

Contrat frais de santé
GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT
(OPTION 1 FACULTATIVE)
Adhésion collective facultative

Conditions Particulières
Conditions Générales
Tableau de garanties

Nouveau Contrat : Oui Avenant au contrat : Non
Prise d'effet du contrat : 01 janvier 2023

Cabinet de courtage : Non Représenté par : Madame, Monsieur Cabinet :

Nom ou Raison Sociale : GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT

Enseigne commerciale (le cas échéant) :

Forme juridique : SA.

Adresse du Siège Social :

12 rue Pierre Sémard

38000 GRENOBLE

Adresse de correspondance (si différente) :

N° SIREN : 817 389 141

Code NIC : 00018

Code NAF : 8542Z

Représentée par : Monsieur Hervé ROLLAND

Agissant en qualité de : Directeur financier

Régime membre facultatif Oui

Dans le cas d'un régime salarié obligatoire, le présent contrat collectif à adhésion facultative est mis en place dans le cadre d'un accord dont le formalisme respecte les dispositions de l'Article 911-1 du code de la Sécurité Sociale (Issu de la loi du 8 Août 1994 : DUE, Référendum, Accord d'entreprise, Conventions collectives).

Article 1 : Objet du contrat

Le présent contrat a pour but de faire bénéficier aux adhérents du **GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT** à compter du 1^{er} jour de présence dans **GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT** d'un contrat collectif à caractère **FACULTATIF**.

Le cadre juridique, les statuts et le règlement mutualiste du présent contrat sont ceux de la mutuelle ENTRENOUS, enregistrée à l'INSEE sous le n° 309 244 648.

Article 2 : Populations couvertes

Sont couverts par le contrat à titre FACULTATIF :

- L'adhérent,
- Le (la) conjoint(e), (marié, PACS ou concubin)
- Les enfants (le cadre précis est défini à l'article 3 des Conditions Particulières)

Chaque nouvelle **affiliation** au contrat, ou modification d'information concernant l'adhérent sera indiquée par le (la) correspondant(e) au Service Exploitation de la mutuelle Entrenous.

Article 3 : Couverture des ayants-droits

Les ayants-droit sont couverts par le contrat à titre **facultatif**.

La limite d'âge est portée à **28 ans** pour les enfants :

- Étudiants sous la condition que soit présenté, pour les plus de 18 ans, un certificat de scolarité ;
- En recherche d'un premier emploi sous la condition que soit présentée une attestation de Pôle Emploi ;
- Les apprentis sous contrat salarié ou relevant d'un contrat salarié de professionnalisation ou d'insertion, sur présentation du contrat.

N.B. : définition de l'ayant-droit dans le lexique des Conditions Générales

Article 4 : Cotisations du régime principal 2023

Il est précisé que cette cotisation peut évoluer dans le cadre de l'indexation des cotisations prévues au contrat santé. De même, la cotisation est susceptible d'être révisée à l'occasion d'un renouvellement annuel du contrat en fonction des résultats et de l'équilibre technique du contrat ou de la gamme. Les cotisations exprimées en pourcentage du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) évolueront chaque année en fonction de l'évolution de ce plafond.

La tarification est établie sur la base **des informations transmises par le souscripteur**.

Garantie souscrite Cahier des charges option 1			
Structure	Montant en % du PMSS ou en € ⁽¹⁾	Cotisation appelée auprès du salarié	Inclus
Isolé	0,323 %	Mensuel à échoir Par prélèvement	CMU : 6.27% TCA : 7.00% Frais de gestion : 10% Médecin : 0.8 %
Isolé + 1 enfant	0,538 %		
Couple	0,624 %		
Enfant	0,979 %		
Structure particulière de l'appel de cotisation du régime de base			
La cotisation du salarié au régime de base		est appelée directement auprès du salarié	
La cotisation des ayants droits au régime de base		est appelée directement auprès du salarié	

⁽¹⁾ Les cotisations exprimées en % du PMSS évoluent chaque année en fonction de la revalorisation du PMSS. Les cotisations exprimées en € sont susceptibles d'être revalorisées via lettre avenante.

Les bénéficiaires du présent régime sont les mêmes que ceux inscrits dans le cadre du contrat obligatoire d'entreprise, à savoir soit le salarié seul, soit l'ensemble des bénéficiaires affiliés. Les garanties prennent effet immédiatement si l'adhésion à l'option est simultanée à l'affiliation au régime de base. En cas d'adhésion ultérieure, elle prendra effet le 1er jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par la mutuelle.

L'option 1 est souscrite en complément de la base.

Cette option peut-être souscrite à l'affiliation, puis chaque premier janvier pour une durée minimale de 12 mois. En cas de résiliation de l'option (demandée avant le 31/10 de l'exercice pour le 1^{er} janvier suivant) la re-souscription de l'option sera impossible durant 24 mois.

Article 7 : Régime d'accueil

Les cotisations des retraités Loi EVIN respectent le décret du 21 mars 2017 relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Le décret fixe un plafonnement progressif des tarifs, échelonné sur trois ans. La première année qui fait suite à la sortie du contrat d'assurance collectif, il est prévu que les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La deuxième année, il est prévu que ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs. La troisième année qui suit la sortie du contrat d'assurance collectif, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Garantie souscrite Cahier des charges option 1			
Structure	Montant en % du PMSS ou en € ⁽¹⁾	Cotisation appelée auprès du salarié	Inclus
Isolé	0,527 %	Mensuel à échoir Par prélèvement	CMU : 6.27% TCA : 7.00% Frais de gestion : 10% Médecin : 0.8 %
Isolé + 1 enfant	0,850 %		
Couple	0,990 %		
Enfant	1,571 %		
Structure particulière de l'appel de cotisation du régime de base			
La cotisation du salarié au régime de base		est appelée directement auprès du salarié	
La cotisation des ayants droits au régime de base		est appelée directement auprès du salarié	

⁽¹⁾ Les cotisations exprimées en % du PMSS évoluent chaque année en fonction de la revalorisation du PMSS. Les cotisations exprimées en € sont susceptibles d'être revalorisées via lettre avenante.

Prestations limitées aux frais réels engagés : Cahier des charges spécifique Option(s) :

Cahier des charges option 1

Les garanties, prestations et services garantis sont annexés au présent contrat et n'engagent que l'assureur collectif du risque. Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et réglementation de l'Assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes. Elles sont présentées au tableau annexé aux Conditions Particulières et s'entendent **y compris les prestations de l'AMO**.

Lexique : SS = Sécurité Sociale ; FR = frais réels ; BR = base de remboursement ; TC = Tarif de convention sécurité sociale ; TM = ticket modérateur ; PMSS = plafond mensuel sécurité sociale ; AMO = Assurance Maladie Obligatoire.

CONDITIONS PARTICULIERES

Particularités des prestations

CCN : Enseignement privé indépendant

Particularités de l'Avenant si Avenant :

Particularités du contrat : Appel d'offre public

Option 1 responsable et facultative

Réservé au souscripteur	Réservé à la Mutuelle
Signature du Responsable légal (cachet)	Le Directeur Général
Fait à _____, le _____	
En signant ce contrat, le souscripteur reconnaît avoir pris connaissance des Conditions Générales, qui lui ont été remis au préalable par la mutuelle, et les approuve sans réserve.	

NB : Les Conditions Générales des contrats collectifs à adhésion obligatoire de la Mutuelle s'appliquent de plein droit pour les membres du groupe souscripteur ci-après, sauf dispositions dérogatoires précisées aux Conditions Particulières. Si le contrat n'est pas signé, paraphé à chaque page, et envoyé par l'entreprise dans les 60 jours suivants la date d'effet, la Mutuelle ne sera tenue d'aucun engagement et le contrat sera réputé nul et non avenue. La charge de la preuve de l'envoi du contrat signé dans un délai de 60 jours incombe au souscripteur.

CONDITIONS GÉNÉRALES

SANTÉ

Conditions Générales des contrats collectifs de la Mutuelle Entrenous

Régie par le Livre II du Code de la Mutualité – Immatriculée au répertoire Sirène sous le N° SIREN 309 244 648
Sujettes à avenants modificatifs et ou complémentaires, fonction de la réglementation en vigueur et de son évolution
Mise à jour : décembre 2021

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	6
ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT ET CADRE RÉGLEMENTAIRE	6
ARTICLE 2 : PRISE D'EFFET – DURÉE – RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	6
ARTICLE 3 : OBLIGATIONS DÉCLARATIVES ET D'INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR	6
ARTICLE 4 : AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT	7
ARTICLE 5 : CESSATION DE L’AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT	8
ARTICLE 6 : DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL	8
ARTICLE 7 : MAINTIEN DES GARANTIES	9
ARTICLE 8 : COTISATIONS	10
ARTICLE 9 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	11
ARTICLE 10 : FRAIS DE GESTION	12
ARTICLE 11 : RÉSILIATION DU CONTRAT	12
ARTICLE 12 : EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT	12
ARTICLE 13 : PRESCRIPTION	13
ARTICLE 14 : SUBROGATION LÉGALE – RECOURS CONTRE TIERS	13
ARTICLE 15 : RÉCLAMATION – MÉDIATION	13
ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	14
ARTICLE 17 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE	14
ARTICLE 18 : VALEUR CONTRACTUELLE	14
ARTICLE 19 : DÉLÉGATION DE GESTION	15
CHAPITRE 2 : DÉFINITION DES GARANTIES	15
ARTICLE 20 : GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	15
ARTICLE 21 : LIMITES ET PLAFONDS DE PRESTATIONS	19
ARTICLE 22 : EXCLUSIONS	20
ARTICLE 23 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET PLURALITÉ D’ASSUREURS	20
ARTICLE 24 : FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L’ÉTRANGER	20
ARTICLE 25 : ÉVOLUTION DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ET/OU DES NIVEAUX DES PRESTATIONS	21
ARTICLE 26 : AUTRES GARANTIES	21
CHAPITRE 3 – VERSEMENT DES PRESTATIONS	21
ARTICLE 27 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS	21
ARTICLE 28 : DÉCHÉANCE DU DROIT AUX PRESTATIONS	22
ARTICLE 29 : TÉLÉTRANSMISSION	22
ARTICLE 30 : TIERS PAYANT	22
ARTICLE 31 : MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE	22
ARTICLE 32 : PRESTATIONS INDUES	22
ARTICLE 33 : CONTRÔLE MÉDICAL	23

LEXIQUE

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

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

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

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

Le présent contrat intègre le dispositif du 100% SANTÉ.

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La preuve de la cause accidentelle incombe à l'Assuré.

Actes Hors Nomenclature : Actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Affiliation : Lien contractuel entre la Mutuelle et le Membre participant et/ou ses Ayants droit.

Assiette des remboursements :

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) :** Représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale (appelé également Tarif de responsabilité).
- **Honoraire limite de facturation (HLF) :** Correspond au montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné, en particulier pour certains actes prothétiques dentaires.
- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) :** Ce montant est égal à la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.
- **Prix limite de vente (PLV) :** Correspond au montant maximum de vente, fixé réglementairement et s'appliquant aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale, que les professionnels de santé sont tenus de respecter.
- **Ticket modérateur (TM) :** Correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) et le Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Assuré : Personne physique sur laquelle pèse le Risque ; il peut s'agir du Membre participant et/ou le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants droit.

