



NOTICE D'INFORMATION FRAIS DE SANTÉ

NI/FS/ASS/FAC/JUIN2022

Garanties collectives à adhésion facultative

MEMBRES DE L'ASSOCIATION MUTAGIR SANTÉ

Notice d'information valable à compter du 01/02/2023

Contrat n° 3168-13 / 2023/01/11

Administrés de COMMUNE LA BOUILLADISSE

Solimut
 **Mutuelle**
de France

GÉNÉRATIONS SOLIDAIRES



Important

Attestation de réception de la notice d'information à photocopier et à remettre à la Mutuelle à l'adresse suivante :

Solimut Mutuelle de France
Service Relation Adhérents
TSA 11346
13235 Marseille Cedex 2

Je soussigné(e),

.....

reconnais avoir reçu la notice d'information frais de santé dans le cadre du contrat collectif facultatif en faveur des administrés de la mairie COMMUNE LA BOUILLADISSE membres de l'association MUTAGIR SANTÉ.

À, le

Signature

SOMMAIRE

SOMMAIRE	0
VOTRE MUTUELLE	2
INFORMATION DES ADHÉRENTS	2
L’AFFILIATION AU RÉGIME FRAIS DE SANTÉ	3
BÉNÉFICIAIRES.....	3
• <i>Membres couverts</i>	3
• <i>Vos ayants droit</i>	3
DATE D’AFFILIATION.....	3
MODALITÉS D’AFFILIATION.....	3
CHANGEMENT DE SITUATION EN COURS D’ANNÉE.....	3
COTISATIONS.....	3
• <i>Montant</i>	3
• <i>Paielement des cotisations</i>	3
• <i>Révision des cotisations</i>	4
• <i>Défaut de paiement des cotisations</i>	4
RÉSILIATION.....	4
VOS GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	5
FRAIS GARANTIS.....	5
CARACTÉRISTIQUES DES GARANTIES.....	5
EXCLUSIONS LIÉES AU CARACTÈRE RESPONSABLE.....	5
DISPOSITIF DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE.....	5
PRISES EN CHARGE PARTICULIÈRES.....	6
• <i>Prise en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire</i>	6
• <i>Établissements et services spécialisés</i>	6
• <i>Chambre particulière</i>	6
• <i>Cures thermales non remboursées par l’assurance maladie obligatoire</i>	6
• <i>Frais d’accompagnant ou d’accompagnement</i>	6
• <i>Soins à l’étranger</i>	6
• <i>Garanties en inclusion</i>	6
• <i>Prime de nuptialité</i>	6
• <i>Prime de natalité</i>	6
• <i>Frais d’obsèques</i>	6
MODIFICATION DES GARANTIES.....	6
CESSATION DES GARANTIES.....	7
VOS REMBOURSEMENTS DE PRESTATIONS	8
RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	8
DES REMBOURSEMENTS RAPIDES.....	8
• <i>Fonctionnement de NOEMIE</i>	8



• Tiers Payant.....	8
PIÈCES À FOURNIR LORS DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT.....	8
PLAFOND DE REMBOURSEMENT.....	9
• Limite de remboursement.....	9
• Prestations indues.....	9
• Pluralité d'assureurs pour un même risque.....	9
• Contrôle médical des prestations.....	9
INFORMATIONS PRATIQUES.....	10
TIERS PAYANT.....	10
DEVIS DENTAIRE ET OPTIQUE.....	10
VOTRE CARTE MUTUALISTE.....	10
EXTRANET ADHÉRENT 24H/24.....	10
UN RÉSEAU SANITAIRE ET SOCIAL MUTUALISTE PARTENAIRE.....	10
PRIVILÈGE ADHÉRENTS.....	10
NOUS CONTACTER.....	10
FONDS SOCIAL MUTUALISTE.....	10
GÉNÉRALITÉS.....	11
SUBROGATION.....	11
FAUSSE DÉCLARATION.....	11
RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION.....	11
PRESCRIPTIONS.....	11
PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES.....	12
OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE.....	12
LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	12
AUTORITÉ DE CONTRÔLE.....	13
LEXIQUE.....	14
ANNEXE : TABLEAU DE GARANTIES.....	15



Votre mutuelle

Parce que la santé est un bien précieux qu'il faut préserver, vous bénéficiez auprès de Solimut Mutuelle de France d'un contrat collectif facultatif, mis en place à l'initiative de votre commune et au travers d'une association, pour vous accorder le bénéfice d'une garantie santé.

