faite automatiquement.

FN y.d ES GT JS

5

La dispense pour les salariés et apprentis en CDD s'apprécie par contrat et non par ancienneté.

- *Au moment de la mise en place du contrat ou à la prise d'effet d'un nouveau contrat du conjoint pour :*

Les salariés qui bénéficient par ailleurs (y compris en tant qu'ayants droit) :

- d'une couverture santé collective obligatoire ;
 - régime local d'assurance-maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;
 - régime complémentaire d'assurance-maladie des industries électriques et gazières ;
 - Mutuelle des agents de l'état ou des collectivités territoriales ;
 - Régime complémentaire CAMIEG ;
 - Contrat Madelin ;
 - Régime spécial des marins ENIM ou de la SNCF.
- Les partenaires sociaux décident par ailleurs qu'en application des articles L911-7-1 et D. 911-7 du code de la sécurité sociale, les salariés en CDD d'une durée inférieure ou égale à 3 mois ne bénéficieront pas des garanties complémentaires de remboursement des frais de santé prévues par le présent avenant et l'accord du 18 octobre 2011 .

Cette exclusion s'apprécie par contrat et non par ancienneté.

En contrepartie de cette exclusion, les salariés percevront mensuellement un versement santé au prorata de leur temps de présence.

Le montant du versement santé temps plein est égal à :

contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé x 125 %.

Pour obtenir ce chèque santé, le salarié en CDD doit :

- Justifier d'un contrat d'assurance maladie complémentaire responsable
- Ne pas bénéficier en parallèle :
 - De l'ACS ;
 - De la CMU-C ;
 - D'un contrat collectif obligatoire ;
 - Du financement d'une complémentaire par une collectivité publique.

III - PRESTATIONS

Les prestations, qui sont annexées au présent avenant à titre informatif, ont été élaborées par accord des parties au contrat d'assurance. En aucun cas, elles ne sauraient constituer un engagement pour la société, qui n'est tenue, à l'égard de ses

FA Y.S. ES GT JS 6

salariés, qu'au seul paiement des cotisations. Par conséquent, les prestations figurant en annexe relèvent de la seule responsabilité de l'organisme assureur, au même titre que les modalités, limitations et exclusions de garanties.

Le régime couvre les remboursements complémentaires des frais médicaux tels qu'ils sont visés par : la description des garanties annexée au présent accord. En toutes circonstances, les définitions et procédures établies par ledit contrat sont opposables aux assurés.

Le présent régime ainsi que le contrat d'assurance précité sont mis en œuvre conformément aux prescriptions des articles L.871-1 et L.242-1, alinéa 6 et 8 du Code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 83 1° quater et 995 16° du Code général des impôts.

IV - COTISATIONS

A. Taux, répartition, assiette des cotisations

Les cotisations servant au financement du contrat d'assurance « remboursement de frais médicaux » sont fixées dans les conditions suivantes et indexées sur l'évolution du plafond mensuelle de la sécurité sociale :

Conformément aux dispositions relatives de la loi de Financement de la Sécurité Sociale du 22 décembre 2015 (Loi n°2015-1702) et du décret d'application du 30 décembre 2015, la Caisse Régionale s'engage à prendre en charge 50% de toute cotisation obligatoire du salarié.

Il est rappelé que les cotisations famille et famille monoparentale ne sont pas obligatoires et ne sont donc pas prises en charge pour moitié par la Caisse Régionale. Elles résultent d'une adhésion facultative des salariés.

En % du PMSS	SOCLE				Sur-complémentaire
	Cotisation salariale	Cotisation patronale	Participation CE	Cotisation globale	Cotisation salariale
Salarié (Isolé)	0.294%	0,624%	0,33%	1,248%	0.144%
Famille	2.868%	0,624%	0,33%	3.822%	0.802%
Famille monoparentale	1.537%	0,624%	0,33%	2,491%	0.287%

Pour information, le plafond mensuel de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2016, à 3.218 €. Il est modifié une fois par an (au 1^{er} janvier), par voie réglementaire.