Ayants droit :

- Le Conjoint du Membre participant ;
- Les enfants à charge du Membre participant entendus comme les enfants fiscalement à charge du Membre participant ou de son Conjoint :
 - âgés de moins de 21 ans (sans justificatif) ;
 - âgés de moins de 25 ans, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation et qu'ils soient au 1^{er} janvier de l'année en cours :
 - . s'ils poursuivent leurs études,
 - . ou sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits à ce titre au Pôle Emploi,
 - . ou sont sous contrat d'apprentissage,
 - . ou s'ils exercent une activité rémunérée leur procurant un revenu inférieur au RSA mensuel.
 - quel que soit leur âge, s'ils sont atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, à condition que l'état d'invalidité soit survenu avant leur 18^{ème} anniversaire.

Bulletin d'affiliation : Document destiné au Membre participant de nature à permettre son Affiliation à la Mutuelle et au contrat ainsi que le cas échéant, l'Affiliation de ses Ayants droit.

Bénéficiaire : Personne qui recevra la Prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du Risque garanti par le présent contrat.

Conjoint : Conjoint du Membre participant légalement marié, non séparé de corps judiciairement à la date de l'événement donnant lieu au versement d'une Prestation. À défaut, est assimilé au Conjoint le partenaire lié au Membre participant par un PACS conformément à l'article 515-1 du Code civil ou le concubin sous réserve que le Membre participant et son concubin soient tous deux libres de tout engagement, que leur domicile fiscal soit identique et que le concubinage soit établi de façon notoire.

Déclaration sociale nominative (DSN) : Système de transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et de signalements d'événements visant à remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles adressées par les employeurs entrant dans son périmètre d'application, à des administrations et des organismes de protection sociale.

Dépassement d'honoraires : Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Forfait : Prestation dont le montant fixe est déterminé à l'avance indépendamment des frais réellement supportés par l'Assuré.

Forfait journalier : Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Garantie : Engagement de la Mutuelle de verser une Prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, ses Ayants droit sont victimes d'un Sinistre.

Membre participant : Salarié du Souscripteur appartenant à la ou l'une des catégorie(s) de personnel définie(s) aux Conditions Particulières du contrat, bénéficiant des Prestations dudit contrat et qui, le cas échéant, en ouvre le droit à ses Ayants droit.

Mutuelle : Mutuelle ENTRENOUS, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 309 244 648, dont le siège social est situé 27 allée Albert Sylvestre – Oméga polygone IV – 73000 CHAMBERY.

Nomenclature : Référentiel définissant les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement. Les principales nomenclatures sont les suivantes :

- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes réalisés par les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes cliniques des médecins (consultations, visites) ;
- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes techniques médicaux et paramédicaux (actes de chirurgie, anesthésie, etc.) et pour les actes dentaires ;
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les actes de biologie médicale ;
- la Liste des Produits et Prestations (LPP) pour les biens médicaux hors médicaments (appareillage, etc...) ;
- les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) pour les soins hospitaliers.

Notice d'information : Document précisant les Garanties du contrat assorties des exclusions ainsi que les obligations de l'Assuré.

OPTAM et OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée chirurgie et obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAMTS et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de garanties, la mention « OPTAM et OPTAM-CO » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « NON OPTAM et OPTAM-CO » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO. La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO est consultable sur le site internet : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

PACS : Sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Parcours de soins : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonnés une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention,
 - consulte un autre médecin, appelé « médecin correspondant », auquel elle a été adressée par son médecin traitant.
- Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant. De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé. Lorsqu'une personne est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, l'assurance maladie complémentaire ne prend pas en charge la différence.

Plafond : Montant maximum de Prestation dont le montant dépend des frais réellement supportés par l'Assuré.

Plafond de la Sécurité sociale : Montant maximum des rémunérations ou des gains à prendre en compte pour le calcul de certaines cotisations sociales, prévu aux articles L.241-3, R.242-1 et D.241-16 et suivants du Code de la sécurité sociale et modifié chaque année par arrêté. Dans le cadre du contrat, il peut également correspondre au montant de référence servant de base de calcul aux cotisations et/ou au montant maximal de certaines Prestations.

Prestation : Exécution de la Garantie par la Mutuelle.

Régime Obligatoire (RO) : Système de protection sociale auquel une personne résidant en France est obligatoirement affiliée et qui couvre tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Risque : Événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Membre participant ou du Bénéficiaire. Dans le cadre du présent contrat, le Risque assuré est celui des frais de soins de santé.

Sinistre : Correspond à la réalisation du Risque.

Souscripteur : Entreprise ou personne morale souscriptrice du contrat auprès de la Mutuelle et désignée aux Conditions Particulières.

Tiers payant : Système de paiement qui évite aux Assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou par la Mutuelle pour les soins ou produits qu'ils délivrent.

CONDITIONS GENERALES

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT ET CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le présent contrat est un contrat collectif obligatoire régi par les dispositions du Code de la mutualité dans le cadre des dispositions du titre I du Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

Il est constitué des présentes Conditions Générales qui fixent le cadre général d'assurance et des Conditions Particulières propres au Souscripteur.

Ainsi, pour tous les aspects ne faisant pas l'objet d'une dérogation ou d'un aménagement prévu aux Conditions Particulières, il sera fait application des présentes Conditions Générales.

Les dispositions du présent contrat déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des Garanties frais de santé au profit des salariés ou anciens salariés du Souscripteur, relevant de la ou l'une des catégories de personnel visées aux Conditions Particulières et le cas échéant de leurs Ayants droit et ce, dans le respect des principes mutualistes définis aux articles L.114-1 et L.221-2 du Code de la Mutualité.

Le contrat respecte l'ensemble des conditions posées par les pouvoirs publics pour répondre aux définitions de « contrat solidaire » et de « contrat responsable ».

Les Garanties prévues dans le cadre du présent contrat sont donc susceptibles d'évoluer en fonction des règles relatives aux dits « contrats solidaires et responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et ses textes d'application existants et à venir et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux accordés à ce type de contrats.

Le contrat permet également au Souscripteur de satisfaire à ses obligations relatives à la couverture complémentaire santé de ses salariés telles qu'instaurées par la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

ARTICLE 2 : PRISE D'EFFET – DURÉE – RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours.

Il est ensuite renouvelé chaque année à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation effectuée par l'une ou l'autre des parties, dans les conditions définies à l'article « RESILIATION DU CONTRAT ».

ARTICLE 3 : OBLIGATIONS DÉCLARATIVES ET D'INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

3.1 À l'égard de la Mutuelle

Le Souscripteur s'engage à affilier au présent contrat l'ensemble de ses salariés présents ou futurs appartenant à

la ou l'une des catégorie(s) de personnel définie(s) aux Conditions Particulières.

Il s'engage à ce titre à communiquer à la Mutuelle les informations suivantes :

▪ Lors de la souscription du contrat

- Une liste de l'ensemble des salariés appartenant à la ou l'une des catégorie(s) de personnel visée(s) aux Conditions Particulières à la date d'effet du contrat, certifiée conforme et précisant les nom, prénom(s), date de naissance, numéro de Sécurité sociale de chacun d'entre eux, ainsi que leur domicile pour l'établissement des cartes mutualistes permettant la mise en œuvre du bénéfice du Tiers payant auprès des professionnels de santé.
- Le cas échéant, la liste des salariés ayant usé d'un cas de dispense d'Affiliation visé par l'acte juridique prévu à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives.
- Si les données nécessaires à l'Affiliation des Membres participants et à l'enregistrement des Garanties ne sont pas transmises par la DSN, le Bulletin d'affiliation dûment rempli par chaque Membre participant, accompagné d'une attestation justifiant de son affiliation à l'Assurance Maladie, mentionnant les Bénéficiaires ; et toute pièce justificative indiquant leur qualité d'Ayants droit du Membre participant dans les conditions prévues au titre du présent contrat (justificatif de concubinage, de Pacs, certificat de scolarité, contrat d'apprentissage ou de formation en alternance, etc.). Un relevé d'identité bancaire sera également joint.
- Une liste des anciens salariés bénéficiant à la date d'effet du contrat du maintien de leurs garanties frais de santé au titre de la portabilité des droits ou, le cas échéant, un justificatif attestant que ceux-ci demeurent couverts par l'ancien organisme assureur.

▪ En cours de contrat

- L'entrée de tout nouveau salarié à l'effectif de l'entreprise relevant de la ou les catégorie(s) de personnel visée(s) au contrat, accompagnée du Bulletin d'affiliation et des pièces indiquées ci-dessus, si les données nécessaires à l'Affiliation ne sont pas transmises par la DSN.
- En cas de modification d'adresse, de situation familiale (mariages, concubinages ou pacs, naissances, sorties d'enfants du contrat, décès, etc.), un état nominatif ou un bulletin modificatif avec justificatifs. Les pièces demandées ci-dessus seront adressées directement par le Membre participant à la Mutuelle ou subsidiairement par le Souscripteur s'il a eu connaissance de l'information.
- La déclaration de tout salarié dont le contrat de travail est suspendu et qui ne pourrait pas bénéficier du maintien de son Affiliation au titre du présent contrat en application des dispositions de l'article « DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL ».
- La déclaration de tout salarié quittant l'effectif de l'entreprise notamment suite à une démission, une rupture conventionnelle, un licenciement ou un départ en retraite.

- Avant chaque 31 janvier de chaque année, un état récapitulatif du personnel garanti, comportant les informations demandées à la souscription.

Le Souscripteur atteste sur l'honneur la sincérité des indications contenues dans les états transmis à la Mutuelle. Un recoupement sera fait également régulièrement avec la Déclaration Sociale Nominative (DSN).

3.2 À l'égard des Membres participants

Le Souscripteur reconnaît avoir été informé par la Mutuelle des obligations qui lui incombent en vertu des dispositions de l'article 12 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, en sa qualité de souscripteur d'un contrat de prévoyance collective.

Pour ce faire, la Mutuelle établit une notice qui définit les Garanties prévues au contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du Risque. Elle précise le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, ou des exclusions ou limitations de Garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre la notice d'information et les statuts de la Mutuelle à chaque Membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Membres participants, le Souscripteur est également tenu d'informer chaque Membre participant en lui remettant une nouvelle notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise de la notice d'information, des statuts et de l'information relative aux éventuelles modifications contractuelles à l'égard des Membres participants incombe au Souscripteur.

ARTICLE 4 : AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

4.1 Conditions d'Affiliation des Membres participants

Le présent contrat entraîne l'Affiliation, à titre obligatoire, de chaque salarié ou membre du personnel du Souscripteur, appartenant à la ou l'une des catégorie(s) de personnel définie(s) aux Conditions Particulières sous réserve :

- qu'il remplisse les conditions éventuellement fixées par l'acte juridique instituant le régime de protection sociale complémentaire au sein de l'entreprise,
- des dispenses d'Affiliation visées dans ledit acte en conformité avec les dispositions de l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité sociale.