La présente notice précise les conditions dans lesquelles Solimut Mutuelle de France, ci-après désignée « la Mutuelle », mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, vous assure le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Pour la bonne compréhension, le membre de la personne morale souscriptrice affilié est dénommé ci-après « l'adhérent » au sein de la présente notice d'information.

N'hésitez pas à nous contacter, cette Mutuelle est la vôtre !

Information des adhérents

La présente notice d'information vous est obligatoirement remise par la personne morale souscriptrice dès lors que vous vous affiliez au contrat de frais de santé collectif à adhésion facultative.

Cette notice vous permet de connaître les garanties définies au contrat frais de santé souscrit par la personne morale souscriptrice, les conditions de son application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Cette notice indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, la personne morale souscriptrice est tenue de vous en informer en vous remettant une notice mise à jour ou un additif établi à cet effet par la Mutuelle.

Solimut Mutuelle de France, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09), immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro 383 143 617, dont le siège social est situé au Castel Office, 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille



L'affiliation au régime frais de santé

Bénéficiaires

• Membres couverts

Le contrat souscrit par la personne morale souscriptrice a pour objectif de faire bénéficier, à titre facultatif, à l'ensemble des membres, administrés de COMMUNE LA BOUILLADISSE, d'un remboursement complémentaire des frais de soins de santé.

Les garanties et prestations peuvent être étendues à vos ayants droit en contrepartie de la cotisation correspondante.

• Vos ayants droit

Sont considérés comme vos ayants droit :

[**Votre conjoint**, légalement marié non séparé de corps judiciairement, ou **vos partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte Civil de Solidarité**, ou **vos concubin**, le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune.

[Vos **enfants à charge**, et ceux à la charge de votre conjoint, de votre concubin ou de votre partenaire de PACS :

- ❖ Affiliés en tant qu'ayant droit au régime de base de la Sécurité sociale,
- ❖ Ou s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - > qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité,
 - > qui sont à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre à Pôle Emploi, sur présentation de l'attestation d'inscription,
 - > qui poursuivent une formation professionnelle en alternance (apprentissage, qualification...) sur présentation du contrat d'alternance.

Les justificatifs nécessaires devront être produits annuellement.

Lorsque les enfants à charge de plus de 18 ans ne respectent plus les conditions mentionnées ci-dessus, ou qu'ils ont atteint l'âge de 26 ans, la qualification d'ayant droit perdure jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et de la famille et que son état d'invalidité est survenu avant son 21^{ème} anniversaire.

Date d'affiliation

Sauf disposition particulière expressément mentionnée sur le bulletin d'affiliation, l'affiliation est effective le premier jour du mois suivant la date de réception du bulletin d'affiliation complet accompagné des pièces justificatives par la Mutuelle.

En cas d'inscription éventuelle d'un ayant droit supplémentaire, la garantie prend effet au bénéfice de ce dernier le premier jour du mois suivant la date de réception du bulletin modificatif complet accompagné des pièces justificatives par la Mutuelle.

Toutefois, les nouveau-nés, ainsi que les enfants adoptés, sont garantis dès le jour de leur naissance ou le premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille, dès lors que la demande d'inscription est adressée à la mutuelle dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

Modalités d'affiliation

Afin de formaliser votre affiliation, vous devez compléter et signer le bulletin d'affiliation qui vous a été remis par la personne morale

souscriptrice, puis le lui remettre accompagné des pièces suivantes:

[la copie de votre attestation de droits à l'assurance maladie à jour et celle(s) de vos ayants droit,

[la copie de votre pièce d'identité,

[un Relevé d'Identité Bancaire avec BIC et IBAN d'un compte bancaire à votre nom domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA,

[les pièces justificatives attestant de la situation des ayants droit (acte de naissance, d'adoption, livret de famille, ...).

