

L'Echange, L'Entraide, La Réciprocité

**Notice
D'information
Complémentaire santé**

**La Santé en entreprise,
c'est une volonté mutuelle**

Siège social :

**6 Rue Galilée - Parc A10 Sud - 41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR
Tél. : 02 54 56 41 41 - Fax : 02 54 56 41 49**

Janvier 2024

Table des matières

Préambule	3
Objet de la couverture	3
Les exclusions	3
Modalités d'adhésion et d'entrée en vigueur de la garantie	4
Modalités de prise en charge et formalités à accomplir	4
Changement d'option.....	5
Nullités – Défaut de paiement des cotisations – Exclusions – Limitations de garantie	5
Dispenses d'affiliation (applicables uniquement en contrat obligatoire).....	7
Prescription	8
Informations pratiques.....	8
Réclamations et médiation	8
Informatique et libertés	9
Cessation des garanties.....	10
Résiliation Infra Annuelle : spécifique aux opérations collectives facultatives	10
Conditions de versement de l'allocation obsèques (pour les contrats comportant la prestation)	11
Conditions de versement de l'allocation natalité (pour les contrats comportant la prestation)	11
Assistance sante vie quotidienne	11
Œuvres Sociales.....	12
Contacts.....	12
Prestations – Cotisations.....	13

Préambule

Votre contrat a pour objet de vous garantir le remboursement total ou partiel de vos dépenses de santé décrites dans les pages suivantes et réalisées entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Votre contrat est soit un contrat collectif à adhésion obligatoire, soit un contrat collectif à adhésion facultative. Pour adhérer à ces contrats vous devez être résident fiscal français. Vous devez être couvert par un régime obligatoire français d'assurance maladie et être à jour de vos cotisations ou avoir pu obtenir une attestation de droits avec le formulaire S1 dans le cadre de la coordination des systèmes de Sécurité sociale européens.

Objet de la couverture

Le contrat souscrit par votre employeur a pour objet de vous faire bénéficier d'une couverture, frais de santé, c'est-à-dire de compléter le remboursement des frais médicaux ou chirurgicaux effectué par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire. Les frais qui ne seraient pas pris en charge ne donneront lieu à aucun remboursement sauf, le cas échéant, pour certaines prestations prévues par le tableau des garanties.

Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et verse les éventuels forfaits sur justificatifs.

La mutuelle a souscrit un contrat collectif « natalité » et « obsèques » pour les adhérents bénéficiaires de ces garanties auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance, organisme assureur de ces risques. De ce fait les adhérents sont également membres de la Mutuelle Générale de Prévoyance, immatriculée à l'INSEE sous le n° 337 682 660, siège social 39 rue du Jourdil 74960 CRAN GEVRIER.

Les prestations et les dispositions du contrat s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation relatives aux « contrats responsables », définies aux articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et relatives au « panier de soins » définies aux articles L.911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des dispositions légales et réglementaires précitées et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux accordés à ce type de contrats.

Le contrat d'assurance objet de cette notice est qualifié de contrat solidaire et responsable.

Par « solidaire » : on entend un contrat dont l'adhésion des adhérents n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de ces derniers.

Par « responsable » : on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Les exclusions

Sous réserve des évolutions légales ou réglementaires, le présent contrat ne prend pas en charge :

☞ **La majoration du ticket modérateur appliquée au patient qui consulte un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans la coordination de ce dernier conformément à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité Sociale,**

☞ **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,**

↵ **La participation forfaitaire sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses, mentionnée au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale,**

↵ **La majoration prévue à l'article L.1111-15 du code de la Sécurité Sociale,**

↵ **La franchise appliquée sur les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes d'auxiliaires médicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation) et le transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence conformément à l'article L160-13 III.**

La prestation d'appairage n'est pas remboursable pour les équipements de classe B.

La présente notice est destinée à vous informer sur les garanties souscrites par votre employeur.

Mutuale, La Mutuelle Familiale est une Mutuelle régie par le code de la Mutualité, elle est à but non lucratif, dans ce cadre, en tant qu'adhérent, vous pouvez participer à la vie de la Mutuelle.