Sans remettre en cause le caractère collectif et obligatoire du contrat, l'acte juridique prévu à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives peut en effet prévoir des dispenses d'affiliation visées par le Code de la Sécurité Sociale et explicitées le cas échéant par circulaire. Dispenses qui diffèrent selon les modalités de mise en place et qui, pour s'appliquer, doivent être expressément prévues aux Conditions Particulières.

À noter que concernant la couverture des salariés en couple au sein de l'entreprise, ces derniers peuvent choisir d'être chacun affilié distinctement, ou bien conserver l'Affiliation pour un seul d'entre eux, l'autre salarié acquérant alors le statut d'Ayant droit du premier pour le bénéfice des Garanties offertes par le présent contrat. Dans la seconde hypothèse, les salariés concernés devront justifier de leur statut de couple (mariés, pacsés, concubins) et désigneront le salarié adoptant la qualité de Membre

participant au titre du présent contrat et celui prenant le statut d'Ayant droit.

Les dispenses ne produiront leurs effets que sous réserve d'une demande écrite du salarié complétée des justificatifs nécessaires auprès de son employeur.

Les dispenses autorisées dans le cadre du présent contrat sont précisées aux Conditions Particulières.

Tout cas de dispense non visé dans l'acte fondateur ayant mis en place le régime ne pourra en aucun cas être invoqué.

4.2 Modalités d'Affiliation des Membres participants

L'Affiliation ne peut produire ses effets que dans la mesure où chaque Membre participant renseigne intégralement et signe, soit lors de la souscription du présent contrat, soit lors de son entrée en fonction, le Bulletin d'affiliation dans lequel il précise notamment son état civil, ainsi que le cas échéant celui de ses Ayants droit.

Le Membre participant doit joindre avec le Bulletin d'affiliation :

- la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale,
- un relevé d'identité bancaire, avec un mandat SEPA en cas d'affiliation facultative des Ayants droit,
- ainsi que le cas échéant, la photocopie de l'attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale pour les Ayants droit lorsque ceux-ci sont eux-mêmes assurés sociaux.

La Mutuelle pourra demander pour les Ayants droit :

- s'agissant du Conjoint marié : la copie du livret de famille,
- s'agissant d'un concubin : un justificatif fiscal de domicile commun,
- s'agissant d'une personne liée au Membre participant par un Pacte civil de solidarité : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- s'agissant des enfants à charge de plus de 21 ans et de moins de 25 ans : un justificatif de scolarité, un certificat d'apprentissage, une copie du contrat de formation en alternance ou une copie du certificat d'inscription à Pôle Emploi,
- s'agissant des enfants handicapés : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou une copie de la carte d'invalidité.

Les pièces visées ci-dessus exigées pour les enfants assurés sociaux sont à renouveler annuellement.

La Mutuelle se réserve en outre le droit, à tout moment, de demander au Membre participant toutes autres pièces justificatives justifiant du statut d'Ayant droit des personnes déclarées comme tel sur le Bulletin d'affiliation.

4.3 Date d'effet de l'Affiliation des Membres participants

L'Affiliation du Membre participant prend effet :

- À la date de prise d'effet du contrat, lorsque celui-ci appartient à cette date à la ou l'une des catégorie(s) de personnel mentionnée au Conditions particulières, sauf en cas de dispense ;
- Ou au 1^{er} jour du mois suivant la date d'embauche ou de transfert dans la ou l'une des catégorie(s) de personnel si celle-ci est postérieure à la date d'effet du contrat ;

- Ou au 1^{er} jour du mois suivant la date de reprise en cas de suspension du contrat de travail sans maintien de la Garantie conformément aux dispositions prévues dans le cadre du présent contrat ;
- Ou au 1^{er} jour du mois suivant la date à laquelle la dispense d’Affiliation dont bénéficiait le salarié finit de produire ses effets.

4.4 Modalités d’Affiliation des Ayants droit

Sous réserve des dispositions prévues dans l’acte juridique prévu à l’article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives, l’Affiliation des Ayants droit est soit obligatoire, soit facultative selon le choix opéré par le Souscripteur mentionné aux Conditions Particulières.

Quelle que soit la nature de la couverture des Ayants droit, le Membre participant doit procéder à la déclaration de ces ceux-ci auprès de la Mutuelle et apporter les pièces justifiant de sa situation et de celles de ses Ayants droit.

Lorsque la couverture des Ayants droit est obligatoire, la déclaration de ceux-ci s’effectue au moment de l’Affiliation du Membre participant. Toutefois, postérieurement à celle-ci, la Mutuelle accepte la modification des Ayants droit uniquement en cas d’évolution de la situation familiale du Membre participant (naissance, mariage, décès, séparation,...).

Lorsque la couverture des Ayants droit est facultative, le Membre participant peut déclarer à la Mutuelle les Ayants droits qu’il souhaite voir affilier au contrat soit à l’occasion de son Affiliation, soit postérieurement à celle-ci.

L’Affiliation des Ayants droit est dans tous les cas indissociable et indivisible de celles du Membre participant.

4.5 Date d’effet de l’Affiliation des Ayants droit

- La Garantie est immédiate, pour les Ayants droit, si leur Affiliation a lieu en même temps que celle du Membre participant.
- En cas de mariage, de naissance ou d’adoption d’un enfant postérieurement à l’Affiliation du Membre participant, la Garantie prend effet, pour l’intéressé, dès la date de l’événement en question si la demande est reçue dans les deux mois qui suivent l’événement.
- En cas d’Affiliation éventuelle d’un ayant droit supplémentaire, la garantie prend effet au bénéfice de ce dernier le 1^{er} du mois en cours si la demande parvient à la Mutuelle avant le 15 du mois ou le 1^{er} du mois suivant si la demande parvient après le 15 du mois. Toutefois, les nouveaux nés sont garantis dès le jour de leur naissance dès lors que la demande d’Affiliation est adressée à la Mutuelle dans les deux mois suivant la naissance. Les pièces doivent être impérativement communiquées dans les deux mois suivant la réalisation de l’événement.

ARTICLE 5 : CESSATION DE L’AFFILIATION DES MEMBRES PARTICIPANTS ET DE LEURS AYANTS DROIT

5.1 Cessation de l’Affiliation des Membres participants

L’Affiliation du Membre participant cesse de plein droit à l’expiration du mois en cours en cas de :

- Sortie des effectifs de l’entreprise, sous réserve des dispositions applicables ouvrant droit à un maintien des Garanties ;

- Mutation ou transfert dans une catégorie de personnel autre que celle figurant aux Conditions Particulières.

Dans ces situations, la cotisation est due pour le mois entier quelle que soit la date de cessation de l’Affiliation au cours du mois.

L’Adhésion est également résiliée de plein droit en cas de décès du Membre participant. Une copie de l’acte de décès doit être transmise à la Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte. Les cotisations déjà versées donneront lieu à remboursement prorata temporis, à compter de la date du décès.

En tout état de cause, l’Affiliation du Membre participant cesse et met fin au bénéfice des Garanties en cas de résiliation ou de non renouvellement du présent contrat.

Toute carte de Tiers payant délivrée au Membre participant, en cours de validité après la date d’effet de la cessation de son Affiliation, doit impérativement être restituée à la Mutuelle.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d’effet de la cessation de l’Affiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d’ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

5.2 Cessation de l’Affiliation des Ayants droit

L’Affiliation des Ayants droit prend fin en cas de cessation de l’Affiliation du Membre participant.

Elle cesse également :

- à la date à laquelle les Ayants droit ne remplissent plus les conditions pour bénéficier de la qualité d’Ayant droit ;
- pour les cas d’Affiliation facultative, au 31 décembre de l’année au cours de laquelle le Membre participant demande la résiliation de l’Ayant droit, sous réserve que la demande soit notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, [avec accusé de réception,] dans le respect d’un délai de préavis de deux mois ;
- au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation de l’Ayant droit justifiant par la suite d’une couverture à titre obligatoire et à condition que l’acte mettant en place cette couverture le prévoit.

ARTICLE 6 : DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

6.1 Maintien des Garanties en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Le bénéfice des Garanties est maintenu au Membre participant dont le contrat est suspendu, ainsi que, le cas échéant, à ses Ayants droit, moyennant le paiement des cotisations, pendant toute la période au titre de laquelle il bénéficie :

- soit d’un maintien, total ou partiel, de salaire,
- soit d’indemnités journalières complémentaires (y compris rente d’invalidité) financées au moins pour partie par le Souscripteur, qu’elles soient versées directement par lui ou pour son compte par l’intermédiaire d’un tiers,
- soit d’un revenu de remplacement versé par le Souscripteur. Tel est le cas notamment des périodes au cours desquelles le Membre participant est placé en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l’activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par le Souscripteur (reclassement, mobilité...).

6.2 Maintien des Garanties en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à un maintien de salaire ou à la perception d'indemnités complémentaires ou d'un revenu de remplacement dans les conditions fixées ci-avant, les Garanties sont suspendues dès le 1^{er} jour de la suspension du contrat de travail.

Les Garanties peuvent toutefois être maintenues au Membre participant dont le contrat de travail est suspendu sans rémunération ni indemnisation, quelle qu'en soit la cause, sous réserve qu'il en fasse la demande auprès de la Mutuelle par courrier dans le mois qui précède la suspension de son contrat de travail.

Dans ce cas, la cotisation prévue est celle prévue pour le personnel en activité et est à la charge exclusive de l'intéressé, part patronale comprise. Elle est appelée directement auprès du Membre participant et est payable mensuellement par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal.

À défaut de paiement de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, les Garanties sont suspendues trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par la Mutuelle au Membre participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de son Affiliation jusqu'au terme de la suspension de son contrat de travail.

La résiliation de l'Affiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Le maintien des Garanties au titre des présentes dispositions cesse à la date de fin de la période de suspension du contrat de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation ou de non renouvellement du présent contrat.

ARTICLE 7 : MAINTIEN DES GARANTIES

7.1 Maintien des Garanties frais de santé au titre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989

Selon la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Évin », modifiée par la loi n° 94-678 du 8 août 1994 art. 14 III (JORF 10 août 1994), le contrat prévoit le maintien du niveau de Garantie sans limitation de durée :

- Au profit des anciens 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 de leur contrat de travail, ou suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien des Garanties ;
- Au profit des personnes garanties du chef du Membre participant 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.

En cas d'élargissement des bénéficiaires suite à une évolution législative et réglementaire les conditions générales intégreront légitimement ces modifications subordonnées.

La Garantie prend effet au lendemain de la demande. Le tarif applicable est encadré par disposition réglementaire et législative et il est repris dans les conditions particulières. Le tarif sera intégralement payé par ce dernier, selon l'article 1 du décret 90-769 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Les changements interviendront le 1^{er} jour du mois qui suit la sortie d'entreprise sauf en cas de recours à la portabilité et dans ce cas, les changements seront reportés à la fin de la période de portabilité.