Ces documents seront transmis par la personne morale souscriptrice directement à la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire.

A compter de votre affiliation vous devenez membre participant de la Mutuelle. Vous pouvez exercer à ce titre vos droits mutualistes conformément aux statuts de la Mutuelle, qui vous ont été remis lors de votre affiliation.

Changement de situation en cours d'année

En cas d'évolution de votre situation familiale, d'un changement d'adresse postale, d'email ou de domiciliation bancaire, vous devez en informer la personne morale souscriptrice et remplir un bulletin de modification de situation familiale, d'adresse ou de coordonnées bancaires, accompagné des justificatifs nécessaires (copie du livret de famille, attestation de vie commune, PACS, RIB). La personne morale souscriptrice transmettra ces documents à la Mutuelle.

Cotisations

• Montant

Le montant des cotisations est indiqué sur le bulletin d'adhésion. Le montant indiqué est celui en vigueur à la date de signature du bulletin d'adhésion. En cas d'adhésion à effet du 1er janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article « révision des cotisations ».

Les cotisations sont établies par année civile. Les frais de gestion inhérents au présent contrat sont inclus dans la cotisation.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

• Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie. Elle est due au 1er janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, chèque, mandat ou virement. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre.

• Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle.



En cas de modification des cotisations, vous avez la possibilité de résilier votre affiliation au présent contrat dans un délai d'un mois à compter de la réception de l'avis d'appel de cotisation.

Lorsque la garantie souscrite prévoit des cotisations fixées par tranche d'âge, la cotisation évoluera au 1er janvier de l'année. L'âge se calcule en fonction de l'âge de l'adhérent au 1er janvier de l'année.

• Défaut de paiement des cotisations

Vous assurez directement le paiement des cotisations auprès de la Mutuelle. Le défaut de paiement d'une seule cotisation dans les dix jours de son échéance pourra entraîner votre exclusion, et le cas échéant celle de vos ayants droit. L'exclusion pourra intervenir dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet. La mise en demeure peut être adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations. La mise en demeure vous informera que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, l'adhésion reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement

Résiliation

Votre affiliation individuelle est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf demande de radiation exprimée au moins deux mois avant cette date, par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité.

A l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, la demande de radiation peut être formulée à tout moment et prendra effet un mois après réception de la demande.

La radiation de l'affiliation sera acceptée en cours d'année lorsque vous ouvrez droit à la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale (Complémentaire Santé Solidaire). La résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire conformément aux dispositions de l'article L.861-5 du code de la Sécurité sociale.

La radiation de l'affiliation par l'adhérent concerne l'ensemble des bénéficiaires de la garantie prévue au présent contrat.

Lorsque vos ayants droit sont couverts, les garanties cessent pour vos ayants droit :

- [Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la radiation est demandée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre ;
- [Un mois après réception par la Mutuelle de la notification de radiation par l'adhérent, demandée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande de radiation soit formulée après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat ;
- [Au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition « du conjoint ».
- [Au dernier jour de l'année au cours de laquelle le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition de « l'enfant à charge ».



Vos garanties frais de santé

Frais garantis

La présente notice d'information définit les prestations assurées conformément au contrat choisi par votre association dont les conditions sont fixées aux tableaux de garanties figurant en annexes. Vous avez le choix entre les garanties suivantes : « **ENERGIE COMMUNE 1** », « **ENERGIE COMMUNE 2** », « **ENERGIE COMMUNE 3** », et « **ENERGIE COMMUNE 4** ». Votre choix apparaît sur votre bulletin d'affiliation.

Les prestations de la Mutuelle versées au titre du présent contrat interviennent, sous déduction du remboursement opéré par l'assurance maladie obligatoire. Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sous forme de forfait selon la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement.

Selon la garantie choisie, la Mutuelle peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestation notamment lorsque vous choisissez de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité Sociale.

Les prestations garanties sont servies dans un délai maximum de trente jours à réception des décomptes et des pièces nécessaires à la constitution du dossier hors éventuels délais bancaires.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est postérieure à votre date d'affiliation peuvent donner lieu à prise en charge au titre du régime frais de santé.

