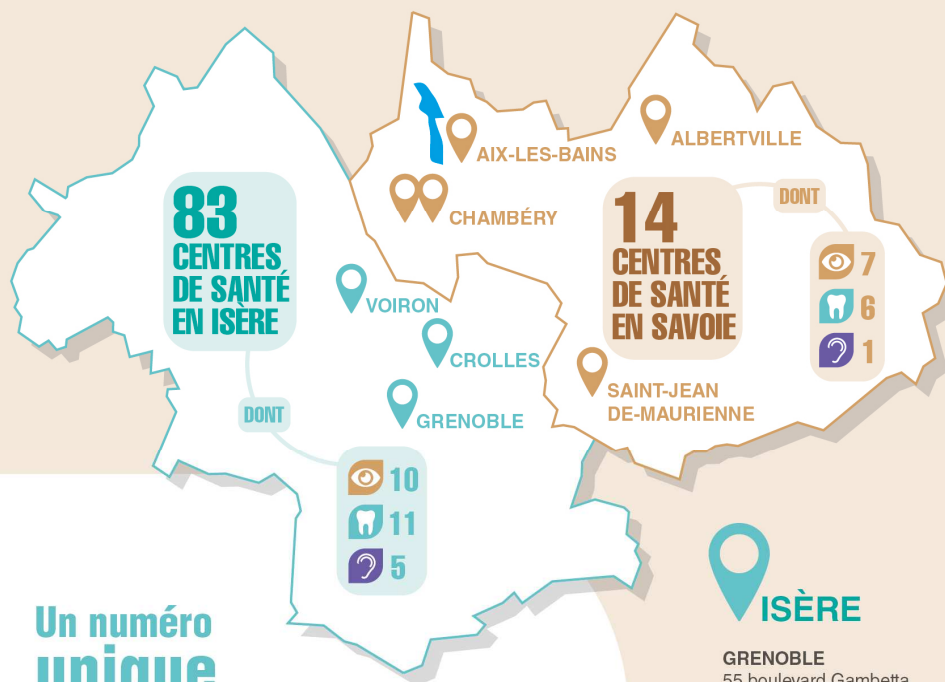


NOTICE D'INFORMATION

SANTÉ

GRENOBLE ECOLE DE MANAGEMENT



Nos agences et Services de Santé Mutualistes près de chez vous

Un numéro
unique

► N°Cristal 09 69 39 73 38
APPEL NON SURTAXE



Un site internet pour
contacter votre mutuelle
et gérer votre dossier
24h/24 et 7j/7

www.mutuelle-entrenous.fr



APPLI MOBILE
PROCHAINEMENT
DISPONIBLE



8 agences
en Savoie et en Isère

Nos conseillères mutualistes sont à votre écoute pour vous renseigner sur votre dossier, vous aider à comprendre vos remboursements et vous conseiller pour renforcer votre option santé et prévoyance.

Dès lors que vous franchissez la porte de l'une de nos agences-conseils, vous êtes toujours bien accueillis. Tout est mis en œuvre par nos collaboratrices pour écouter et comprendre vos demandes, les suivre et trouver des solutions pour votre confort. Vous pouvez compter sur nous car 100% des questions trouvent des réponses !

Mutuelle santé prévoyance épargne
entrenous
c'est mutuel



ISÈRE

GRENOBLE
55 boulevard Gambetta
38000 Grenoble

CROLLES
61 rue Henri Fabre
Espace Belle Etoile
38920 Crolles

VOIRON
8 rue des Quatre Chemins
38500 Voiron



ÉCOUTER VOIR
OPTIQUE MUTUALISTE

CENTRES OPTIQUES MUTUALISTES

CHAMBÉRY
3 rue Favre
73000 Chambéry

ALBERTVILLE
36 avenue des Chasseurs Alps
73200 Albertville

MOÛTIERS
187 avenue des Salines Royales
73600 Moûtiers Tarentaise

COGNIN
Centre Commercial de l'Epine
73160 Cognin

ST-JEAN-DE-MAURIENNE
151 place du Forum
73300 St-Jean-de-Maurienne



ÉCOUTER VOIR
AUDITION MUTUALISTE

CENTRE D'AUDITION MUTUALISTE

CHALLES-LES-EAUX
A proximité du Médipôle
Business Center (2^e étage)
37F avenue des Massettes
73190 Challes-les-Eaux



SAVOIE

CHAMBÉRY (2 agences)
• 27 allée Albert Sylvestre
Oméga polygone IV
73000 Chambéry