Modalités d'adhésion et d'entrée en vigueur de la garantie

L'affiliation du membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Adhésion qui lui est remis, via l'entreprise, par la Mutuelle.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à la Mutuelle toute déclaration et justificatifs nécessaires.

a) Lors de la souscription

Le souscripteur devra adresser un Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé par chaque salarié accompagné d'une photocopie de l'attestation du régime obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire pour l'enregistrement du dossier par MUTUALE et de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'adhésion.

b) En cours d'exercice

La souscriptrice ou le souscripteur devra adresser à la Mutuelle un bulletin d'affiliation dûment rempli par le nouveau salarié, accompagné d'une photocopie de l'attestation du régime obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire pour l'enregistrement du dossier par MUTUALE et de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'adhésion.

Ces éléments doivent être transmis à la Mutuelle dans les plus brefs délais.

Les adhésions sont enregistrées à la date de réception du dossier complet.

L'adhésion est immédiate, elle n'est soumise à aucune sélection médicale ou exclusion liée à une pathologie antérieure à la date de prise d'effet du contrat.

Pour les anciens salariés, conformément à l'article 4 de la Loi Evin, faire la demande de maintien des garanties dans les 6 mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou la fin des droits à portabilité ou le décès du salarié pour les ayants droit.

Modalités de prise en charge et formalités à accomplir

La Mutuelle étant complémentaire aux prestations servies par la Sécurité Sociale, elle intervient dans tous les cas, dans le domaine du ticket modérateur laissé à la charge du membre participant et de sa famille inscrite au contrat. Un forfait peut également être versé.

Le ticket modérateur pris en charge par la mutuelle est celui en vigueur à la date des soins. En cas de changement de taux du ticket modérateur, le Conseil d'Administration pourra envisager une modification de la cotisation.

Les prestations sont remboursées exclusivement par virement sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent et sur présentation des documents sauf traitement automatique (décomptes sécurité sociale, factures d'hospitalisation, etc.). La Mutuelle pourra demander toutes pièces justificatives nécessaires à l'attribution des prestations (voir annexe 3 prévue à cet effet).

Le membre participant peut également transmettre ses justificatifs scannés par mail à destination du service prestations de la mutuelle, celui-ci se réservant le droit à des fins de contrôle, de demander les documents originaux dans un délai de 24 mois suivant la date des soins.

Le suivi de vos remboursements :

Vous pouvez suivre vos remboursements sur Internet grâce à l'espace adhérent mis à votre disposition sur le site www.mutuale.fr.

Changement d'option

Conditions de changement d'option (pour les contrats concernés et sauf stipulations contraires de leur part. En cas de contradiction, les dispositions contractuelles prévalent) :

↪ Possibilité d'augmenter d'option à compter du 1^{er} janvier de chaque année, la demande doit être formulée par courrier adressé 2 mois avant la date d'échéance du 31 Décembre.

↪ Le changement dans une option inférieure, peut se faire après un an de présence dans l'option actuelle, ce choix est définitif sauf dérogation exceptionnelle (selon l'analyse de la situation) accordée par MUTUALE la Mutuelle Familiale.

Nullités – Défaut de paiement des cotisations – Exclusions – Limitations de garantie

↪ **Nullités**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

↪ **Défaut de paiement des cotisations**

1. A défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle adresse un courrier de mise en demeure à l'entreprise par pli recommandé l'informant que la garantie sera suspendue à défaut de règlement dans les 30 jours.

La Mutuelle sera en droit de résilier le contrat passé un nouveau délai de 10 jours sans régularisation.

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

2. Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations, toute échéance impayée au titre du mois M entraîne une lettre de relance émise le 15 du mois M.

A défaut de régularisation de la cotisation, une mise en demeure au 15 du mois M+1 est envoyée entraînant l'exclusion du membre participant à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant la mise en demeure en l'absence de régularisation.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé des conséquences du défaut de paiement des cotisations, à savoir son exclusion.

Après la mise en demeure et la radiation, la Mutuelle mettra tout en œuvre pour procéder au recouvrement des cotisations restant dues, soit par ses propres moyens, soit en faisant appel à des prestataires extérieurs qui se chargeront, pour son compte, de la gestion du contentieux.

Ces dispositions du point 2 s'appliqueront également si le paiement de la cotisation des ayants droit ou des options facultatives incombe au salarié.