7.2 Portabilité : Maintien des Garanties en cas de rupture du contrat de travail donnant lieu à indemnisation par le régime d'assurance chômage

Conformément à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, les salariés garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité bénéficient du maintien à titre gratuit de cette couverture en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

1. Le maintien des Garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période de droit à l'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.
2. Le bénéfice du maintien des Garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.
3. Les Garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.
4. Le maintien des Garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.
5. L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des Garanties, des conditions prévues à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale.
6. L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

L'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale est applicable dans les mêmes conditions aux Ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des Garanties mentionnées au premier alinéa à la date de la cessation du contrat de travail.

L'employeur doit signaler le maintien de plein droit de ces Garanties dans le certificat de travail et informer l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail.

Pour bénéficier des Garanties entrant dans le cadre de la portabilité, le salarié ayant produit les justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage, demeurera Membre participant au contrat collectif à l'origine du maintien des Garanties à l'issue de la rupture de son contrat de travail. Le défaut de production par l'ancien salarié des justificatifs de droit à l'assurance chômage a

pour conséquence l'absence de maintien des Garanties offertes par les contrats collectifs au titre de la portabilité ; cette absence a les effets d'une suspension et l'ancien salarié se verra rétabli dans ses droits dès régularisation de sa situation et justification de ses droits à l'assurance chômage. Tout usage de l'une ou l'autre des cartes de Tiers payant détenues par le salarié utilisées par ce dernier à l'expiration des droits au titre de la portabilité, donnera lieu à recouvrement par la Mutuelle.

Il est expressément convenu que pour l'application de la portabilité des Garanties telle que visée au titre de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, sont visées à la date de la rupture les garanties existantes telles que bénéficiant aux actifs. Que le salarié soit souscripteur du contrat cadre d'origine ou d'un contrat collectif de substitution, les garanties dont il bénéficie suivront l'évolution des garanties offertes au titre du contrat collectif d'origine. L'ancien salarié devra justifier auprès de l'assureur du respect des conditions d'éligibilités en fournissant un justificatif émanant de Pôle Emploi confirmant l'ouverture de la prise en charge par le régime d'assurance chômage ainsi que le montant des indemnités journalières et la durée des droits acquis ; en cas de reprise d'une activité permettant au salarié d'acquies de nouveaux droits, tout justificatif afférent à la reprise d'emploi.

Cessation du maintien des Garanties

Le droit au maintien des Garanties cesse :

- À la date à laquelle le Membre participant ne perçoit plus d'allocations au titre de l'assurance chômage, à l'exception des cas où le service de l'allocation chômage est interrompu en raison du versement par la Sécurité sociale des prestations en espèce, notamment pour maladie, maternité ou invalidité ;
- À la date de reprise d'une activité professionnelle que celle-ci donne droit ou non à des garanties de prévoyance, dès lors qu'elle met fin au droit à indemnisation du régime d'assurance chômage ;
- À la date de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire d'assurance vieillesse ;
- À la date du décès du Membre participant.

Le droit au maintien des Garanties cesse également en cas de non renouvellement ou de résiliation du présent contrat.

Information du Membre participant

Durant la période de portabilité des droits, le Souscripteur s'engage à informer chaque Membre participant bénéficiaire de la portabilité des droits de toute modification de Garanties qui interviendrait au titre du contrat.

7.3 Articulation de la portabilité avec l'article 4 de la loi Evin

Le Membre participant peut, sous réserve de respecter les conditions prévues pour les salariés en activité, bénéficier des dispositions de l'article 4 de la loi Evin telles que prévues au paragraphe « Maintien des Garanties frais de santé au titre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 » dans les conditions qui suivent :

- La Mutuelle adresse une proposition de maintien de la couverture aux anciens Membres participants au plus tard deux mois à compter de la fin de la période du maintien des Garanties au titre de la portabilité ;
- Au terme de la durée de la portabilité, le Membre participant peut solliciter de la Mutuelle, au titre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 le maintien

des Garanties du contrat sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle il a bénéficié à titre temporaire du maintien des Garanties.

Les Garanties prennent effet au plus tard le lendemain de la demande.

ARTICLE 8 : COTISATIONS

La tarification du contrat est établie sur la base de la législation de l'Assurance Maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. La tarification sera revue sans délai en cas de changement de ces textes. Les parties signataires pourront également convenir d'une révision des garanties, en tout ou partie, à cette occasion.

8.1 Choix de la structure des cotisations

Le Souscripteur a le choix entre les structures de cotisations suivantes :

- La structure de cotisations « Taux Unique FAMILLE » permet de garantir le Membre participant et l'ensemble de ses Ayants droits affiliés au contrat.
Dans ce cas, l'Affiliation des Ayants droit est obligatoire.

- La structure de cotisations « ISOLE / FAMILLE » permet de garantir dans le cadre de la :
 - ✓ Cotisation « Isolé » : le Membre participant.
 - ✓ Cotisation « Famille » : le Membre participant ainsi que l'ensemble de ses Ayants droits affiliés au contrat.

Dans ce cas, l'Affiliation des Ayants droit est soit facultative, soit obligatoire. Lorsque l'Affiliation des Ayants droits est facultative, le Membre participant est libre de choisir les personnes répondant à la définition des Ayants droit qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des garanties du contrat.

- La structure de cotisations « ADULTE / ENFANT » permet de garantir dans le cadre de la :
 - ✓ Cotisation « Adulte » : le Membre participant ainsi que, le cas échéant, son Conjoint tel que défini au contrat.
 - ✓ Cotisation « Enfant » : l(es) enfant(s) à charge tel que défini au contrat.

Dans ce cas, l'Affiliation des Ayants droit est soit facultative, soit obligatoire. Lorsque l'Affiliation des Ayants droits est facultative, le Membre participant est libre de choisir les personnes répondant à la définition des Ayants droit qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des garanties du contrat.

- La structure de cotisations « ISOLE / DUO / FAMILLE » permet de garantir dans le cadre de la :
 - ✓ Cotisation « Isolé » : le Membre participant.
 - ✓ Cotisation « Duo » : le Membre participant, ainsi que son Conjoint ou un enfant à charge tel que défini au contrat.
 - ✓ Cotisation « Famille » : le Membre participant ainsi que l'ensemble de ses Ayants droits affiliés au contrat.

Dans ce cas, l'Affiliation des Ayants droit est soit facultative, soit obligatoire. Lorsque l'Affiliation des Ayants droits est facultative, le Membre participant est libre de choisir les personnes répondant à la définition des Ayants droit qu'il souhaite faire admettre au bénéfice des garanties du contrat.

8.2 Montant des cotisations

Il est déterminé en fonction des Garanties souscrites et selon l'effectif affilié dans la catégorie de personnel définie au contrat. À cet effet, le Souscripteur devra fournir à la Mutuelle tout document pouvant attester du nombre exact de salariés relevant de la catégorie définie au contrat, non seulement au moment de la souscription du contrat, mais aussi chaque année, afin de déterminer la tarification.

Les cotisations sont établies par année civile et sont révisables à chaque échéance annuelle du contrat. Elles font par principe l'objet d'un appel directement auprès du Souscripteur en fonction des périodes de paiement choisies au moment de la signature du contrat.

Elles peuvent toutefois faire l'objet d'un appel directement auprès du Membre participant dans les conditions prévues à l'article 6.2 des présentes Conditions Générales ou en cas d'absence de précompte par le Souscripteur des cotisations dues au titre des Ayants droits, en particulier lorsque l'affiliation de ces derniers est facultative dans le cadre du présent contrat.

Les montants, modalités de paiement et fréquence des cotisations et de leur appel sont précisés aux Conditions Particulières du présent contrat.

Pour les Membres participants dont l'Affiliation prend effet ou cesse en cours d'année, le montant des cotisations est calculé prorata temporis de leur durée d'appartenance à la catégorie de personnel visée aux Conditions Particulières.

Les cotisations ne varient pas en fonction du temps de travail (temps plein ou temps partiel).

Le délai maximum de règlement de la cotisation est d'un mois à compter de la date de réception des appels de cotisations.

8.3 Évolution et révision des cotisations

Les montants de cotisation sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année à effet du 1^{er} janvier et peuvent être modifiés en fonction des résultats techniques du contrat, de l'évolution de l'indice d'évolution des dépenses de santé du régime général de la Sécurité sociale hors hospitalisation et du Plafond de la Sécurité sociale.

Cette révision sera communiquée par la Mutuelle au Souscripteur pour une application au 1^{er} janvier de l'année suivante.

En cas de communication retardée du fait des parutions d'indices ou pour l'obtention des résultats techniques, la communication de l'indexation pourra donner lieu à régularisation rétroactive.

Les cotisations peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la Sécurité sociale, de celle relative à la fiscalité du contrat et aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des Garanties.

Les augmentations répercutées strictement de par l'évolution des taxes et impôts de droits se feront sans obligation de formalisme écrit. En revanche, les modifications de cotisations sont formalisées par avenant au contrat dans les autres cas.

Les parties se réuniront au moins une fois par an afin que soient présentés les résultats techniques et financiers du régime.

8.4 Paiement et répartition des cotisations entre le Souscripteur et le Membre participant

La répartition des cotisations entre le Souscripteur et les Membres participants est fixée par l'acte juridique prévu à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale instituant ou modifiant les garanties collectives.

Toutefois, hors les cas précédemment visés à l'article 8.2, le Souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations vis-à-vis de la Mutuelle, y compris la part salariale qui est précomptée sur le salaire du Membre participant. À ce titre, il procède lui-même à leur calcul et à leur versement à la Mutuelle, aux différentes échéances prévues.

Les moyens de paiement sont établis par le Souscripteur sans toutefois pouvoir être effectués en espèces.

Chaque règlement doit être accompagné de l'appel de cotisation émis par la Mutuelle et éventuellement modifié par le Souscripteur, indiquant :

- L'effectif des Membres participants sur la période concernée ;
- Les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

La Mutuelle procède aux ajustements de cotisations éventuellement nécessaires, sur la base de la copie de la DSN communiquée par le Souscripteur à l'Administration fiscale.

Il n'y a pas d'exonération de cotisation pour les Membres participants en arrêt de travail. En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à un maintien partiel ou total du salaire ou à la perception d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le Souscripteur, la cotisation continue d'être due par ce dernier dans les mêmes conditions que pour le personnel en activité.

Par ailleurs, en cas de non-communication des éléments nécessaires au calcul des cotisations et notamment la DSN ou l'état nominatif annuel, les cotisations seront recouvrées sur la base d'un montant égal à 110% de celles qui étaient dues pour la période précédente.

ARTICLE 9 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

9.1 Défaut de paiement des cotisations en cas de précompte intégral des cotisations par le Souscripteur

Le Souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations.

À défaut de paiement de la cotisation, les Garanties sont suspendues trente jours après l'envoi au Souscripteur d'une mise en demeure restée sans effet, la résiliation du contrat intervenant quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Le Membre participant est informé à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent que le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

Passé le délai de quarante jours précité, la Mutuelle peut mettre en œuvre toute procédure contentieuse pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par le Souscripteur.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les dispositions susvisées ne s'appliquent pas lorsque la souscription du contrat résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel.

9.2 Défaut de paiement des cotisations en l'absence de précompte par le Souscripteur des cotisations dues au titre des Ayants droit

À défaut de paiement de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre en justice le recouvrement des sommes qui lui sont dues, les Garanties sont suspendues au profit des Ayants droit trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par la Mutuelle au Membre participant l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure, le défaut de paiement est susceptible d'entraîner la résiliation de l'Affiliation de ses Ayants droit.