Les prestations en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation ne sont dues, que si les soins sont postérieurs à la date d'effet de votre adhésion au présent contrat.

Aucune prestation ne vous sera versée dans le cadre d'une hospitalisation si la date du début de séjour est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Conformément aux dispositions prévues à l'article 7 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », dans une telle hypothèse, vous devez vous rapprocher de votre ancien assureur qui a la charge de verser la prestation.

Aucune prestation ne sera servie après la date de cessation de vos garanties, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Caractéristiques des garanties

Le contrat est dit « solidaire » : aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et le tarif n'évolue pas en fonction de votre état de santé, ni de celui de vos ayants droit.

Le contrat est dit « responsable » : les garanties frais de santé proposées par la Mutuelle, s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L.871-1 du code de la sécurité sociale.

À ce titre, lesdites garanties sont conformes au cahier des charges du contrat responsable et prennent obligatoirement en charge :

- ❖ Le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins pris en charge par l'assurance maladie, à l'exception des frais de cures thermales, les médicaments remboursés à 30 % et à 15 %, et les spécialités et préparations

homéopathiques, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;

- ❖ Le forfait journalier hospitalier facturé, par les établissements de santé, sans limitation de durée ;

- ❖ Le forfait patient urgence facturé par les établissements de santé sans limitation de durée ;

- ❖ Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ;

- ❖ L'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée ;

- ❖ Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des prestations et équipements appartenant à une classe à prise en charge libre, dans le respect des plafonds de remboursement et des délais de renouvellement des équipements.

- ❖ Les séances d'accompagnement réalisées chez un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie dans le cadre du dispositif "MonPsy", dans la limite de 8 séances par année civile.

Dans l'hypothèse où le tableau de garantie ne prévoit pas expressément la prise en charge d'une garantie composant le cahier des charges du contrat responsable suite à une évolution réglementaire, la Mutuelle procède à la prise en charge de cette garantie dans les limites fixées par la réglementation.

Exclusions liées au caractère responsable

Ne sont pas couverts au titre du contrat :

- La participation forfaitaire acquittée par l'adhérent ou ses ayants droit pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie,
- Les franchises médicales mises à la charge de l'adhérent ou ses ayants droit par la Sécurité sociale concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires ;
- La prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux adhérents ou ses ayants droit ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins).
- Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, désignent des contrats mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.



Depuis le 1^{er} janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :

- ❖ à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – CO (dite OPTAM-CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;

- ❖ à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Le caractère « responsable » du contrat a une incidence sur le remboursement des prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

Prises en charge particulières

- **Prise en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire**

Les séances de médecines complémentaires doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire ADELI (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la Mutuelle selon la garantie souscrite.

- **Établissements et services spécialisés**

Sauf dispositions particulières prévues dans le tableau de garanties, ne sont pas considérés comme des établissements spécialisés, au sens du présent contrat, et n'ouvrent donc pas droit aux garanties les établissements listés aux articles L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles et L. 174-6 du Code de la Sécurité sociale.

Le tableau de garantie précise les conditions et limites de prise en charge pour les établissements couverts par la Mutuelle.

- **Chambre particulière**

Si la garantie le prévoit, le remboursement de la chambre particulière n'est accordé que pour les hospitalisations d'au moins une nuit (sauf dérogation dans le tableau de garanties pour la chirurgie ambulatoire) et dans la limite prévue par ladite garantie.

- **Cures thermales non remboursées par l'assurance maladie obligatoire**

Si les cures sont justifiées par l'existence d'une pathologie ORL (Oto-Rhino-Laryngologiste) ou par la nécessité de bénéficier de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la Mutuelle au titre du « forfait cure thermique » **sous réserve d'un accord spécifique entre la Mutuelle et l'établissement thermal concerné.**

- **Frais d'accompagnant ou d'accompagnement**

Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit.

Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

- **Soins à l'étranger**

Les frais de soins de santé engagés en dehors de France seront pris en charge par la Mutuelle sur la base des garanties prévues au présent contrat, sous réserve de la prise en charge préalable par l'assurance maladie obligatoire française à laquelle les bénéficiaires sont affiliés.