La procédure prévue au 1. est applicable à l'employeur qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au 1. et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables lorsque l'adhésion à la mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

↳ Limitations de garantie

Les prestations garanties par ledit régime seront servies conformément aux conditions générales et particulières du contrat.

Ce contrat a pour objet principal de compléter le remboursement des frais médicaux ou chirurgicaux effectué par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire.

Les frais qui ne seraient pas pris en charge par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire ne donneront lieu à aucun remboursement sauf, le cas échéant, pour certaines garanties déterminées par les conditions particulières.

Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et verse les éventuels forfaits sur justificatifs.

Seuls seront pris en charge les frais médicaux ou chirurgicaux effectués postérieurement à la date de prise d'effet du contrat applicable aux salariés.

Pour les soins à caractère successifs engagés antérieurement, et faisant l'objet d'un remboursement à date unique de la sécurité sociale ou tout autre organisme obligatoire, un justificatif devra être produit stipulant le calendrier des soins et leurs montants.

En aucun cas, les prestations servies en application de la présente notice ne pourront, en s'ajoutant à celles de même nature qui seraient servies par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire, permettre à l'intéressé de recevoir des sommes supérieures à la dépense réellement engagée.

↳ Exclusions (sauf stipulations contraires du contrat qui prévaudront)

Sont exclues les prestations qui interviendraient au titre :

✓ Des frais inhérents, ou étant les conséquences de maladies professionnelles, accidents du travail ou trajet à l'exclusion du forfait journalier hospitalier et les actes non remboursés par la sécurité sociale et prévus au contrat qui devront être pris en charge,

✓ **Des traitements de cures de rajeunissement et d'esthétiques non pris en charge par le Régime Obligatoire,**

✓ **Des longs séjours en gériatrie conformément aux limites et exclusions fixées aux tableaux de garanties.**

Dans le cas où la Mutuelle ferait l'avance des prestations au titre des cas énoncés ci-dessus, et des accidents de la circulation, elle recourra à toutes actions auprès du membre participant, tiers responsables ou organismes pour le recouvrement des frais supportés.

Dispenses d'affiliation (applicables uniquement en contrat obligatoire).

Les cas de dispense d'ordre public :

- Salariés employés avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur (DUE) financée pour partie par le salarié. Cette dispense ne s'applique pas si le financement est pris en charge à 100% par l'employeur,

- CDD ou contrat de mission dont la durée de la couverture par le régime Frais de santé est inférieure à 3 mois, sous réserve de justifier, d'une couverture, frais de santé répondant au cahier des charges des contrats responsables. Ils doivent en contrepartie bénéficier du chèque santé prévu à l'article L.911-7-1 du code de la Sécurité sociale,

- Salariés bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire jusqu'à la date à laquelle ils cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide,

Salariés couverts par une assurance individuelle frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche (si elle est postérieure) jusqu'à échéance du contrat individuel,

- Salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi, en application de l'un des dispositifs suivants :

✓ régime frais de santé collectif et obligatoire répondant au cahier des charges des contrats responsables,

✓ dispositif de garanties de l'Etat, de ses établissements publics, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au profit de leurs agents,

✓ contrats d'assurance de groupe « Madelin »,

✓ régime local d'assurance maladie « Alsace-Moselle »,

✓ régime complémentaire d'assurance maladie des industries électriques et gazières,

- lorsque les garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-1 prévoient, au profit des ayants droit du salarié, la couverture à titre obligatoire des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droit soient déjà couverts par ailleurs dans un contrat collectif obligatoire, à condition de la justifier chaque année.

Sauf stipulations contraires dans l'acte juridique de mise en place et sous réserve qu'elles y soient inscrites, les dispenses ci-dessous peuvent aussi être invoquées par les salariés :

- Salariés employés avant la mise en place d'une couverture complémentaire santé par décision unilatérale de l'employeur (DUE) dont le financement des garanties frais de santé est exclusivement patronal. Ce cas de dispense ne s'applique pas si une quote part de la cotisation est à la charge du salarié,

- Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à 12 mois, à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite pour le même type de garanties,

- Salariés et apprentis bénéficiaires d'un CDD ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à 12 mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs,

- 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.