• 168 avenue du Comte Vert
73000 Chambéry

AIX-LES-BAINS
12 avenue de Verdun
73100 Aix-les-Bains

ALBERTVILLE
11 avenue des Chasseurs Alps
73200 Albertville

ST-JEAN-DE-MAURIENNE
Le Verpil - 40 rue du Collège
73300 St-Jean-de-Maurienne



CENTRES MUTUALISTES DE SANTÉ DENTAIRE

ALBERTVILLE
36 avenue des Chasseurs Alps
73200 Albertville

CHALLES-LES-EAUX
A proximité du Médipôle
Business Center (2^e étage)
37F avenue des Massettes
73190 Challes-les-Eaux

CHAMBÉRY*
Service d'orthodontie
61 rue Sommeiller
73000 Chambéry

*Centre dentaire et d'orthodontie d'ENTRAIN SSAM



SOMMAIRE

PREAMBULE	7
CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES	7
ARTICLE 1 : BENEFICIAIRE DU CONTRAT	7
ARTICLE 2 : AFFILIATION AU CONTRAT ET SES MODALITES	7
ARTICLE 3 : CESSATION DE L’AFFILIATION	8
ARTICLE 4 : MAINTIEN DES GARANTIES	8
ARTICLE 5 : COTISATIONS	10
ARTICLE 6 : FRAIS DE GESTION	10
ARTICLE 7 : PRESCRIPTION	11
ARTICLE 8 : SUBROGATION LÉGALE – RECOURS CONTRE TIERS	11
ARTICLE 9 : RÉCLAMATION – MÉDIATION	11
ARTICLE 10 : PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	12
ARTICLE 11 : AUTORITÉ DE CONTRÔLE	12
ARTICLE 12 : DÉLÉGATION DE GESTION	12
CHAPITRE 2 : DÉFINITION DES GARANTIES	12
ARTICLE 13 : GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	12
ARTICLE 14 : LIMITES ET PLAFONDS DE PRESTATIONS	17
ARTICLE 15 : EXCLUSIONS	17
ARTICLE 16 : PRINCIPE INDEMNITAIRE ET PLURALITÉ D’ASSUREURS	18
ARTICLE 17 : FRAIS MÉDICAUX ENGAGÉS À L’ÉTRANGER	18
ARTICLE 18 : ÉVOLUTION DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ ET/OU DES NIVEAUX DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 19 : AUTRES GARANTIES	18
CHAPITRE 3 – VERSEMENT DES PRESTATIONS	19
ARTICLE 20 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS	19
ARTICLE 21 : DÉCHÉANCE DU DROIT AUX PRESTATIONS	19
ARTICLE 22 : TÉLÉTRANSMISSION	19
ARTICLE 23 : TIERS PAYANT	19
ARTICLE 24 : MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS PAR LA MUTUELLE	20
ARTICLE 25 : PRESTATIONS INDUES	20
ARTICLE 26 : CONTRÔLE MÉDICAL	20

LEXIQUE

Les termes et expressions inscrits dans la présente Notice d'Information 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 Individuel 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 Sirène 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.

NOTICE D'INFORMATION

PREAMBULE

La présente notice d'information précise les modalités de mise en œuvre du régime dont vous bénéficiez en application du contrat souscrit par votre employeur.

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 : BENEFICIAIRE DU CONTRAT

1.1 Les salariés ou Membre participant :

Le contrat bénéficie à l'ensemble des salariés inscrits aux effectifs de l'entreprise souscriptrice.

En qualité de salarié, vous êtes couvert à titre obligatoire, ainsi que vos ayants-droit.

Les salariés ne souhaitant pas être couverts pourront, le cas échéant, se prévaloir de l'une des dispenses d'affiliation prévues selon l'article R.242-1-6 du Code de la Sécurité Sociale :

1° Lorsque les garanties ont été mises en place par une décision unilatérale et que le dispositif prévoit que les salariés embauchés avant la mise en place des garanties peuvent en être dispensés ;

2° Lorsque les garanties ont été mises en place dans les conditions fixées à l'article L. 911-1 et que l'acte qui met en place ces garanties prévoit, quelle que soit leur date d'embauche, les cas de dispense :

- Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- Des salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- Des salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- Des salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- Des salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- Des salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Vous ne pouvez bénéficier d'une dispense d'affiliation que si vous en faites la demande expresse auprès de votre employeur en lui produisant, le cas échéant, toute pièce permettant de justifier que votre situation correspond à l'un des cas de dispense d'affiliation définis ci-dessus. Ce justificatif devra être renouvelé tous les ans et remis à l'employeur.