Les soins engagés à l'étranger, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie obligatoire française, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

- **Garanties en inclusion**

En complément de ses garanties frais de santé, la Mutuelle peut permettre à ses adhérents de bénéficier de garanties d'assistance et de prévoyance en inclusion.

Lorsque la garantie le prévoit, une notice d'information spécifique vous est remise et définit la nature des prestations fournies, ainsi que les conditions d'attribution de ces garanties.

- **Prime de nuptialité**

Lorsque la garantie le prévoit, une prime nuptialité peut vous être versée ou à vos ayants droit en cas de mariage.

Seuls les mariages reconnus par l'Etat français et enregistrés à ce titre sur les registres d'état civil français peuvent déclencher le versement de la prime. Une copie du certificat de mariage devra être fournie à la Mutuelle.

Ladite prime est non cumulable. Ainsi, en cas de mariage entre les bénéficiaires d'une même couverture, une seule prime sera versée pour un même événement.

- **Prime de natalité**

Lorsque la garantie le prévoit, une prime natalité peut être versée en cas de naissance ou d'adoption d'un enfant mineur par vous-même ou par vos ayants droit. Une copie du certificat de naissance, ou le cas échéant d'adoption, devra être fournie à la Mutuelle.

Une seule prime est versée par naissance ou adoption, à l'exception des naissances multiples ou de plusieurs adoptions simultanées. Ainsi, lorsque les parents sont tous deux bénéficiaires de la même couverture, une seule prime est versée.

- **Frais d'obsèques**

Lorsque la garantie le prévoit, une allocation obsèques peut être versée en cas de décès d'un bénéficiaire de la garantie, à la personne ayant supporté les frais d'obsèques sur présentation de la facture acquittée.

Votre attention est attirée sur le fait que l'allocation versée est susceptible de ne pas couvrir l'ensemble des frais d'obsèques engagés. Les cotisations versées au titre de cette garantie sont susceptibles d'être supérieures au montant de l'allocation frais d'obsèques garanti, il ne s'agit pas d'un produit de placement. La cessation des garanties entraîne la perte du bénéfice de la prestation sans possibilité de rachat ni de réduction, la garantie étant à fonds perdus.

L'allocation est limitée aux frais réels engagés.

La prestation « Frais d'obsèques » cesse lorsque vous avez atteint l'âge de 100 ans.

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année de votre 100^{ème} anniversaire et son année de naissance.



Modification des garanties

En cas de modification des garanties, vous aurez la possibilité de demander la radiation de votre affiliation dans un délai d'un mois à compter de la remise par la personne morale souscriptrice de la notice d'information actualisée.

Changement de garantie

Lorsque le contrat prévoit plusieurs niveaux de garantie, vous pouvez demander un changement de niveau de garantie à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de votre adhésion, ou le cas échéant, suivant la date d'effet du précédent changement de niveau de garantie.

Le changement de niveau de garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la date de réception du bulletin modificatif par la Mutuelle.

Tout changement de niveau de garantie concernera l'ensemble des bénéficiaires de la garantie prévue au présent contrat.

Pour tout changement de garantie, vous avez droit au montant des forfaits de votre nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de votre ancienne garantie.

Cessation des garanties

Vos garanties cessent de plein droit :

- [à la date de radiation de votre affiliation au contrat,
- [à la résiliation de votre adhésion à la personne morale souscriptrice,
- [en cas de non-paiement des cotisations,
- [en cas de décès,
- [à la date de résiliation du contrat collectif souscrit par la personne morale souscriptrice.

Le cas échéant, la cessation de vos garanties entraîne à la même date, la cessation des garanties au profit de vos ayants droit.



Vos remboursements de prestations

Règlement des prestations

Les prestations sont mises en œuvre en complément du niveau de remboursement prévu par l'assurance maladie obligatoire.

Les prestations vous sont versées soit directement (par virement sur compte bancaire), soit aux professionnels de santé si vous avez fait usage du tiers payant. Les remboursements sont effectués par virement sur votre compte bancaire domicilié dans un Etat appartenant à la zone SEPA.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est celle portée sur les décomptes de l'assurance maladie obligatoire, ou à défaut sur les factures acquittées au nom du bénéficiaire des soins.