La résiliation de l'Affiliation ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

ARTICLE 10 : FRAIS DE GESTION

Les frais de gestion inhérents au présent contrat sont précisés aux Conditions Particulières et sont communiqués au Souscripteur dans le respect des modalités prévues à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 11 : RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat ne peut être résilié que dans les cas et dans le respect des conditions définies ci-après.

11.1 Résiliation à l'initiative du Souscripteur

Le Souscripteur peut résilier le contrat soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit par le même mode de communication à distance que celui utilisé lors de la souscription du contrat, dans les conditions suivantes :

- au 31 décembre minuit de chaque année si la résiliation est notifiée à la Mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours.

- Conformément aux dispositions de l'article L.221-10-2 du Code de la mutualité, après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, auquel cas la résiliation du contrat prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification. Si cette résiliation émane d'un autre organisme assureur, la notification doit être effectuée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique et être accompagnée du mandat donné par le Souscripteur à cet autre organisme d'effectuer pour son compte les formalités de résiliation auprès de la Mutuelle.

La Mutuelle confirme par écrit au Souscripteur la réception de la notification.

Lorsque la résiliation du contrat intervient dans les conditions de l'article L.221-10-2

du Code de la mutualité telles que visées ci-avant, la Mutuelle communique au Souscripteur un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la résiliation et de son droit à être remboursé du solde des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'est plus couvert dans le délai de trente (30) jours à compter de cette date.

11.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

11.2.1 Résiliation à échéance

La Mutuelle peut résilier le contrat au 31 décembre à minuit de l'année en cours. Elle est signifiée au Souscripteur par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile.

La Mutuelle peut également mettre fin au contrat en cas de non-paiement des cotisations par le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article « DEF AUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

11.2.2 Résiliation en cas de manquement du Souscripteur à ses obligations déclaratives

En cas de manquement du Souscripteur à l'une de ses obligations déclaratives, le contrat sera résilié de plein droit dans les 15 jours ouvrables après la réception d'une mise en demeure d'avoir à s'exécuter en tout ou partie, restée sans effet. La mise en demeure peut être notifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou tout acte extrajudiciaire.

11.2.3 Résiliation en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur ou d'un Membre participant susceptible de changer l'objet du Risque ou d'en diminuer l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur ou par un Membre participant a été sans influence sur la réalisation du Risque, le contrat sera résilié de plein droit sans préjudice, pour la Mutuelle, de la possibilité de se prévaloir de la nullité du contrat.

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 et sans préjudice des poursuites à engager contre le souscripteur pour le recouvrement des prestations indûment payées.

Les dispositions susvisées ne s'appliquent pas lorsque la souscription du contrat résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou dans un accord professionnel ou interprofessionnel.

11.2.4 Redressement, liquidation judiciaire ou procédure de sauvegarde du Souscripteur

En cas de redressement, de liquidation judiciaire ou de procédure de sauvegarde du Souscripteur, la Garantie subsiste.

La résiliation du contrat pourra toutefois être décidée par la Mutuelle dans un délai d'un mois suivant la mise en demeure adressée au mandataire judiciaire et en cas de silence de celui-ci sur la poursuite du contrat collectif. La portion de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le Risque est restituée au débiteur.

ARTICLE 12 : EFFET DE LA RÉSILIATION OU DU NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

12.1 À l'égard du Souscripteur

En cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat, le Souscripteur n'a aucun droit à faire valoir sur le patrimoine de la Mutuelle et sur ses différents fonds de réserve.

Le Souscripteur reste tenu de payer l'intégralité des cotisations dues, des intérêts de retard et des différents frais y afférents.

Après résiliation du contrat, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel ne constituera qu'une régularisation du compte entre les parties et ne pourra, sauf demande expresse du Souscripteur acceptée par courrier de la Mutuelle, constituer une remise en vigueur tacite des Garanties.

12.2 À l'égard des membres participants et de leurs Ayants droits

La résiliation ou le non renouvellement du contrat met fin aux Garanties.

Les demandes de remboursement de soins adressées à la Mutuelle après la fin des Garanties seront toutefois prises en compte à la condition que la date des soins soit antérieure à la date de fin de couverture et sous réserve des dispositions des présentes Conditions Générales relatives à l'ouverture du droit aux Prestations.

ARTICLE 13 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'application du présent contrat sont prescrites après un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte sur le Risque couru, du fait du Souscripteur ou du Membre participant, 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 du Souscripteur ou des Bénéficiaires contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court qu'à partir du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le Souscripteur ou les Bénéficiaires concernés ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les Prestations d'obsèques et/ou de naissance, 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 droit commun que sont :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil) ;**
- **La demande en justice, même en référé, et également lorsque celle-ci est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;**
- **Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil).**

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts suite à la réalisation d'un Risque.

L'interruption de la prescription peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Membre participant ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

ARTICLE 14 : SUBROGATION LÉGALE – RECOURS CONTRE TIERS

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions du Membre participant ou de ses Ayants droit victimes d'un Accident ou d'une maladie contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la Prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'Accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre participant ou ses Ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout Accident dont ils sont victimes.

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

ARTICLE 15 : RÉCLAMATION – MÉDIATION

Est traitée en réclamation, toute déclaration actant le mécontentement du Souscripteur, d'un Membre participant ou d'un Ayant droit envers la Mutuelle. La réclamation peut être formulée par oral, par téléphone ou par écrit, la preuve demeurant à la charge du Souscripteur, du Membre participant ou de l'Ayant droit émetteur de la réclamation.

Toute demande de service, de prestation, d'information, de clarification ou d'avis n'est pas une réclamation, mais une demande de renseignement complémentaire.

En cas de désaccord sur cette demande, une réclamation peut alors être formulée en reproduisant les références du dossier accompagné des pièces justificatives et en exposant précisément les attentes auprès du service ci-après :

Mutuelle Entrenous – Service Réclamations
27 Allée Albert Sylvestre – Oméga Polygone IV
73000 CHAMBERY

La Mutuelle accuse réception de cette réclamation dans un délai de dix jours suivant sa réception, sauf si durant ce même délai elle est en mesure d'apporter une réponse au Membre participant. Par ailleurs, elle dispose d'un délai de

deux mois pour répondre à la réclamation envoyée par le Membre participant.

En cas d'absence de réponse de la Mutuelle dans ce délai, ou si la réponse de la Mutuelle ne le satisfait pas, le Souscripteur, le Membre participant ou l'Ayant droit peut saisir le Médiateur de la consommation par voie postale à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la consommation
de la Mutualité Française**
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS CEDEX 15

Ou par voie électronique sur le site internet du Médiateur : www.mediateur-mutualite.fr.

Le règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est disponible sur le site du médiateur.

Le Médiateur de la Mutualité Française rend une solution motivée au plus tard dans les 90 jours suivant la réception du dossier complet.

La demande de médiation doit être formulée dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la Mutuelle, à condition que le Souscripteur, le Membre participant ou l'Ayant droit n'ait pas saisi les tribunaux.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas en outre des droits de ces derniers et de ceux de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

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

ARTICLE 16 : PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La Mutuelle ENTRENOUS est responsable du traitement. Son adresse est 27 Allée Albert Sylvestre 73000 Chambéry.

Les informations nominatives concernant le Membre Participant ainsi que ses Ayants droit recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé fondé sur l'exécution des mesures précontractuelles, contractuelles, et, le cas échéant, sur le consentement de l'Assuré afin de :

- gérer l'Affiliation du Membre participant et de ses Ayants droit,
- interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle,
- leur proposer des garanties complémentaires à titre individuel.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion du contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude et plus généralement la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de prévenir, de détecter ou de gérer des opérations, actes ou omissions à risques, et pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

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

Les données sont exclusivement communiquées aux différents services de la Mutuelle, et le cas échéant, à ses

mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par le présent contrat.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder dix (10) années.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 et au Règlement (UE) 2016/679 général sur la protection des données (RGPD), le Membre participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'interrogation, d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification, d'effacement, et de définir des directives relatives au traitement de ses données à caractère personnel après son décès. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données personnelles de la Mutuelle en adressant un courrier à l'adresse suivante :

Mutuelle Entre nous – DPO
27 Allée Albert Sylvestre – Omega Polygone IV
73000 Chambéry

Vous pouvez également adresser une réclamation concernant le traitement de vos données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 place de Fontenoy, TSA 80175, 75334 PARIS CEDEX 07.

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

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

Bloctel

Conformément aux articles L.223-1 et suivants du Code de la consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr.

ARTICLE 17 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 18 : VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant et constituent le contrat :

- Les présentes Conditions Générales et ses annexes ;
- Le contrat d'adhésion dûment complété, daté et signé par le Souscripteur et valant Conditions Particulières.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ce sont celles des Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles des présentes Conditions Générales n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat souscrit exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de la souscription.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

ARTICLE 19 : DÉLÉGATION DE GESTION

La Mutuelle se réserve le droit de déléguer à un centre de gestion professionnel tout ou partie de la gestion du contrat, auquel cas le nom et les coordonnées de ce centre seront précisées aux Conditions Particulières du contrat.

CHAPITRE 2 : DÉFINITION DES GARANTIES

ARTICLE 20 : GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

20.1 Objet des Garanties frais de santé

Les Garanties frais de santé ont pour objet d'assurer au Membre participant et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période d'ouverture du droit aux Prestations, en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie et de l'assurance maternité.

Les frais de santé concernés par les Garanties sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions prévues à l'article « FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER ».

20.2 Contrat responsable

Les Prestations servies dans le cadre du présent contrat sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent les « Contrats responsables » ainsi qu'aux dispositions des articles L.911-7 et D.911-1 du même code qui définissent le niveau minimal des garanties collectives d'assurance maladie complémentaire santé que les entreprises sont tenues de mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés.

La Mutuelle prend ainsi en charge :

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

2°/ Si cette Garantie est prévue au contrat, les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, **dans la double limite de 100 % du Tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'OPTAM**

ou à l'OPTAM-CO minoré d'un montant égal à 20 % du Tarif de responsabilité.

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

- à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité **dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale** pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code (classe A), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;

- conformément à la Garantie prévue au contrat pour les frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L.165-1 susvisé autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (classe B), **dans le respect des limites ci-dessous exposées :**

a) Au minimum à 100 euros et au maximum à 420 euros dans les cas suivants :

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;

- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

b) Au minimum à 150 euros et au maximum à 560 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c.

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

- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;

- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;

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

- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;

- par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

d) Au minimum à 150 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5°/ Les frais de soins dentaires prothétiques et d'orthopédie dento-faciale exposés par l'Assuré pour les actes autres que ceux mentionnés au 4°/ à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations d'assurance maladie.