1.2 Les ayants-droit :

Vos ayants-droit sont couverts à titre obligatoire.

On entend par ayants-droit :

- Votre conjoint non divorcé, ni séparé de corps judiciairement ayant ou non une activité professionnelle.

La Mutuelle pourra demander, pour le conjoint :

- 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 salarié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité ;

- Vos enfants à charge. Sont considérés comme enfant à charge :

- Vos enfants et ceux de votre conjoint ou partenaire de PACS ou concubin :
- S'agissant des enfants à charge de plus de 21 ans et de moins de 25 ans, sous réserve qu'ils fournissent un justificatif de scolarité, un contrat 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 sont exigées pour les enfants assurés sociaux et sont à renouveler annuellement.

La Mutuelle se réserve en outre le droit, à tout moment, de demander aux ayants-droit toutes autres pièces justificatives justifiant de leur statut de personnes déclarées comme tel sur le Bulletin Individuel d'Affiliation.

ARTICLE 2 : AFFILIATION AU CONTRAT ET SES MODALITES

2.1 Affiliation aux garanties souscrites par votre employeur

Votre affiliation à titre obligatoire :

Votre affiliation aux garanties souscrites par votre employeur est formalisée par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation.

Votre affiliation prend effet :

- A la date de prise d'effet du contrat, lorsque celui-ci appartient à la ou l'une des catégories(s) de personnel mentionné dans la notice d'information, 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 catégories objective(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.

Affiliation de vos ayants-droit à titre obligatoire

L'affiliation de vos ayants droit est obligatoire, la déclaration doit donc s'effectuer au moment de votre Affiliation. 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,...).

L'affiliation de vos ayants-droit prend effet :

- A la date de prise d'effet de votre affiliation au contrat, si la demande se fait simultanément ;
- Ou au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel de Modification, si la demande se fait ultérieurement.
- Ou à la date de survenance de l'événement (mariage, concubinage, PACS, naissance ou adoption d'un enfant, décès du conjoint ou partenaire de PACS ou concubin auquel sont rattachés les enfants à charge) dûment déclaré à l'organisme assureur.

Vos ayants-droit bénéficieront des mêmes garanties que celles dont vous bénéficiez.

2.2 Affiliation facultative aux garanties optionnelles

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et vos ayants-droit, le niveau de garantie choisi par votre employeur en demandant votre affiliation à titre facultatif à une garantie optionnelle.

Le choix d'option que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera d'office à vos ayants-droit.

L'affiliation aux garanties facultatives s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation à l'option.

Date d'effet de l'affiliation aux garanties optionnelles :

L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet :

- A la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au présent contrat, si la demande se fait simultanément,
- Au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel de Modification, si la demande se fait ultérieurement.

Résiliation de l'option choisie :

Lé résiliation du contrat optionnel peut se faire :

- Au 31 décembre de chaque année, en respectant un préavis de 2 mois ;
- En cas de changement de la structure familiale justifié ;
- Après un an d'adhésion à la garantie optionnelle.

Si vous résiliez votre garantie optionnelle, vous ne pourrez plus la souscrire à nouveau.

2.3 Affiliation facultative aux garanties surcomplémentaires

Vous avez la possibilité d'améliorer pour vous-même et vos ayants-droit, le niveau de garantie choisi par votre employeur en demandant votre affiliation à titre facultatif à une garantie surcomplémentaire.

Le choix de la garantie surcomplémentaire que vous retiendrez pour vous-même, s'imposera d'office à vos ayants-droit.

L'affiliation aux garanties facultatives s'effectue au moyen du Bulletin Individuel d'Affiliation à la Surcomplémentaire.

Date d'effet de l'affiliation aux garanties surcomplémentaires :

L'affiliation aux garanties surcomplémentaires prend effet :

- A la date de prise d'effet de votre affiliation à titre obligatoire au présent contrat, si la demande se fait simultanément,
- Au 1^{er} jour du mois qui suit la réception du Bulletin Individuel de Modification, si la demande se fait ultérieurement.

Résiliation de la garantie choisie :

Lé résiliation du contrat surcomplémentaire peut se faire :

- Au 31 décembre de chaque année, en respectant un préavis de 2 mois ;
- En cas de changement de la structure familiale justifié ;
- Après un an d'adhésion à la garantie surcomplémentaire.

Si vous résiliez votre garantie surcomplémentaire, vous ne pourrez plus la souscrire à nouveau.