Sont compris comme entrant dans la cotisation « famille » (adhésion facultative) :

- Le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le concubin notoire vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés) ; une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire,

FA Y.D. EJ 95 JJ

✓

- indiquant le n° de sécurité sociale de l'affilié et de son concubin, devra être adressée à la mutuelle renouvelée annuellement,
- Le contractant d'un PACS sur présentation d'une copie du contrat,
 - Les enfants à charge au sens de l'article L313-3 du code de la sécurité sociale jusqu'au 31 décembre de l'année et leur 28^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% et ne percevant pas d'allocation adulte handicapé, en contrat de professionnalisation, d'adaptation, d'orientation ou d'insertion.

Sont compris comme entrant dans la cotisation « famille monoparentale » (adhésion facultative) : le salarié seul justifiant du salaire unique avec enfant à charge.

S'agissant des conjoints tous deux salariés au sein de la société, les salariés ont le choix de s'affilier en « isolé » ou l'un peut s'affilier en qualité d'ayant droit de l'autre dans un contrat « famille ».

B. Evolution ultérieure de la cotisation

Il est expressément convenu que l'obligation de l'entreprise, du comité d'entreprise, et du salarié, en application du présent accord, se limite au seul paiement des cotisations rappelées ci-dessus pour leurs taux arrêtés à cette date.

En conséquence, en cas d'augmentation des cotisations, au-delà de l'évolution du plafond mensuel de sécurité sociale, due notamment à un changement de législation ou à un mauvais rapport sinistres à primes, l'obligation de chacun sera limitée au paiement de la cotisation définie ci-dessus.

Cette augmentation de cotisations (à l'exception de celle résultant de l'évolution du plafond mensuel de sécurité sociale) fera l'objet d'une nouvelle négociation et de la conclusion d'un avenant au présent accord.

V - INFORMATION DES SALARIES

A. Information individuelle

En sa qualité de souscripteur, la Caisse Régionale adressera à chaque salarié et à tout nouvel embauché une notice d'information détaillée résumant notamment les garanties et les obligations liées à la couverture mise en place.

La notice sera également mise en ligne sur le site intranet de la société.

Les salariés de la société seront informés individuellement, selon la même méthode, de toute modification des garanties de frais de santé.

B. Information collective

Conformément à l'article R.2323-1 du Code du travail, le comité d'entreprise sera informé et consulté préalablement à toute modification des garanties de prévoyance.

En outre, chaque année, l'organisme assureur communiquera à la Caisse Régionale du Crédit Agricole de l'Anjou et du Maine et au comité d'entreprise le rapport annuel sur les comptes du contrat d'assurance, en application de l'article L.2323-49 du Code du travail.

FA YD EO 45 JJ L

La commission sociale du comité d'entreprise sera chargée de suivre l'application de cet accord. Elle se réunira au moins deux fois par an afin notamment d'examiner les comptes de résultats du semestre écoulé et d'assurer un suivi régulier de la consommation médicale pour agir préventivement.

Dans le but de responsabiliser le personnel sur la consommation médicale, la Caisse Régionale et le comité d'entreprise publieront périodiquement une note de synthèse sur le régime, afin que le personnel soit régulièrement informé de l'évolution du rapport sinistres/primes et des conséquences qu'il pourrait avoir sur l'équilibre financier du système.

VI - ENTREE EN VIGUEUR

Le présent avenant est à durée indéterminée et entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

VII - DEPOT LEGAL

Le présent avenant sera déposé par la Direction en 2 exemplaires à la DIRECCTE (Direction Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi), dont 1 version sur support papier par lettre recommandée avec avis de réception et une version sur support électronique.

Un exemplaire de cet accord sera également déposé auprès du secrétariat-greffe du conseil des prud'hommes du lieu de conclusion.

Fait au Mans

En 9 exemplaires originaux

Le 15.11.2016

Pour la Caisse Régionale de l'ANJOU et du MAINE,
Le Directeur Général, Christophe NOEL

Pour la C.F.D.T

Pour F.O.

Pour le S.N.E.C.A.-C.G.C.

Pour S.U.D./S.D.A.C.A.A.M

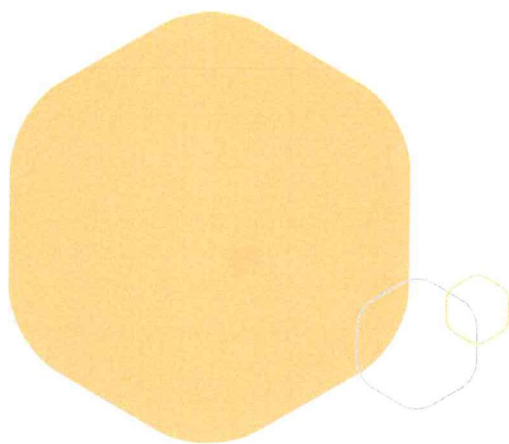
FN YD GT ES JJ 5

Pour l'U.N.S.A.