6°/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

7°/ **A COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2021** : les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'Assuré en sus des Tarifs de responsabilité, **dans la limite des prix fixés en application de l'article L.165-3 du Code de la Sécurité sociale**, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L.165-1 du même code ;
- si les Garanties effectivement souscrites au titre du contrat comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus de la participation mentionnée au 1°/ pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée, **au maximum à 1 700 euros par aide auditive**, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1°/ pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

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

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

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

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

20.3 Conditions des Garanties prises en charge

Les Garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Par dérogation, certains frais de santé inscrits à la nomenclature mais non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire peuvent donner lieu à un remboursement de la Mutuelle dans les conditions fixées aux Conditions Particulières du contrat.

Les Prestations applicables et leurs niveaux sont celles indiqués dans le tableau des Garanties figurant aux Conditions Particulières du présent contrat.

20.3.1 Hospitalisation

• Chambre particulière :

La chambre particulière n'est pas remboursable dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisées, les ateliers thérapeutiques, les

instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, les centres de rééducation professionnelle.

Pour le remboursement des frais de chambre particulière facturés par les cliniques privées de Savoie, la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais exposés par le Bénéficiaire dans la limite des tarifs négociés et prévus par voie de convention avec ces établissements.

Au sein des autres établissements hospitaliers, le remboursement de la chambre particulière est plafonné selon le montant prévu au tableau des Garanties.

- **Forfait obstétrique :**

Les dépassements d'honoraires liés aux actes des praticiens (obstétricien, chirurgien, anesthésiste,...) dans le cadre d'un accouchement sont pris en charge au titre de l'hospitalisation et dans les conditions prévues à la Garantie applicable (honoraires).

Entrent donc dans le cadre du présent Forfait les remboursements de frais liés à l'accouchement supportés par l'Assuré qui ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire tels que les frais de confort (télévision, téléphone, ...).

Le remboursement de la Mutuelle s'effectue sur présentation de la ou des facture(s) acquittée(s) relative(s) à ces frais, et du justificatif de situation émis par l'établissement hospitalier précisant la période d'hospitalisation, **dans la limite des frais engagés et du montant indiqué au tableau des Garanties.**

- **Forfait journalier :**

Le Forfait journalier hospitalier est remboursé aux frais réels sans limitation de durée, sauf cas contraires prévus aux règles relatives aux dits « contrats solidaires et responsables » fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application existants et à venir.

Le Forfait journalier hospitalier n'est pas remboursable dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisées, les ateliers thérapeutiques, les instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psychopédagogiques et professionnels, les centres de rééducation professionnelle.

- **Honoraires médicaux et chirurgicaux :**

Les dépassements d'honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues et telles que définies au tableau des Garanties, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

- **Frais d'accompagnant :**

Les frais d'accompagnant sont remboursés par la Mutuelle en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale du Membre participant ou d'un Ayant droit bénéficiaire du contrat **dans les conditions et la limite du montant prévu au tableau des Garanties.** Ces frais comprennent uniquement les frais d'hébergement (lit) et de repas (nourriture) du ou des accompagnants bénéficiaires du contrat facturés par l'établissement hospitalier ou, le cas échéant, ceux engagés dans les « maisons de parents ».

20.3.2 « Bien-être »

Les Prestations couvertes par le poste Bien-être sont les actes non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et listés dans le tableau des Garanties et/ou aux Conditions Particulières.

Le remboursement s'effectue **dans la limite des Plafonds annuels** sur présentation de la facture d'honoraires, précisant la ou les date(s) de soin(s), le ou les Bénéficiaire(s) et le nombre de séances effectuées et ce **dans la limite du montant par séance** indiqué au tableau des Garanties.

Le prestataire devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union européenne) ou de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

20.3.3 Dentaire

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

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

- **Soins et prothèses :**

- **Soins et prothèses 100% santé**

Il s'agit d'actes prothétiques dentaires définis réglementairement auxquels s'appliquent des Honoraires limites de facturation dont le respect s'impose aux dentistes et chirurgiens-dentistes. La Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire au titre de ces actes **dans la limite des Honoraires limites de facturation.**

- **Soins et prothèses hors 100% santé**

Les soins dentaires tels que les soins conservateurs, chirurgicaux ou de prévention sont remboursés par la Mutuelle selon le montant prévu à la Garantie dès lors qu'ils sont pris en charge par l'Assurance maladie Obligatoire.

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire dit à « honoraires maîtrisés » sont remboursés par la Mutuelle **dans la double limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la Garantie, et des Honoraires limites de facturation fixés réglementairement lorsque ceux-ci sont inférieurs audit Plafond.**

Les actes prothétiques dentaires donnant lieu à un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire dit à « honoraires libres » sont remboursés par la Mutuelle **dans la limite du Plafond exprimé par acte et par Assuré prévu à la Garantie.**

Pour l'ensemble de ces actes, le remboursement de la Mutuelle peut en outre s'effectuer **dans la limite d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré.** Le cas échéant, lorsque ce Plafond annuel est atteint, le remboursement de la Mutuelle est alors limité à 125% du Tarif de responsabilité.

Les remboursements de la Mutuelle au titre des soins dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire tels que mentionnés ci-avant s'effectuent dans les conditions prévues par la Garantie applicable en dehors du Plafond global annuel susvisé.

Concernant les soins et actes dentaires non pris en charge par l'Assurance maladie Obligatoire, à l'exclusion des actes d'implantologie et de parodontologie qui font l'objet d'une Garantie spécifique, ceux-ci peuvent également être remboursés par la Mutuelle **dans la limite d'un Plafond par acte et selon la Garantie applicable, d'un Plafond global exprimé par année civile et par Assuré ou exprimé en nombre d'actes par année civile et par Assuré.**

Sauf mentions contraires portées au tableau de Garanties, la Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

- **Implantologie :**

Est concernée l'implantologie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Remboursement par implant plafonné au montant indiqué au tableau de Garanties, et ce dans la limite de trois implants par année et par Bénéficiaire maximum.

- **Orthodontie :**

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

20.3.4 Optique

- **Équipements optiques :**

DEFINITIONS

Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

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

- Les **équipements optique de « classe A »** : ils sont composés de verres et de montures définis réglementairement, dans le cadre du dispositif du « 100% santé », auxquels s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'imposent aux opticiens.

- Les **équipements optiques de « classe B »** : il s'agit des verres et des montures dont les tarifs sont librement fixés par l'opticien.

CONDITIONS DE LA PRISE EN CHARGE

➤ Équipements optiques 100% santé (classe A)

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

Pour les enfants de moins de 16 ans : la Mutuelle prend en charge l'intégralité des frais supportés par le Bénéficiaire **dans la double limite du Prix limite de vente fixé réglementairement et d'un équipement optique par**

Assuré par période d'un an calculée à compter de la date de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, **sauf cas de dérogation prévu par arrêté.**

➤ Équipements optiques hors 100% santé (classe B)

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

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

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

➤ Équipements mixtes

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

Dans ce cas, la Mutuelle rembourse :

- l'équipement dans la **double limite des Prix limites de vente appliqués aux éléments de classe A et du Plafond prévu à la Garantie applicable pour les équipements optiques de classe B** si celle-ci est exprimée sous la forme d'un Forfait global pour l'ensemble des éléments de cet équipement,
- ou chacun des éléments de l'équipement **dans les conditions prévues à la Garantie applicable pour chacune des classes** si la Garantie applicable aux équipements optiques de classe B est exprimée de telle sorte qu'un montant est spécifiquement alloué pour chacun des éléments de cet équipement.

➤ Conditions de la prise en charge du renouvellement des équipements optiques

Elles sont fixées par arrêté et sont susceptibles d'évoluer dans le temps. À la date d'effet du contrat, elles peuvent être résumées de la manière qui suit.

- Dégradation de la performance oculaire

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

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

Pour les Assurés jusqu'à l'âge de 6 ans : **par dérogation au plafond annuel visé ci-dessus**, les enfants de moins de 7 ans peuvent renouveler leur équipement optique (monture avec deux verres) au terme d'une période minimale de six mois lorsque ce renouvellement est motivé par une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

- Troubles de la réfraction liées à une situation médicale

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

• Lentilles :

Les lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire sont remboursées par la mutuelle au moins à hauteur du Ticket modérateur et **dans la limite du Plafond exprimé par année civile et par Assuré prévu à la Garantie.**

Les lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire peuvent également être remboursées, à condition d'être mentionnées au tableau des Garanties.

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

• Opération du champ de la vision :

La Mutuelle prend systématiquement en charge le Ticket modérateur des opérations du champ de la vision prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et le cas échéant, les éventuels dépassements d'honoraires sont remboursés au titre de l'hospitalisation et dans les conditions prévues à la Garantie applicable (honoraires).

Dans le cadre de la présente Garantie, seules sont donc concernées les opérations de correction de la myopie, de l'hypermétropie, de la presbytie et de l'astigmatie, hors cataracte, pour lesquelles l'Assurance maladie Obligatoire n'intervient pas.

Le remboursement de la Mutuelle s'effectue sur présentation de la facture d'honoraires acquittée précisant la date de l'opération, **et du Plafond exprimé par œil et par Bénéficiaire prévu à la Garantie.**

20.3.5 Aides auditives

DEFINITIONS

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

- Les **aides auditives de « classe 1 »** : il s'agit des aides auditives définies réglementairement, dans le cadre du

dispositif du « 100% santé », auxquelles s'appliquent des Prix limites de vente dont le respect s'impose aux audioprothésistes.

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

CONDITIONS DE LA PRISE EN CHARGE

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2020 :

Quelle que soit sa classe d'appartenance, les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle **dans la double limite d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de 48 mois et du Plafond exprimé par aide auditive, par oreille et par Assuré prévu par la Garantie.**

À compter du 1^{er} janvier 2021 :

➤ **Aides auditives 100% santé (classe 1)**

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

➤ **Aides auditives hors 100% santé (classe 2) :**

Les aides auditives sont remboursées par la Mutuelle dans la **double limite du Plafond exprimé par aide auditive, par oreille et par Assuré, prévu à la Garantie et d'une aide auditive par oreille et par Assuré pour une période de quatre ans** calculée à compter de la date de la dernière facturation d'une aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

20.3.6 Cure thermique

La Mutuelle prend en charge systématiquement le Ticket modérateur pour les cures thermales prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le forfait hébergement peut faire l'objet d'un remboursement. Auquel cas, la cure doit être prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire et ce, même si cette dernière ne prend pas en charge l'hébergement.

20.3.7 Actes de prévention

La Mutuelle prend en charge le Ticket modérateur des actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire et mentionnés au tableau des Garanties.

Certains actes de prévention non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire peuvent également faire l'objet d'un remboursement de la Mutuelle, dans les conditions prévues au tableau des Garanties.

ARTICLE 21 : LIMITES ET PLAFONDS DE PRESTATIONS

La Mutuelle garantit le versement des Prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale en tenant compte, pour l'ensemble des Garanties, du respect par le Membre participant et/ou ses Ayants droit du parcours de soins coordonnés.

Les Garanties sont exprimées :

- en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale,

- ou sous forme de Plafond en euros. Ces plafonds sont annuels et valables du 1^{er} janvier au 31 décembre sans proratisation pour les Affiliations en cours d'année. Ils incluent les remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :

- si la Garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires, la Mutuelle n'est débitrice d'aucune Prestation ;
- si la Garantie prévoit des dépassements d'honoraires, la participation de la Mutuelle est minorée du montant du Ticket modérateur.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de Prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des Garanties figurant aux Conditions Particulières du contrat.