ARTICLE 3 : CESSATION DE L'AFFILIATION

3.1 Cessation de votre affiliation

Votre affiliation 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.
- A la date de votre décès.
- A la date de résiliation du contrat par l'organisme assureur ou par votre employeur.

Vous devez impérativement restituer à la Mutuelle toute carte de tiers-payant en cours de validité qui vous a été envoyée. Aucune prestation ne peut-être servie après la date d'effet de la cessation de votre affiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

3.2 Cessation de l'affiliation de vos ayants-droit

L'Affiliation de vos Ayants-droit prend fin en cas de cessation de votre contrat de travail

Elle cesse également :

- à la date à laquelle vos Ayants droit ne remplissent plus les conditions pour bénéficier de la qualité d'Ayant droit ;
- 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 4 : MAINTIEN DES GARANTIES

4.1 Maintien des Garanties en cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à rémunération

Votre affiliation à la Garantie, ainsi que celle de vos Ayants-droit, est maintenue en cas de suspension de votre contrat de travail, moyennant le paiement des cotisations pour partie par votre employeur, qu'elles soient versées directement par lui ou pour son compte par l'intermédiaire

d'un tiers, pendant toute la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- 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...).

4.2 Maintien des Garanties en cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à rémunération

Si votre contrat de travail est suspendu, et qu'il ne donne pas lieu à un maintien de votre rémunération ou de votre perception d'indemnités complémentaires dans les conditions fixées au précédent article, les garanties seront suspendues dès le 1^{er} jour de la suspension du contrat de travail.

Toutefois, les garanties peuvent être maintenues, sous réserve que vous en fassiez la demande auprès de la Mutuelle par courrier, dans le mois qui précède la suspension de votre contrat de travail.

La cotisation prévue est celle prévue pour le personnel en activité, et elle est à votre charge exclusive, part patronale comprise. Vous devrez donc régler directement la cotisation afférente aux garanties précitées auprès de l'organisme assureur. Cette cotisation sera payée mensuellement par prélèvement automatique, sur un 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.

4.3 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), vous pouvez bénéficier, à titre individuel et facultatif, du maintien de la couverture prévue par le contrat, sans limitation de durée.

Sont admis au bénéfice de ce dispositif :

- Les 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 ;

- Les 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 sera intégralement à votre charge, selon l'article 1 du décret 90-769 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Le tarif applicable est encadré par disposition réglementaire et législative.

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.

L'organisme assureur du contrat collectif obligatoire mis en place par l'employeur adresse une proposition de contrat aux intéressés dans les deux mois suivant leur radiation du contrat collectif, sous réserve que l'employeur l'ait informé de l'événement ouvrant droit au bénéfice du dispositif loi Evén.

4.4 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, en cas de cessation de votre 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 :

- 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**.

- Le bénéfice du maintien des Garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur.

- Les Garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise.

- 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.

- 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.

- 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 à vos Ayants droit 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 la mutuelle de la cessation du contrat de travail.

Afin de bénéficier de ce maintien de garantie, vous devez produire les justificatifs de prise en charge par le régime d'assurance chômage. En cas d'absence de justificatif, vos garanties seront suspendues. Vous serez rétabli dans vos droits dès régularisation de votre situation et justification de vos droits à l'assurance chômage.

Tout usage de l'une ou l'autre des cartes de Tiers payant en votre possession et utilisées à l'expiration des droits au titre de la portabilité, donnera lieu à recouvrement par la Mutuelle.

Cessation du maintien des Garanties

Le droit au maintien des Garanties cesse :

- À la date à laquelle vous ne percevez 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 salarié

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

Le mécanisme de portabilité est financé par mutualisation.

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

Vous pouvez, 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, vous pouvez 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 5 : COTISATIONS

5.1 Garantie souscrite à titre obligatoire par l'employeur

Les garanties obligatoires sont mises en œuvre en contrepartie d'une cotisation : Isolé.

Cette cotisation est co-financée au minimum à hauteur de 50% par votre employeur, et à 50% par vous-même. Votre participation est directement précomptée par votre employeur sur votre fiche de paie.

5.2 Couverture obligatoire de vos ayants-droit

La couverture obligatoire de vos ayants-droit est à la charge de votre employeur. Votre participation est directement précomptée par votre employeur sur votre fiche de paie.

La garantie obligatoire est mise en œuvre en contrepartie :

- D'une cotisation « Isolé + 1 enfant » pour vous et un enfant,
- D'une cotisation « Couple » pour vous et votre conjoint,
- D'une cotisations « Famille » pour vous, votre conjoint et vos enfants.