Les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire, et des factures acquittées.

Des remboursements rapides

Lorsque votre caisse d'assurance maladie le permet, vous bénéficiez du service de la télétransmission automatique des décomptes entre l'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle dit système NOEMIE (sauf demande contraire de votre part adressée par courrier à la Mutuelle). De plus, vous pouvez bénéficier auprès de certains professionnels de santé du système du tiers payant.

- **Fonctionnement de NOEMIE**

Votre médecin transmet à l'assurance maladie obligatoire les informations grâce à votre carte Vitale, ou bien vous adressez vous-même votre feuille de soins à votre caisse d'assurance maladie. Celle-ci vous rembourse la part due au titre de la Sécurité Sociale, et vous adresse un décompte portant la mention « **Nous avons également transmis ces informations à votre organisme Solimut Mutuelle de France** ».

L'assurance maladie obligatoire nous transmet informatiquement le reflet de son remboursement. Vous n'avez donc pas à transmettre à la Mutuelle les décomptes de la Sécurité sociale. Vous recevrez le virement de la part mutuelle sur votre compte. Un relevé de prestations de la Mutuelle vous est adressé trimestriellement et/ou est consultable sur votre Espace Adhérent.

Si vous ne bénéficiez pas de la procédure Noemie, ou si votre conjoint a son propre régime complémentaire maladie, vos demandes de remboursement seront traitées manuellement.

- **Tiers Payant**

Dans le mois suivant votre affiliation, vous recevrez une carte mutualiste attestant de votre affiliation à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour vos ayants droit, lorsqu'ils bénéficient de la garantie. Les cartes sont délivrées annuellement et sont renouvelées automatiquement.

Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste qui vous a été remise par la Mutuelle,

- hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé à la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux s'entend de l'utilisation par l'adhérent de la carte mutualiste alors qu'il n'est plus bénéficiaire des garanties, ou de toute autre personne agissant en connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, vous devez cesser d'utiliser la carte mutualiste.

Pièces à fournir lors de la demande de remboursement

Sauf si vous le refusez, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE, lorsque votre caisse d'assurance maladie le permet. Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire et des factures acquittées.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- [la facture nominative (portant la mention «acquittée», le cachet et la signature du professionnel de santé),
- [la prescription médicale,
- [le décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Relation Adhérents

TSA 11346

13235 MARSEILLE Cedex 02

Les pièces justificatives pourront être adressées sous format dématérialisé en vous connectant à votre espace adhérent sur notre site www.solimut-mutuelle.fr ou sur notre application mobile gratuite : **Ma Mutuelle et Moi**.



Plafond de remboursement

● Limite 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 réels restant à votre charge ou celle de vos ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit.

Vous vous engagez, sur simple demande de la Mutuelle, à présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des douze derniers mois.

En outre, en cas de régularisation ultérieure de la caisse d'assurance maladie, vous vous engagez à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif que vous avez reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

● Prestations indues

Vous vous engagez à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit.

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée que vous n'auriez pas remboursée, par toute voie de droit.

● Pluralité d'assureurs pour un même risque

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

Si vous bénéficiez pour le même risque d'une garantie auprès d'un autre organisme assureur, vous devez en informer la Mutuelle.

Dans ce cas, vous devrez fournir les originaux des décomptes de prestations payées par l'Assurance maladie obligatoire ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des organismes assureurs ayant pris en charge le

remboursement des soins de santé en premier lieu, pour obtenir le remboursement intégral des prestations, dans la limite des frais réellement engagés.

● Contrôle médical des prestations

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées ou répétées, ou encore en cas de suspicion de fraude. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

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

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat vous serait défavorable, ou à votre ayant droit, vous devrez restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin que vous, ou votre ayant droit, avez désigné, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et vous-même ou votre ayant droit.

En cas de fraude avérée, vous ou votre éventuel ayant droit supporterez la totalité des honoraires du tiers expert.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et vous-même ou votre ayant droit.