Pour certains actes non remboursés par la Sécurité sociale, la Mutuelle intervient en complément de la Base de remboursement de la Sécurité sociale française prévue pour les actes de même nature lorsqu'ils sont remboursés et selon les Garanties prévues dans la Formule choisie par le Membre participant.

ARTICLE 22 : EXCLUSIONS

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- La participation forfaitaire (article L.160-13 II du code la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés (article L.160-13 III du Code la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :
 - 1) Les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5111-4 et L.5121-1 du Code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation.
 - 2) Les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation.
 - 3) Le transport mentionné au 2) de l'article L.160-8 du Code la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- La majoration de participation de l'Assuré visée à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que des actes et prestations pour lesquels l'Assuré n'a pas autorisé l'accès à son dossier médical visé à l'article L. 1111-15 du Code de la santé publique ;
- Les Dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors Parcours de soins coordonné et hors protocole de soins.

- Et de manière générale, tout autre acte, Prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application.

Sauf mentions contraires figurant dans les tableaux des Garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- Les frais engagés hors de France, sauf si la caisse de Sécurité sociale française à laquelle l'Assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France ;
- Les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les cures de rajeunissements, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites ;
- Les séjours et frais au sein d'établissement médico-socials (ex : maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Les hospitalisations classées en long séjour par la Sécurité sociale.

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

Les exclusions ne sauraient faire obstacle au dispositif prévu pour que le présent contrat soit responsable.

ARTICLE 23 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET PLURALITÉ D'ASSUREURS

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,

« Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du code de la sécurité sociale ».

« 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 du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix ».

Si le Bénéficiaire a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire.

ARTICLE 24 : FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L'ÉTRANGER

La Mutuelle intervient pour des frais médicaux engagés en France.

Les frais engagés hors de France sont pris en charge sous réserve qu'ils aient été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France. **En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.**

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la Sécurité sociale française (Carte Européenne d'Assurance Maladie), la Mutuelle rembourse uniquement le Ticket modérateur.

Les remboursements sont effectués en euros.

La Mutuelle ne prend en charge les soins à l'étranger que sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

Expatriés

Le présent contrat ne couvre pas les expatriés.

ARTICLE 25 : ÉVOLUTION DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ET/OU DES NIVEAUX DES PRESTATIONS

Les Garanties et/ou les niveaux des Prestations peuvent être modifiés à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la Sécurité sociale, de celle relative à la fiscalité du contrat et aux évolutions afférentes aux conditions d'exonération des charges sociales ou autres prélèvements obligatoires du financement des Garanties.

Dans ce cas, les modifications des Garanties et/ou des niveaux des Prestations sont notifiées au Souscripteur, par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année N. Elles prennent effet le 1^{er} janvier de l'année N + 1.

Le Souscripteur est tenu d'informer chaque Membre participant des modifications des Garanties en lui remettant une nouvelle notice d'information établie par la Mutuelle.

ARTICLE 26 : AUTRES GARANTIES

En complément des Garanties santé, et selon les Garanties effectivement souscrites prévues au tableau des Garanties figurant aux Conditions Particulières, la Mutuelle assure également le versement des Prestations suivantes :

- Prime de naissance et d'adoption,
- Allocation Frais d'obsèques.

Ces garanties sont assurées par la Mutuelle Générale de Prévoyance, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 337 682 660, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle au bénéfice de ses Membres participants.

Les Prestations et leurs modalités de mise en œuvre sont définies en annexe de la notice d'information.

CHAPITRE 3 – VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 27 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

27.1 Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des Prestations auxquelles ils

peuvent prétendre, les Assurés peuvent adresser un devis à la Mutuelle.

Pour les équipements optiques et, à compter du 1^{er} janvier 2021, pour les aides auditives, ce devis doit obligatoirement comporter une Prestation appartenant à l'une des classes à prise en charge renforcée (dispositif 100% SANTÉ). À défaut, la Mutuelle sera dans l'obligation de refuser toute intervention, les produits et prestations distribués par le professionnel ne pouvant pas être admis au remboursement conformément aux dispositions de l'article L.165-1-4 du Code de la Sécurité sociale.

27.2 Conditions d'ouverture du droit aux Prestations

Le droit aux Prestations s'applique à compter de la prise d'effet des Garanties.

Les soins couverts sont ceux dont le fait générateur intervient à partir de la date d'effet des Garanties et jusqu'à la date de cessation des Garanties.

Est considéré comme fait générateur :

- Pour les frais de soins en général : la date des soins figurant sur le décompte de remboursement de la caisse d'assurance maladie. À défaut, la date de prescription des soins est retenue, sauf dans le cas de traitements répétitifs pour lesquels la date du traitement est prise en compte. Pour les soins qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, la date de soin ou la date d'achat est retenue.
- Pour l'hospitalisation : la date d'hospitalisation.

Pour bénéficier des Prestations, les Assurés sont tenus de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives selon le type de Prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du Membre participant.

Afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut en outre demander la production de toute pièce justificative, permettant de vérifier la réalité des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des Prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des Prestations, y compris après cessation de l'Affiliation ou résiliation du contrat.

Cette demande s'exerce sous réserve du droit au secret médical dont bénéficie l'Assuré conformément aux dispositions de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique et dans le respect des dispositions de l'article « CONTROLE MEDICAL ».

La Mutuelle peut aussi avoir recours à une expertise médicale effectuée par tout professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge, pour vérifier s'il y a abus ou fraude.

En cas de contrôle, l'Assuré aura la faculté de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

27.3 Cessation du droit aux Prestations

Les droits du Membre participant et de ses Ayants droit cessent dans les conditions décrites par l'article « CESSATION DE L'AFFILIATION » du présent contrat.

ARTICLE 28 : DÉCHÉANCE DU DROIT AUX PRESTATIONS

Les demandes de Prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de six (6) mois suivant le fait générateur prévu à l'article « OUVERTURE DES DROITS AUX PRESTATIONS » sous peine de déchéance des droits à indemnisation en cas d'intention frauduleuse dans le respect des dispositions de l'article L.221-16 2° du Code de la mutualité.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé, même en l'absence d'intention frauduleuse de l'Assuré.

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

ARTICLE 29 : TÉLÉTRANSMISSION

La télétransmission résulte de conventions passées entre les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie, dans une démarche de simplification des délais de remboursement.

L'assurance maladie transmet directement à la Mutuelle, par voie télématique, les informations contenues sur le bordereau après traitement de sa part.

Cette télétransmission est mise en place par la Mutuelle. Il appartient néanmoins à l'Assuré de veiller à son fonctionnement, en vérifiant la prise en charge de ses frais de soins de santé.

Pour les Assurés ayant déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après radiation auprès du centre d'assurance maladie à la demande de l'Assuré faite auprès de son précédent organisme complémentaire.

En cas de changement de centre d'assurance maladie, il appartient à l'Assuré d'en avvertir la Mutuelle par l'envoi d'une copie de la nouvelle attestation papier d'assuré social qui accompagne la carte Vitale.

L'Assuré peut s'opposer à la télétransmission en formulant une demande à la Mutuelle.

ARTICLE 30 : TIERS PAYANT

En principe, les Prestations sont réglées aux Membres participant après acquittement par eux des dépenses engagées.

Toutefois, pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle permet aux Assurés de bénéficier du mécanisme de Tiers payant sur les Prestations prises en charge au titre du contrat responsable au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité.

Chaque Membre participant reçoit une carte mutualiste nominative portant mention, le cas échéant, de ses Ayants droit et des actes susceptibles de bénéficier du Tiers payant.

Le Membre participant bénéficie ainsi d'une dispense d'avance de frais dans la limite des Garanties prévues au contrat. La Mutuelle rembourse alors les frais engagés par

le Membre participant ou, le cas échéant, par ses Ayants droit au professionnel de santé.

Dans le cas où le Tiers payant ne serait accordé que sur la partie des dépenses liées au contrat responsable, l'Assuré doit adresser à la Mutuelle une facture acquittée des frais avancés, établie par le praticien, le fournisseur ou l'établissement de santé dont le remboursement ne pourra intervenir que si la Mutuelle a reçu la preuve du remboursement par le régime d'Assurance Maladie si le décompte est directement transmis.

En cas de cessation ou de suspension de son Affiliation, le Membre participant s'engage à restituer à la Mutuelle la carte mutualiste et le duplicata en sa possession et à en informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute Prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle.

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

ARTICLE 31 : MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE

Les Prestations n'ayant pas fait l'objet d'avance par Tiers payant et n'ayant pas été traitées par voie télématique sont remboursées exclusivement sur présentation des originaux des décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie envoyés par l'Assuré ainsi que les originaux des factures acquittées (lisibles et exploitables), et le cas échéant des décomptes de remboursements délivrés par tout autre organisme assureur frais de santé.

Les factures devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillés par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Les Prestations garanties sont servies dans un délai moyen de huit jours ouvrés à réception des décomptes sauf cas de force majeure. Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte courant ou postal du Membre participant, ou, à sa demande, sur le compte courant de son Ayant droit de plus de 16 ans.

Le Membre participant est informé des prestations versées par l'envoi régulier d'un bordereau récapitulatif. Sauf demande contraire du Membre participant, ces relevés de Prestations sont dématérialisés.

ARTICLE 32 : PRESTATIONS INDUES

En cas de Prestation indûment versée à un Membre participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du Tiers payant par la présentation d'une carte mutualiste par un Membre participant postérieurement à la cessation de son Affiliation entraînant le versement de Prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au Membre participant le remboursement de toutes prestations indues et d'engager

tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le Bénéficiaire à ce remboursement.