5.3 Garantie souscrite à titre optionnelle

La garantie optionnelle que vous avez choisie, pour vous et vos ayants-droit, est entièrement à votre charge, et prélevée sur votre compte bancaire.

Cette couverture est mise en œuvre en contrepartie d'une cotisation : Isolé / Isolé + 1 enfant / Couple / Famille.

5.4 Garantie souscrite à titre surcomplémentaire

La garantie surcomplémentaire que vous avez choisie, pour vous et vos ayants-droit, est entièrement à votre charge, et prélevée sur votre compte bancaire.

5.5 Défaut de paiement des cotisations

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, vos Garanties seront 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 6 : 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 7 : 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 8 : 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 9 : RÉCLAMATION – MÉDIATION

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

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

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 10 : 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 vous concernant ainsi que vos 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 votre Affiliation et celle de vos 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 Entrenous – 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'informatiques 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 11 : 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 12 : 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 13 : GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

13.1 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 ».

13.2 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.

13.3 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.

13.3.1 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 Spécialisé, 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 ».

13.3.2 « 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.

13.3.3 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.

13.3.4 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.**

13.3.5 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.

13.3.6 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.

13.3.7 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 14 : 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 15 : 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 de 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-sociaux (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 16 : 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 indemnisations 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 17 : 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 18 : 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 à votre entreprise, 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.

Votre entreprise est tenue de vous informer des modifications des Garanties en vous remettant une nouvelle notice d'information établie par la Mutuelle.

ARTICLE 19 : 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 20 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

20.1 Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des Prestations auxquelles ils peuvent prétendre, vous pouvez 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.

20.2 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. A 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.

20.3 Cessation du droit aux Prestations

Vos droits ainsi que ceux de vos Ayants droit cessent dans les conditions décrites par l'article « CESSATION DE L'AFFILIATION » du présent contrat.

ARTICLE 21 : 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 22 : 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 vous appartient néanmoins de veiller à son fonctionnement, en vérifiant la prise en charge de vos frais de soins de santé.

Si vous ou vos ayants-droit avez déjà bénéficié de la télétransmission avec un autre organisme complémentaire, celle-ci ne pourra être mise en place qu'après votre radiation auprès de votre ancien centre d'assurance maladie.

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

Vous pouvez également vous opposer la télétransmission en formulant une demande à la Mutuelle.

ARTICLE 23 : 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 vous permet 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.

Vous recevrez une carte mutualiste nominative portant mention, le cas échéant, de vos ayants-droit et des actes susceptibles de bénéficier du Tiers-payant.

Vous bénéficiez ainsi d'une dispense d'avance de frais dans la limite des Garanties prévues au contrat. La Mutuelle rembourse alors les frais que vous avez engagés ou, le cas échéant, par vos 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, vous devez 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 votre Affiliation, vous vous engagez à restituer à la Mutuelle la carte mutualiste et le duplicata en votre possession et à en informer les professionnels de santé avec lesquels vous bénéficiez 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 24 : 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).

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 votre compte courant ou postal, ou, à votre demande, sur le compte courant de vos Ayant droit de plus de 16 ans.

Vous êtes informés des prestations versées par l'envoi régulier d'un bordereau récapitulatif. Sauf demande contraire de votre part, ces relevés de Prestations sont dématérialisés.

ARTICLE 25 : PRESTATIONS INDUES

En cas de Prestation indûment versée à vous ou vos Ayant droit, ou en cas d'utilisation du Tiers payant par la présentation d'une carte mutualiste postérieurement à la cessation de votre Affiliation entraînant le versement de Prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de vous réclamer le remboursement de toutes prestations indues et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour vous contraindre à ce remboursement.

ARTICLE 26 : CONTROLE 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.

Vous êtes 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.

Vous pouvez solliciter l'avis de votre médecin traitant, ou de votre chirurgien-dentiste traitant, ou de tout autre médecin, les honoraires de ceux-ci restant à votre charge.

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.

Vous pouvez refuser de vous soumettre à un contrôle médical au titre du secret médical.

En cas de refus de vous soumettre à un contrôle médical ou de justifier de votre situation médicale ou de votre 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.

ANNEXES : ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

TABLEAU DE GARANTIE ET EXEMPLES DE REMBOURSEMENT

ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION

Je soussigné(e),
certifie avoir reçu de mon employeur une notice d'information relative au régime de protection sociale complémentaire Frais de santé auquel il a adhéré auprès de la Mutuelle Entrenous.

Fait à _____ le _____

Signature :

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)			
Acupuncteur, 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