Annexe : description des garanties dans le cadre du remboursement de frais de santé et notice d'information sur la couverture.

FN Y-D. - 45 ES JJ



CREDIT AGRICOLE ANJOU MAINE

Notice d'information

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire

Ensemble du Personnel

Contrat n° : **P069854**

Effet au **1er Janvier 2017**



**67 RUE DES PONTS DE CE
49028 ANGERS
Tél. 0 980 980 500**

Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité,
immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.
HM.NIO.Ent 01-2013

FN y.d. ES 95 JS

1



**Harmonie
mutuelle**
En harmonie avec votre santé

Sommaire

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Article 2 • Risques couverts

Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

- 3.1 Catégorie éligible
- 3.2 Bénéficiaires des garanties
- 3.3 Prise d'effet de l'adhésion
- 3.4 Durée de l'adhésion

Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

- 4.1 Nouveaux bénéficiaires
- 4.2 Autres modifications

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

- 5.1 A l'initiative de l'adhérent
- 5.2 A l'initiative de la mutuelle
- 5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Article 6 • Maintien de couverture

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

- 7.1 Contrats solidaires et responsables
- 7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties
- 7.3 Base de remboursement
- 7.4 Pluralité de garanties de frais de santé
- 7.5 Limites de remboursement
- 7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés
- 7.7 Non prise en charge de certaines prestations

Article 8 • Versement des prestations

- 8.1 Règlement des prestations
- 8.2 Contrôle

Chapitre 3 • Cotisations

Article 9 • Détermination de la cotisation

Article 10 • Paiement de la cotisation

- 10.1 Règlement de la cotisation
- 10.2 Non-paiement de la cotisation

Chapitre 4 • Dispositions diverses

Article 11 • Couverture des accidents

- 11.1 Recours subrogatoire
- 11.2 Déclaration d'accident
- 11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires
- 11.4 Tiers payant en cas d'accident

Article 12 • Prescription

Article 13 • Informatique et libertés

Article 14 • Échanges de données informatisées

Article 15 • Autorité de contrôle

Article 16 • Réclamations

FN Y.D. ES 2 95 JJ 6

Chapitre 1 • Dispositions générales

Article 1 • Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé signé par le souscripteur auprès de Harmonie Mutuelle ci-après dénommée la mutuelle.

Article 2 • Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 • L'adhésion individuelle à la mutuelle

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés à la présente notice.

L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites et reconnaît avoir pris connaissance des statuts et du règlement intérieur de la mutuelle.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- l'adhérent,
- les ayants droit suivants :
 - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin, ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire ou leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

La garantie des ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion

A la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et entrant dans la catégorie éligible visée à la présente notice à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à cette même date.

En cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée à la présente notice.

3.4 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article Résiliation à titre exceptionnel.

✓

FA Y.D - ES 45 JJ

Article 4 • Événements survenant en cours d’adhésion

Tout au long de l’adhésion, l’adhérent doit déclarer au souscripteur, dans un délai d’un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d’Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d’un de ces critères en cours d’année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d’effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d’effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d’adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d’un pacte civil de solidarité.	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l’événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires.	Au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de leur demande par la mutuelle.

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d’un ayant droit, exclusion, nullité

5.1 A l’initiative de l’adhérent

Radiation d’un de ses ayants droit

L’adhérent peut demander la radiation d’un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l’année.

La demande de radiation d’un ayant droit, ne dispense pas l’adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu’à la fin de l’année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu’à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d’année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

FN ET 4 GT P.D. JJ L

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Passage dans une catégorie non visée par la présente notice	
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de 3 mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Attribution de la CMU à l'ayant droit	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

5.2 A l'initiative de la mutuelle

En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non paiement de la cotisation.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles 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 l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

FN Y.D. ES 95 5 JS

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 6 • Maintien de couverture

Maintien loi Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Personnel en suspension de contrat de travail

Les adhérents en suspension de contrat de travail qui ont fait l'objet d'une suspension de leur adhésion au contrat peuvent bénéficier d'un maintien facultatif des garanties pendant le temps de suspension de leur contrat de travail. Le souscripteur règle sa part des cotisations du trimestre le 15 du mois suivant l'échéance au vu d'un appel établi par la mutuelle qui comporte, le cas échéant, une régularisation de soldes.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Le comité d'entreprise règle une part déduite des trimestrielles le 15 du mois suivant l'échéance au vu d'un appel établi par la mutuelle qui comporte, le cas échéant, une régularisation de soldes.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

L'adhérent règle sa part des cotisations de l'année par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle.