ARTICLE 33 : CONTRÔLE MÉDICAL

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

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

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

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

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

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

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

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

GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT - Ensemble du personnel

A compter du 1er janvier 2023 - Les prestations énoncées ci-dessous comprennent le Ticket Modérateur y compris le remboursement de l'AMO

	BASE (Responsable)	OPTION 1 (Responsable)	OPTION 2 (Non responsable)
	Obligatoire	Options Facultatives	
	Y compris Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	Garanties exprimées y compris régime de base	Garantie S'ajoutant au régime de base ou à l'option 1 si retenue
HOSPITALISATION			
Frais de séjour en établissement conventionné	200% BR		-
Frais de séjour en établissement non conventionné	90% Frais réels limité à 200% BR		-
Forfait journalier hospitalier (sauf établissements exclus par la réglementation en vigueur)	Frais réels		-
Honoraires praticiens - Adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	200% BR	300% BR	-
Honoraires praticiens - Non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	180% BR	200% BR	+120% BR
Forfait pour les actes supérieurs ou égaux à 120€	Frais réels		-
Forfait patient urgences	Frais réels		-
Chambre particulière : Hôpitaux et cliniques, autres établissements sauf gériatrie	2% PMSS	2,5% PMSS	-
Frais d'accompagnement d'un ayant droit de moins de 16 ans	1,5% PMSS/ jour	1,5% PMSS/ jour	-
Transport hospitalier	100% BR	100% BR	-

DENTAIRE ⁽¹⁾			
Soins et prothèses dentaires 100% SANTE * :	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	-
- Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé			
* Tels que définis réglementairement			
Soins et prothèses dentaires panier à tarifs maîtrisés* y compris Inlay/Onlay	400% BR	500% BR	-
* Tels que définis réglementairement et dans la limite des HLF par le professionnel de santé			
Prothèses dentaires prises en charge par l'AMO panier à tarifs libres y compris Inlay/Onlay	400% BR	500% BR	-
Prothèses dentaires non prises en charge par l'AMO	330% BRR	430% BRR	-
Soins dentaires, endodontie & détartrage annuel	100% BR	100% BR	-
Parodontologie et couronne provisoire non pris en charge par l'AMO - par an et par bénéficiaire	10% PMSS	15% PMSS	-
Orthodontie prise en charge par l'AMO (max 180 TO p/an max)	300% BR	350% BR	-
Orthodontie non prise en charge par l'AMO (max 180 TO p/an max)	-	200% BRR	-
Implantologie non prise en charge par l'AMO - par an et par bénéficiaire	20% PMSS	30% PMSS	-

SOINS COURANTS			
Honoraires Médicaux :			
- Honoraires médecins généralistes adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	130% BR	200% BR	-
- Honoraires médecins généralistes non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	110% BR	180% BR	+120% BR
- Honoraires médecins spécialistes adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO y compris radiologie-échographie	200% BR	300% BR	-
- Honoraires médecins spécialistes non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO y compris radiologie-échographie	180% BR	200% BR	+120% BR
Petite chirurgie et actes techniques médicaux :			
- Honoraires médecins généralistes adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	130% BR	200% BR	-
- Honoraires médecins généralistes non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	110% BR	180% BR	+120% BR
- Honoraires médecins spécialistes adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	200% BR	300% BR	-
- Honoraires médecins spécialistes non adhérents à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO	180% BR	200% BR	+120% BR
Analyses biologiques	100% BR	100% BR	-
Honoraires paramédicaux :			
- Masseurs-kinésithérapeutes, Infirmiers, Orthophonistes, Orthoptistes	100% BR	100% BR	-
- Transport	100% BR	100% BR	-
Médicaments pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	-
Matériel médical :			
- Petit appareillage, grand appareillage & Semelles orthopédiques	200% BR	300% BR	-

OPTIQUE ⁽²⁾			
Equipements 100% SANTE * (Montures et verres de classe A) :	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	-
- Monture relevant du dispositif 100% santé			
- Verre simple, complexe et très complexe relevant du dispositif 100% santé			
- Suppléments et prestations optiques (Adaptation, appairage, verres avec filtres)			-
- Autres suppléments optiques (Prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	100% BR	100% BR	-
* Tels que définis réglementairement et dans la limite du PLV par le professionnel de santé			-
Equipements à tarifs libres (Montures et verres de classe B) :			-
- Monture Enfant	100 €		-
- Verre simple, complexe ou très complexe Enfant	3% PMSS *□	4% PMSS *□	-
* dans la limite des plafonds des contrats responsables			
- Monture Adulte	100 €		-
- Verre simple Adulte	3% PMSS *□	4% PMSS *□	-
* dans la limite ddes plafonds du contrat responsable			
- Verre complexe Adulte	8% PMSS *□	300€/verre	-
* dans la limite ddes plafonds du contrat responsable			
- Verre très complexe Adulte	8% PMSS *□	350€/verre	-
* dans la limite ddes plafonds du contrat responsable			
- Suppléments et prestations optiques (Adaptation, verres avec filtres)	100% BR	100% BR	-
- Autres suppléments optiques (Prisme, système antiptosis, verres iséconiques)	100% BR	100% BR	-
Lentilles remboursée par l'AMO - par an et par bénéficiaire	5% PMSS	7% PMSS	-
Lentilles non remboursées par l'AMO - par an et par bénéficiaire	7% PMSS	8% PMSS	-
Chirurgie Réfractive non prise en charge par l'AMO - Forfait annuel par œil et par bénéficiaire	15% PMSS	20% PMSS	-

GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT - Ensemble du personnel

	BASE (Responsable)	OPTION 1 (Responsable)	OPTION 2 (Non responsable)
AIDES AUDITIVES ⁽³⁾			
Equipements 100% santé * (Equipements de classe I) :	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite du prix limite de vente	
- Aide auditive relevant du dispositif 100% santé			
<i>* Tels que définis règlementairement</i>			
Equipements à tarifs libres (Equipements de classe II) :			
- Aide auditive prise en charge par l'AMO - Par appareil	300% BR	400% BR	-
Réparations et accessoires pris en charge par l'AMO	100% BR	100% BR	-

PRÉVENTION			
Actes de prévention définis par la liste prévue à l'article L 871-1 et R 871-2 du Code de la sécurité sociale	100% BR	100% BR	-

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES			
Crédit annuel "Bien Être" (Consultations ou dépenses non prises en charge par l'AMO)	5% PMSS/an/bénéficiaire		-
Podologue-pédicure, psychologue pour enfant, sevrage tabagique, radiographie prescrite mais non remboursée, analyses biologiques non remboursées			
Pharmacie prescrite non remboursable par l'AMO dont homéopathie et contraception	5% PMSS/an/bénéficiaire		-
Vaccins prescrits non pris en charge par l'AMO	Frais réels		-
Médecine douce (Consultations non prises en charge par l'AMO)			
Acunpuncteur, diététicien, ostéopathe, chiropracteur	40€/séance limité à 6 séances par an/bénéficiaire	50 €/séance limité à 6 séances par an/bénéficiaire	
Naturopathe, étioathe	Non pris en charge		
Psychothérapeute, psychomotricien, psychologue, ergothérapeute			
Prime de naissance / adoption ⁽⁴⁾	5% PMSS		-
Cure Thermale			
Honoraires, traitements, transport et hébergement pris en charge par l'AMO	100% BR		-
Forfait hébergement et transport	10% PMSS		-

INCLUS : ASSISTANCE À DOMICILE 24H/24 7J/7

LEXIQUE : BR : Base de remboursement Sécurité Sociale - BRR : Base de remboursement Sécurité Sociale reconstituée - AMO : Assurance Maladie Obligatoire - DPTAM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée - OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée-Chirurgie Obstétrique - PLV : Prix limite de vente - HLF : Honoraires limites de facturation

Les garanties du contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation de l'Assurance maladie en vigueur au moment de sa conclusion. Elles seront revues en cas de changement de ces textes

(1) Prestations énoncées selon la nouvelle nomenclature dentaire (CCAM Dentaire).

(2) - Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans à compter de la date d'acquisition, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. La prise en charge de deux équipements est autorisée (dans le cas d'une intolérance ou contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux-les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément). La prise en charge des verres progressifs et/ou teintés est ouverte uniquement sur prescription médicale et dans la limite des montants mentionnés dans le poste optique.
- Il est possible de choisir un équipement composé d'une monture de classe A avec des verres de classe B ou inversement. Dans ce cas, le plafond applicable est celui d'un équipement de classe B. Le panachage des verres (A/B) n'est pas autorisé.

(3) Limité à la prise en charge d'un équipement (2 appareils) par période de 4 ans à compter de la date d'acquisition - Remboursement maximum de 1 700€ par appareil pour les équipements de classe II.

(4) Prestation garantie par la Mutuelle Générale de prévoyance (N° 337682660), sous réserve de l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivants sa naissance ou son adoption.

MUTUELLE ENTRENOUS

Soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - N° 309 244 648
Siège social : 27 allée Albert Sylvestre, immeuble Oméga - 73000 Chambéry
Centre de gestion : 15 Chemin de la Dhuy - 38240 Meylan

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT - GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT - Ensemble du personnel

				BASE		OPTION 1	
	Prix moyen pratiqué ou tarif réglementé	Base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge	Remboursement de la mutuelle	Reste à charge
HOSPITALISATION							
Forfait journalier hospitalier en court séjour	20,00 €	0,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €	20,00 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	355,00 €	271,70 €	271,70 €	83,30 €	0,00 €	83,30 €	0,00 €
Honoraires du chirurgien avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO) pour une opération chirurgicale de la cataracte	431,00 €	271,70 €	271,70 €	159,30 €	0,00 €	159,30 €	0,00 €
DENTAIRE							
Détartrage	28,92 €	28,92 €	20,24 €	8,68 €	0,00 €	8,68 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (prothèse 100% santé)	500,00 €	120,00 €	84,00 €	416,00 €	0,00 €	416,00 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur deuxièmes prémolaires (panier maîtrisé)	538,70 €	120,00 €	84,00 €	396,00 €	58,70 €	454,70 €	0,00 €
Couronne céramo-métallique sur molaires (panier libre)	538,70 €	107,50 €	75,25 €	354,75 €	108,70 €	462,25 €	1,20 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO pour 90 TO	780,00 €	193,50 €	193,50 €	387,00 €	199,50 €	483,75 €	102,75 €
SOINS COURANTS							
Consultation d'un médecin traitant généraliste sans dépassement d'honoraires	25,00 €	25,00 €	16,50 €	7,50 €	1,00 € *	7,50 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste en gynécologie sans dépassement d'honoraires	30,00 €	30,00 €	20,00 €	9,00 €	1,00 € *	9,00 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires maîtrisés (adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO)	44,00 €	30,00 €	20,00 €	23,00 €	1,00 € *	23,00 €	1,00 € *
Consultation d'un médecin spécialiste avec dépassement d'honoraires libres (non adhérent à un DPTAM : OPTAM ou OPTAM-CO)	56,00 €	23,00 €	15,10 €	25,30 €	15,60 € *	29,90 €	11,00 € *
OPTIQUE							
Equipeement optique de classe A (monture + verres) de verres unifocaux (équipement 100% santé) - Adulte	125,00 €	37,50 €	22,50 €	102,50 €	0,00 €	102,50 €	0,00 €
Equipeement optique de classe B (monture + verres) de verres unifocaux - Adulte	345,00 €	0,15 €	0,09 €	305,59 €	39,32 €	344,91 €	0,00 €
Equipeement optique avec monture de classe A et verres unifocaux classe B	230,00 €	9,10 €	5,46 €	224,54 €	0,00 €	224,54 €	0,00 €
Equipeement optique avec monture de classe B et verres unifocaux classe A	240,00 €	28,55 €	17,13 €	177,87 €	45,00 €	177,87 €	45,00 €
Adaptation verres classe A	10,00 €	10,00 €	6,00 €	4,00 €	0,00 €	4,00 €	0,00 €
AIDES AUDITIVES							
Aide auditive de classe I par oreille (équipement 100% santé)	950,00 €	400,00 €	240,00 €	710,00 €	0,00 €	710,00 €	0,00 €
Aide auditive de classe II par oreille	1 476,00 €	400,00 €	240,00 €	960,00 €	276,00 €	1 360,00 €	0,00 €

* participation forfaitaire de 1€ non remboursable conformément à la réglementation sur les contrats responsables