Informations pratiques

Tiers payant

Un service étendu et gratuit auprès de milliers de professionnels de santé conventionnés : **pas d'avance d'argent** pour vos dépenses sur présentation de votre carte mutualiste à l'hôpital, la clinique, chez le pharmacien, l'opticien, au laboratoire, chez le kinésithérapeute, l'infirmière, l'ambulancier, etc...

Devis dentaire et optique

Des conseils sur les remboursements de vos devis dentaire et optique pour connaître à l'avance le montant des dépenses que vous souhaitez engager.

Votre carte mutualiste

La Mutuelle vous remet votre carte mutualiste chaque année. Elle vous permet de justifier de votre appartenance à Solimut Mutuelle de France et de bénéficier du tiers payant pour vous-même et vos éventuels ayants droit.

Extranet adhérent 24h/24

Chaque adhérent dispose d'un accès sécurisé à son Espace Adhérent accessible depuis le site :

www.solimut-mutuelle.fr

Vous pouvez consulter le détail de vos remboursements santé réglés ou bénéficier de différents services tels que l'envoi d'une nouvelle carte mutualiste.

Votre identification se fait après la saisie de votre identifiant, de votre numéro de contrat que vous avez reçu lors de l'envoi de votre carte mutualiste ainsi que de votre mot de passe.

Un réseau sanitaire et social mutualiste partenaire

Vous bénéficiez d'un partenariat privilégié avec un réseau de santé qui vous donne accès au tiers-payant, à des soins de grande qualité, à des professionnels de santé expérimentés : cliniques, pharmacies, centres dentaires, centres d'optique, centre de soins et de santé, centres d'audioprothèses...

La liste des centres est disponible depuis le site :

www.solimut-mutuelle.fr

Privilège adhérents



Votre accompagnement personnalisé

Lorsque cela est indiqué dans votre Tableau de Garanties, la Mutuelle vous permet de bénéficier de garanties d'assistance proposées par Inter Mutuelles Assistance.

Une notice d'information spécifique vous est remise, définissant la nature des prestations fournies et les conditions d'attribution de ces garanties.

Rendez-vous sur votre espace adhérent pour créer votre compte et découvrir ce service.

Nous contacter

Par notre réseau d'agences : **des conseillers disponibles et expérimentés** à votre disposition dans nos **60 agences réparties sur 8 régions** (coordonnées de nos agences sur notre site internet www.solimut-mutuelle.fr)



Par Internet : en vous connectant à votre espace adhérent sur notre site :

www.solimut-mutuelle.fr

Ou sur votre smartphone depuis l'application gratuite :

Ma Mutuelle et Moi



Par téléphone : en appelant le **09.69.393.393 – Accueil téléphonique du lundi au vendredi**



Par Courrier : SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Relation Adhérents – TSA 11346

13235 Marseille Cedex 02

Fonds Social Mutualiste

La Mutuelle dispose d'un fonds social propre, également appelé fonds de secours et géré par une commission de secours, ayant pour objet, après épuisement de tout autre recours, et dans la limite d'un cadre budgétaire déterminé annuellement par l'Assemblée Générale de la Mutuelle :

- ❖ De venir en aide aux adhérents - ou à leurs ayants droit - dont les besoins ne sont pas ou peu couverts par les garanties du présent règlement mutualiste ;

- ❖ D'intervenir pour aider certains adhérents à accéder aux soins de manière ponctuelle et exceptionnelle.

La commission de secours étudie les demandes émises par tout adhérent en situation de difficulté et/ou de précarité. Elle se base sur les revenus et les charges de l'adhérent ainsi que sur le reste à charge des soins faisant l'objet de la demande. Les aides attribuées concerneront uniquement les dépenses liées aux frais de santé. Le fonds social fait l'objet d'un Règlement approuvé par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Généralités

Subrogation

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations frais de soins dans les droits et actions d'assurés, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

À cette fin, vous êtes tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra vous être demandé, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra vous contacter ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de vous interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

Fausse déclaration

Les déclarations que vous faites servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits lors de la souscription, du versement des cotisations ainsi qu'au moment du versement des prestations.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie qui vous est accordée par la Mutuelle est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé 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 nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

Réclamations et médiation

La Mutuelle met à votre disposition la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse suivante :

SOLIMUT MUTUELLE DE FRANCE

Service Réclamations

CS 40602

13235 Marseille Cedex 02

reclamations@solimut.fr

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle vous apporte une réponse circonstanciée dans un délai de dix jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle vous adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra vous être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle et après épuisement des voies de recours internes, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française.