Prescription

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente notice sont prescrites par 24 mois à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant (garantie obsèques et décès) et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Informations pratiques

Sont remis à l'adhérent : les statuts et règlements de Mutuale - La Mutuelle Familiale et de la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales, leur code d'accès à internet et leur carte d'adhérent.

Vous bénéficiez de tous les services :

- La télétransmission directe des décomptes entre les caisses de Sécurité Sociale et la mutuelle ;
- Le tiers payant sur présentation de la carte d'assuré social et de la carte de la Mutuelle ;
- La possibilité de présenter des dossiers de demandes exceptionnelles à la commission d'attribution des secours pour des frais inhérents à la maladie et à ses conséquences.
- Une information Mutualiste avec le journal prévu à cet effet qui vous sera adressée personnellement à votre domicile.

IMPORTANT : toutes modifications d'adresse, de bénéficiaires, ..., doivent être signalées à l'entreprise qui informera la mutuelle.

Si vous choisissez de souscrire aux options facultatives (dont le paiement est non précompté sur votre salaire) et d'affilier un ayant-droit dans le cas où leur affiliation est facultative, il vous appartiendra d'en informer la mutuelle. Par ailleurs, le membre participant s'engage à signaler à celle-ci toutes modifications relatives au changement de bénéficiaires.

Réclamations et médiation

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

MUTUALE
Service réclamation
6 rue Galilée Parc A10 Sud
41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR
Tél. 02 54 56 41 41 (appel non surtaxé)

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accuse réception ou apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrables. Et dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait être fournie dans ce délai, la Mutuelle adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra être apportée à la réclamation sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si le désaccord persiste à l'issue de la procédure de réclamation et après épuisement des voies de recours internes, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur interne de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

MUTUALE
Service Médiation
6 rue Galilée Parc A10 Sud
41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

Et si le désaccord persiste toujours à l'issue de la première procédure de médiation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur externe de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur
39 rue du Jourdil
74960 Cran Gevrier
Courriel : mediation@mutuelles-entis.fr

Le médiateur externe a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans les meilleurs délais suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

Les adhérents peuvent saisir le service prévu pour le traitement de la médiation, sans préjudice pour eux d'intenter une action en justice.

Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Mutuale, la Mutuelle Familiale conformément à la loi n°78-17 Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données, 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et de gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte

contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement, l'exécution contractuelle, les obligations légales et l'intérêt légitime de la Mutuelle.

Ces données peuvent être destinées aux salariés de la Mutuelle en charge de la préparation et de la gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de la prospection commerciale, des organismes de Sécurité Sociale, des professionnels de santé, des sous-traitants, partenaires, réassureurs, coassureurs, services et autorité de contrôle de la Mutuelle ainsi qu'à l'administration fiscale, sociale et aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité de leur recueil et de leurs traitements. Les données utilisées à des fins de prospections commerciales sont conservées pendant une durée de trois ans à compter de leur collecte par la Mutuelle ou du dernier contact émanant du prospect. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée de l'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux applicables à l'activité de la Mutuelle.

Vous et vos ayants droit disposez d'un droit d'accès et de communication, de limitation du traitement de vos données, d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit à la portabilité, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour, et d'un droit de modification et de suppression des données vous concernant. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier à l'adresse suivante : DPO Mutuale, la Mutuelle Familiale – 6 rue Galilée Parc A10 Sud – 41260 La Chaussée Saint Victor.

La Mutuelle vous répondra dans un délai d'un mois maximum sauf demandes complexes.

Vous bénéficiez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenay – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

Cessation des garanties

Les garanties du Contrat cessent :

- **En cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue au paragraphe « défaut de paiement des cotisations » de la présente notice ;**
- **En cas de désaccord entre les parties sur les augmentations proposées par la mutuelle, tel que prévu au contrat ;**
- **Si applicable, à la date de la liquidation de la retraite de la Sécurité sociale du membre participant, sauf en cas de situation de cumul emploi retraite, tel que défini par la législation en vigueur ;**
- **Si applicable, à la date de cessation du contrat de travail du membre participant (au terme du préavis effectué ou non), sous réserve, le cas échéant, des dispositions relatives au maintien des garanties dans le cadre de la portabilité des droits telles que prévues au paragraphe « Portabilité » ;**
- **Et en tout état de cause, à la date de résiliation du contrat signé par le souscripteur ou de décès du membre participant.**

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

Résiliation Infra Annuelle : spécifique aux opérations collectives facultatives

En application des dispositions de l'article L.221-10-2, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment à compter de la première année d'adhésion à la garantie sans frais, ni pénalités, en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3. Tout changement d'option ou de garantie fait courir un nouveau délai de 12 mois. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Conditions de versement de l'allocation obsèques (pour les contrats comportant la prestation)

La Mutuelle pourra accorder à ses adhérents une allocation obsèques dont le montant varie en fonction de la garantie souscrite.