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la

FN 4.3 ES 47 JJ

cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Portabilité des droits des anciens salariés, adhérents du contrat

Les dispositions de l'article 911-8 du Code de la Sécurité sociale (Loi n°2013-504 du 14 juin 2013) imposent au Souscripteur de proposer un maintien des garanties du Contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont le contrat de travail a été rompu. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie pour les anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au Contrat. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien.

A l'expiration de la période convenue de portabilité, la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, la Mutuelle procédera, sur demande, à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1er jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

Les dispositions du présent article annulent et remplacent, le cas échéant, les dispositions précédemment en vigueur au Contrat (application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008).

FN Y.D. ar ES JJ

Chapitre 2 • Garanties frais de santé

Article 7 • Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable.

7.2 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par le souscripteur.

A la souscription

Le choix de la garantie optionnelle par les salariés de la catégorie éligible doit intervenir à la date de prise d'effet du contrat.

En cours de contrat

Le choix d'un autre niveau de garantie (garantie optionnelle ou base obligatoire) par l'adhérent, postérieurement à la prise d'effet du contrat, prend effet au 1er janvier qui suit la date de la demande, sous réserve que celle-ci ait été effectuée avant le 31 octobre.

7.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.4 Pluralité de garanties de frais de santé

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

7.5 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Les remboursements de frais d'obsèques, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, sont effectués dans la limite des frais engagés et du montant garanti précisé dans le tableau descriptif des garanties.

7.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;

FN 4-D 8 45 ES JJ

- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

7.7 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- les frais de concession et de rapatriement.

Article 8 • Versement des prestations

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant en annexe de la présente notice, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant à la présente notice.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations sont :

- les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et paramédicaux, le dentaire, les examens de pré traitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire ;
- les dates de début et fin de séjour pour :
 - les cures thermales,
 - l'hospitalisation* ou la maternité**

* Chambre particulière et frais d'accompagnement pris en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

**Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de frais d'accouchement sous réserve de respect des conditions d'inscription décrites à l'article Nouveaux bénéficiaires ;
- les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie ;
- la date de survenance du décès.

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

FN Y.D. 95 ES SJ

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires, factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les garanties pour lesquelles il est nécessaire de connaître la position de la dent et le matériau utilisé, un devis ou une facture détaillée doit être fourni(e) à la mutuelle. En leur absence les prestations seront calculées sur la base du remboursement minimal prévu par le tableau descriptif des garanties.

La prestation obsèques indemnitaire, prévue pour certaines garanties, a pour objet d'assurer le remboursement des frais obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie. La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais sur présentation d'une facture acquittée et d'une copie d'acte de décès.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

8.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées et de la prise en charge par le Régime obligatoire.

Chapitre 3 • Cotisations

Article 9 • Détermination de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans le contrat collectif qui prévoit en outre le cadre de leur évolution. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

FN Y.D. 10 95 ES JJ

6

Article 10 • Paiement de la cotisation

10.1 Règlement de la cotisation

La cotisation est payée par le souscripteur au vu d'un appel de cotisations et suivant les modalités définies au contrat collectif.

10.2 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle au souscripteur d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si le souscripteur n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

En application de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, la mutuelle informe chaque adhérent de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la mise en demeure au souscripteur, chaque adhérent pouvant se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

Chapitre 4 • Dispositions diverses

Article 11 • Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues à la présente notice et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

11.1 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

11.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

A défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

11.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

11.4 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

5

FN

Y.D.

11
95

ES JJ

Article 12 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'adhérent 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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.

En ce qui concerne le règlement de l'indemnité, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle.

Article 13 • Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la mutuelle. Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social de la mutuelle.

Article 14 • Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 15 • Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), située au 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09.

Article 16 • Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du Contrat, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur dont les coordonnées lui seront fournies dans la réponse du service Qualité Relation Adhérents.