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

❖ soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française

FNMF

255 rue de Vaugirard

75719 PARIS cedex 15

❖ soit directement via le site du Médiateur de la Mutualité Française.

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée.

La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans un délai maximum de trois mois à compter de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

Prescriptions

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent régime Frais de santé est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations ou des cotisations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, qu'à partir 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue 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 avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.



L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Réclamations et Médiation » de la présente notice.

Protection des données personnelles

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat souscrit auprès de Solimut Mutuelle de France, ainsi que pour l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle, vos données à caractère personnel font l'objet d'un traitement par Solimut Mutuelle de France (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du contrat, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont le Souscripteur, les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR. Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat assurant la confidentialité et la sécurité des données ainsi que leur traitement conformément aux instructions de la Mutuelle et dans le respect des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

Conformément à la réglementation, vous et vos ayants droit disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données vous

concernant. Vous pouvez, à cette fin, vous adresser au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr

- soit par courrier à DPO Solimut Mutuelle de France SOLIMUT Castel Office 7, Quai de la Joliette 13002 MARSEILLE

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où vous souhaiteriez faire valoir votre droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du contrat et des garanties attachées, nous vous rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du contrat, voire les statuts de la Mutuelle.

Vous pouvez également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Opposition au démarchage téléphonique

En application des articles L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société WORLDFLINE, Service Bloctel, 1 place des Degrés, 92800 Puteaux, France ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Vous pouvez également vous opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), vous vous engagez à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droit, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique) ;
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.



De plus, dans le cadre des garanties décès, des informations et des pièces justificatives seront demandées aux bénéficiaires, au moment du versement de la prestation.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L562-2 du Code monétaire et financier.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaires au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

Egalement, en cas de refus ou d'opposition de votre part du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation.

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles ».

Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'A.C.P.R (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

LEXIQUE

Adhérent

Le membre participant qui adhère à la Mutuelle pour lui-même et, le cas échéant, ses ayants droit.

Ayant droit

Personne qui n'a pas signé de bulletin d'affiliation mais qui bénéficie des garanties de la Mutuelle en raison de ses liens avec un adhérent.

Assurance Maladie Obligatoire : Régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance Maladie Complémentaire : Ensemble des garanties assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Auxiliaires Médicaux : Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Base de remboursement : Tarif de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

❖ **Tarif de Convention (TC)** : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession,

❖ **Tarif d'Autorité (TA)** : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,

❖ **Tarif de Responsabilité (TR)** : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Forfait journalier : Le forfait journalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

Forfait Patient Urgences : Il s'agit de la somme due pour tout passage dans une structure des urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie. Ce forfait est fixé à 19,61 €.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Certains patients peuvent bénéficier d'un forfait minoré à hauteur de 8,49 € (personnes en affection de longue durée, etc.) ou d'une dispense totale (femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, bénéficiaires de l'aide médicale d'État, etc.).

Frais d'accompagnant : Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit.

Frais d'hospitalisation : Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

Garantie (Santé) : Engagement de la Mutuelle d'assurer à l'adhérent et à ses éventuels 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 couverture, en complément des prestations versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Parcours de soin : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entre également dans le parcours de soins tout acte auprès :

- ❖ D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- ❖ D'un autre médecin dit « correspondant » auquel le patient est adressé par son médecin traitant,
- ❖ D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Prescription médicale : Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Prestations : Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants-droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue (MonPsy) : Dispositif permettant la prise en charge jusqu'à 8 séances d'accompagnement par an, réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie. L'Adhérent devra obtenir au préalable un courrier d'adressage de son médecin traitant.

La Mutuelle intervient en complément du remboursement opéré par l'Assurance Maladie.

La prise en charge s'effectue dans le cadre du contrat responsable.

Ticket modérateur : 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.

Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillage) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Annexe : Tableau de garanties