Pour tous les bénéficiaires au contrat, y compris les enfants de moins de 12 ans, cette allocation sera versée dans la limite des dépenses engagées et sera accordée sans période de stage.

Pour un « enfant présentement sans vie », la mutuelle versera une allocation obsèques sur présentation de justificatifs.

Conditions de versement :

- Le versement pourra être alloué sur justificatifs à toute personne ayant supporté les frais d'obsèques ;
- En cas de convention entre un ou plusieurs organismes funéraires et la Mutuelle, celle-ci versera directement l'allocation aux organismes funéraires dans la limite du forfait et dans la limite des dépenses engagées. La famille payera le supplément dépassant le montant du forfait le cas échéant ;
- Dans le cas où un Notaire a la charge de la succession, la famille devra transmettre à la Mutuelle les coordonnées de celui-ci. L'allocation lui sera alors versée sur justificatifs (cf. ci-dessous) ;
- Si les frais d'obsèques ont été acquittés via un compte bancaire ouvert au nom du défunt, le montant de l'allocation obsèques sera versé au notaire en charge de la succession ou à défaut à ses ayants droit, dans la limite des frais engagés pour les obsèques et du montant disponible. Une attestation de porte fort sera demandée en cas de pluralité d'ayants droit et un certificat d'hérédité si un Notaire n'a pas été désigné.

Les pièces justificatives à fournir sont :

- l'extrait d'acte de décès,
- la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant l'identité de la personne ayant réglé.

Conditions de versement de l'allocation natalité (pour les contrats comportant la prestation)

Selon les dispositions contractuelles, la mutuelle en cas de maternité ou d'adoption ou de paternité, pourra accorder un forfait par adhérent chef de dossier sur présentation d'un bulletin de naissance ou d'adoption dans les 6 mois.

En cas de naissances multiples, il pourra être payé un forfait naissance pour chaque enfant né viable.

Pas d'allocation natalité pour les « enfants » présentement « sans vie ».

En cas d'adoption : attribution de l'allocation natalité / adoption si l'enfant adopté a moins d'un an. Le droit au forfait naissance est ouvert sans délai de stage.

Assistance sante vie quotidienne

Garantie Assistance 24 heures / 24 - 7 jours / 7

Régie par le Code des Assurances et immatriculée au RCS de Nanterre sous le n° 312 517 493

108 Bureaux de la Colline

92210 SAINT CLOUD

N°Cristal 09 69 32 03 77 (appel non surtaxé)

et diffusée par COGEMUT immatriculé au RCS de CRETEIL sous le numéro 408 184 208

Siège social : 26 Bis Boulevard de Strasbourg - 94130 NOGENT SUR MARNE

Œuvres Sociales

MUTUELLE FAMILIALE DES ŒUVRES SOCIALES

Soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité et régie par ce code sous le numéro INSEE 442 609 897