FN 4.5 45 12 45 55

Produit de base : H02797

Garantie dite "responsable"

Prestations en vigueur au 01/01/2017

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 80 %	180 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Consultations psychologues (1)			30 €/Séance	30 €/Séance
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
(1) Prise en charge limitée à 150 € par année civile et par bénéficiaire.				
PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire (2)			50 €/An	50 €/An
(2) Sur présentation de la prescription médicale.				
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %		100 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives (3)			1000 €	1000 €
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 100 %	200 %
(3) Un forfait toutes les 2 années civiles et par bénéficiaire.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité)				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 40 %	140 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80 % ou 100 %	20 % ou 0 %	+ 20 %	120 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 % ou 100 %	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier (4)			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière en ambulatoire (5)			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1 % du PMSS/Jour	1 % du PMSS/Jour

FN

Y.D.

13
95

ES

JS

Produit de base : H02797

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Chambre particulière avec nuitée (6)			3 % du PMSS/Jour	3 % du PMSS/Jour
Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (4) Pour les établissements relevant de la DMT 341 (MAS) prise en charge des enfants handicapés. (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
MATERNITÉ				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 40 %	140 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 20 %	120 %
Chambre particulière avec nuitée (6)			3 % du PMSS/Jour	3 % du PMSS/Jour
Indemnité de naissance (7)			10 % du PMSS	10 % du PMSS
(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				
OPTIQUE				
Enfant (moins de 18 ans) (8)				
Monture	60 %	60 €		60 % + 60 €
Par verre dans le réseau KALIVIA				
- Simple	60 %	65 €		60 % + 65 €
- Complexe	60 %	100 €		60 % + 100 €
- Très complexe	60 %	100 €		60 % + 100 €
Adulte (18 ans et plus) (8)				
Monture	60 %	110 €		60 % + 110 €
Par verre				
- Simple	60 %	100 €		60 % + 100 €
- Complexe	60 %	230 €		60 % + 230 €
- Très complexe	60 %	230 €		60 % + 230 €
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 150 €/An		100 % + 150 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire			120 €/An	120 €/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil			300 €/Oeil	300 €/Oeil
(8) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.				
DENTAIRE (19)				
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire (9)				
- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) (10)	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents	70 %	30 %	+ 300 %	400 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 370 %	470 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (11)(12)(13)			10 % du PMSS/An	10 % du PMSS/An

FN

YD

14

GT

FS

JJ

L

Produit de base : H02797

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle (13)	70 %	30 %	10 % du PMSS/An + 350 %	10 % du PMSS/An 450 %
Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire	70% ou 100%	30 % ou 0 %	+ 200 %	300 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire			8 % du PMSS/An	8 % du PMSS/An
Implantologie, Parodontologie, Orthodontie refusée (14)				
Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle. (9) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM. (10) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux. (11) Dans la limite de 30% du PMSS par année civile et par bénéficiaire. (12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables. (13) Plafond commun. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (19) Prise en charge limitée à 3000 € par année civile et par bénéficiaire; remboursement à hauteur de 125 % au delà pour les prothèses remboursées et l'orthodontie acceptée.				
MEDECINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Etiopathie (1)(14)			30 €/Séance	30 €/Séance
(1) Prise en charge limitée à 150 € par année civile et par bénéficiaire. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
CONTRACEPTION FEMININE				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (14)			50 €/An	50 €/An
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (15)			50 €/An	50 €/An
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (14)			40 €/An	40 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			50 €/An	50 €/An
Vaccin anti-grippal (14)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (14)			30 €/An	30 €/An
(15) Prise en charge de 25 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (16) Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.				
HARMONIE SANTE SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	Oui
GARANTIE SUPPLEMENTAIRE				
Participation sur frais d'obsèques (17)(18)			14 % du PMSS	14 % du PMSS
(17) Indemnité limitée aux frais réels. (18) Indemnité versée jusqu'à 65 ans.				

* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3218 € au 01/01/2016)

FN Y.D. 45 ES JJ

Surcomplémentaire 1 : H02798

Garantie dite "responsable"

Prestations en vigueur au 01/01/2017

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
SOINS MEDICAUX ET PARAMEDICAUX				
Consultations, visites : généralistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 60 %	160 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 40 %	140 %
Consultations, visites : spécialistes				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 120 %	220 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 100 %	200 %
Actes de sages-femmes	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
Consultations psychologues (1)			40 €/Séance	40 €/Séance
Auxiliaires médicaux : infirmier(e)s, kinésithérapeutes...	60 %	40 %	+ 20 %	120 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65 %	35 %		100 %
(1) Prise en charge limitée à 200 € par année civile et par bénéficiaire.				
PHARMACIE SELON SERVICE MEDICAL RENDU (SMR)				
Médicaments à SMR important	65 %	35 %		100 %
Médicaments à SMR modéré	30 %	70 %		100 %
Médicaments à SMR faible	15 %	85 %		100 %
Pharmacie non remboursable par le régime obligatoire (2)			50 €/An	50 €/An
(2) Sur présentation de la prescription médicale.				
ANALYSES ET EXAMENS				
Actes techniques médicaux et d'échographie				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %	+ 20 %	120 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %		100 %
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %		100 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	70 %	30 %		100 %
Examens de laboratoires	60 %	40 %		100 %
APPAREILLAGES ET ACCESSOIRES MEDICAUX				
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
Prothèses auditives	60 %	40 %	+ 100 %	200 %
+ Forfait supplémentaire achat prothèses auditives (3)			1000 €	1000 €
Achat véhicule pour personne handicapée physique	100 %		+ 100 %	200 %
(3) Un forfait toutes les 2 années civiles et par bénéficiaire.				
CURES THERMALES				
Frais de cure (surveillance médicale, soins) hors milieu hospitalier	65 % ou 70 %	35 % ou 30 %		100 %
HOSPITALISATION				
Frais de séjour	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 100 %	200 %
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique (hors maternité) ...				
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 80 %	180 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	80% ou 100%	20 % ou 0 %	+ 60 %	160 %
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	65% ou 100%	35 % ou 0 %		100 %
Forfait journalier hospitalier (4)			Frais réels	Frais réels
Chambre particulière en ambulatoire (5)			15 €/Jour	15 €/Jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans			1 % du PMSS/Jour	1 % du PMSS/Jour

FN YD 16

ES JJ

6

Surcomplémentaire 1 : H02798

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des tarifs et dépassements dans la limite de	
HOSPITALISATION (suite)				
Chambre particulière avec nuitée (6)			3 % du PMSS/Jour	3 % du PMSS/Jour
Sur la base des codes DMT (Discipline Médico Tarifaire), la prise en charge est exclue pour les séjours suivants : - cures médicales en établissements de personnes âgées, - ateliers thérapeutiques, - instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psycho-pédagogique et professionnel, - centres de rééducation professionnelle - services de longs séjours et établissements pour personnes âgées. (4) Pour les établissements relevant de la DMT 341 (MAS) prise en charge des enfants handicapés. (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. (6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.				
MATERNITÉ				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique	100 %		+ 80 %	180 %
- Praticien adhérent au Contrat d'Accès aux Soins	100 %		+ 60 %	160 %
- Praticien non adhérent au Contrat d'Accès aux Soins			3 % du PMSS/Jour	3 % du PMSS/Jour
Chambre particulière avec nuitée (6)			10 % du PMSS	10 % du PMSS
Indemnité de naissance (7)				
(6) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord. (7) Indemnité par enfant inscrit à la date de sa naissance, ou de son adoption, si déclaration dans les 3 mois suivants cette date.				
OPTIQUE				
Enfant (moins de 18 ans) (8)				
Monture	60 %	60 €		60 % + 60 €
Par verre dans le réseau KALIVIA				
- Simple	60 %	100 €		60 % + 100 €
- Complexe	60 %	100 €		60 % + 100 €
- Très complexe	60 %	100 €		60 % + 100 €
Adulte (18 ans et plus) (8)				
Monture	60 %	150 €		60 % + 150 €
Par verre				
- Simple	60 %	100 €		60 % + 100 €
- Complexe	60 %	250 €		60 % + 250 €
- Très complexe	60 %	250 €		60 % + 250 €
Lentilles acceptées par le régime obligatoire	60 %	40 % + 200 €/An		100 % + 200 €/An
Lentilles refusées par le régime obligatoire		200 €/An		200 €/An
Opérations de chirurgie correctrice de l'oeil		500 €/Oeil		500 €/Oeil
(8) Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00. Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 ou dont le cylindre est supérieur à +4.00 et verre multifocal ou progressif. Verre très complexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8.00 à +8.00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00. La prise en charge de la mutuelle est limitée à 1 équipement (1 monture et deux verres) par période de 24 mois pour les adultes ou à 1 équipement par période de 12 mois pour les enfants de moins de 18 ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'équipement. Pour les adultes, elle peut être réduite à 12 mois en cas d'évolution de la vue.				
DENTAIRE				
Soins	70 %	30 %		100 %
Prothèses fixes remboursables par le régime obligatoire (9)				
- Prothèses type céramique sur dents visibles (incisives, canines, pré-molaires) (10)	70 %	30 %	+ 400 %	500 %
- Prothèses type céramique sur molaires et prothèses métal sur toutes dents	70 %	30 %	+ 350 %	450 %
- Inlays-Core	70 %	30 %	+ 400 %	500 %
Bridges fixes définitifs non remboursables par le régime obligatoire (11)(12)(13)			10 % du PMSS/An	10 % du PMSS/An

FN 7.10 - 95 ES JJ

Surcomplémentaire 1 : H02798

Garantie dite "responsable"

Régime général	Régime Obligatoire * (à titre indicatif)	Prise en charge de la Mutuelle *		Total y compris Régime Obligatoire (à titre indicatif)
		Au titre du ticket modérateur et dans la limite de	Au titre des forfaits et dépassements dans la limite de	
DENTAIRE (suite)				
Prothèses fixes transitoires sur dent naturelle (11)(13)	70 % 70% ou 100%	30 % 30 % ou 0 %	10 % du PMSS/An	10 % du PMSS/An
Prothèses amovibles remboursées par le régime obligatoire			+ 350 %	450 %
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire			+ 200 %	300 %
Implantologie, Parodontologie, Orthodontie refusée (14)			8 % du PMSS/An	8 % du PMSS/An
Les remboursements de la mutuelle : - concernent les prothèses dentaires conformes aux conditions d'attribution de l'Assurance maladie obligatoire et inscrites à la nomenclature (CCAM), - sont soumis à l'acceptation du devis par le Dentiste Consultant de la mutuelle. (9) Le bridge de base est pris en charge conformément à la CCAM. (10) Matériaux pris en charge : céramo-métal ou équivalents minéraux. (11) Dans la limite de 30% du PMSS par année civile et par bénéficiaire. (12) Les 2ème et 3ème inters du bridge ne sont pas remboursables. (13) Plafond commun. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
MEDICINES DOUCES				
Ostéopathie, Chiropractie, Microkinésithérapie et Etiopathie (1)(14)			40 €/Séance	40 €/Séance
(1) Prise en charge limitée à 200 € par année civile et par bénéficiaire. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
CONTRACEPTION FEMININE				
Pilules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire (selon liste) (14)			50 €/An	50 €/An
(14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).				
PREVENTION				
Equilibre alimentaire - Diététique (15)			50 €/An	50 €/An
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose) (14)			40 €/An	40 €/An
Vie sans tabac - Sevrage tabagique (16)			50 €/An	50 €/An
Vaccin anti-grippal (14)			Frais réels	Frais réels
Autres vaccins (selon liste) (14)			30 €/An	30 €/An
(15) Prise en charge de 25 € maximum par séance pour des consultations uniquement chez les diététiciens diplômés. (14) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture). (16) Prise en charge des substituts nicotiniques et/ou consultation cognito-comportementale, sur prescription médicale. Après intervention du Régime Obligatoire.				
HARMONIE SANTE SERVICES				
Assistance santé et assistance à l'étranger (voir notice d'information)			Oui	Oui
Assistance obsèques (voir notice d'information)			Oui	Oui
GARANTIE SUPPLEMENTAIRE				
Participation sur frais d'obsèques (17)(18)			14 % du PMSS	14 % du PMSS
(17) Indemnité limitée aux frais réels. (18) Indemnité versée jusqu'à 65 ans.				

* CONDITIONS GENERALES DE PRISE EN CHARGE

- Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire).
- Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.
- Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :
 - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 01/01/2008),
 - déduction des franchises médicales (Décret n° 2007-1937 du 26/12/2007).
- La participation forfaitaire des actes supérieurs à 120 € est prise en charge par la mutuelle.
- Dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur ni les dépassements d'honoraires.
- Les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale.

PMSS: Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (3218 € au 01/01/2016)

FN. Y.D. 18 ES JJ 1