- **CENTRES OPTIQUES – Comptoir Visuel**

181 rue des Perrières à St GERVAIS LA FORET

9 rue Georges Clémenceau à ROMORANTIN

1 rue du Général de Gaulle à VENDOME

- **CENTRES MUTUALISTES DE SANTE DENTAIRE**

8 rue Galilée Parc A10 Sud à LA CHAUSSEE ST VICTOR

2 bis rue de la Résistance à ROMORANTIN

22 rue Marcel Proust à VENDOME

Contacts

SIEGE SOCIAL

- **LA CHAUSSEE ST VICTOR**

6 rue Galilée - Parc A10 Sud

41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR

- **SERVICE RELATION ADHERENTS**

Téléphone : 02 54 56 41 41

Courriel : contact@mutuale.fr

- **SERVICE GESTION ADHERENTS**

Courriel : service.gestion@mutuale.fr

- **SERVICE PRESTATIONS**

Courriel : service.prestation@mutuale.fr

BUREAUX D'ACCUEIL

- **AUVERGNE**

- CLERMONT-FERRAND – 16, Rue Saint-Genès

- MONTLUCON – 73, Avenue de la République

- MOULINS – 87, Rue d'Allier

- VICHY – 30, Boulevard Gambetta

- **BRETAGNE**

- LORIENT – 72, Rue Lazare Carnot

- PLESCOP – 1, Rue Marguerite Perey

- **CENTRE**

- BLOIS – 26, Avenue de Verdun

- BOURGES – 11, Avenue du 11 Novembre 1918

- ROMORANTIN – 4, Rue de la Tour

- SAINT-GERVAIS-LA-FORET – 129, Route nationale

- TOURS – 13/15, Rue Marceau

- VENDOME – 43, Rue du Change

- **HAUT-DE-FRANCE / NORMANDIE**

- ABBEVILLE – 18, Place Max Lejeune

- AMIENS – 16, Rue Jean Catelas

- CALAIS – 34, Place d'Armes

- GRAND-COURONNE – 8, Chemin de l'Antenne

Prestations – Cotisations

Prestations Voir ANNEXE 1

Cotisations Voir ANNEXE 2

ANNEXE 3 : Pièces justificatives pour le versement des prestations

Cette liste est donnée à titre indicatif et ne saurait être considérée comme exhaustive. La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes autres pièces justificatives qu'elle juge nécessaires au moment des contrôles pour le déblocage des prestations. Il est précisé qu'en cas de mise en œuvre du tiers payant, aucune pièce justificative ne vous sera demandée, elles seront attendues du Régime Obligatoire, sauf nécessité absolue de pièces complémentaires lors de contrôles par la Mutuelle.

PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES
OPTIQUE *	
Monture et Verres	Ordonnances / facture de l'équipement / décompte ou flux
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	Facture lentilles si dépassements
Lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire	Facture lentilles
Chirurgie réfractive	Facture de l'intervention
MEDECINES DOUCES	
Médecines douces prévues par la garantie	Facture : Nominative détaillée par type de spécialité datée, acquittée et tamponnée (si ce n'est pas le cas vérification web)
CURES THERMALES	
La cure	Facture détaillée de l'établissement
L'hébergement	
Le transport	Flux et selon le cas, plus l'attestation de déclaration sur l'honneur certifiant les km effectués ou ticket de trains
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée	Flux ou décompte ou Facture détaillée si règlement uniquement du Ticket Modérateur
Pharmacie non remboursée	Ordonnance plus factures acquittées
Contraceptions	Ordonnances plus factures acquittées selon les cas
DENTAIRE	
Soins, actes chirurgicaux, inlays onlays, parodontologie remboursés	Décompte ou flux et/ ou facture
Prothèses remboursées / Inlays core	Décompte ou flux plus facture précisant les numéros de dents
Actes dentaires non remboursés	Facture avec CODE CCAM à spécifier <u>obligatoirement, si pas de code ccam : refus remboursement.</u>
Orthodontie	Décompte ou Flux et/ou Facture

MATERIEL MEDICAL

Appareillages divers et prothèses médicales autres	Flux/décompte et facture acquittée du dépassement
Prothèses capillaires ou mammaires	
Fauteuil roulant, lit médicalisé	

HOSPITALISATION

Frais de séjour	Facture acquittée par l'adhérent ou Prise en charge /facturation établissement
Forfait journalier	
Dépassement d'honoraires	Flux et/ou bordereau de facturation détaillé et/ou reçu d'honoraires
Chambre particulière	Facture détaillée distinguant le prix de la chambre et les frais annexes
Frais d'accompagnement	Facture acquittée et bulletin de situation de la personne hospitalisée

PREVENTION

Prévention obligatoire	Flux et Facture acquittée
Forfait sport	Facture nominative détaillée et acquittée ou présentation d'une licence sportive ...
Atelier Prévention	Facture de l'atelier, facture transport

GARANTIES INDUITES

Allocation obsèques	Facture acquittée et acte de décès
Allocation naissance ou adoption	Acte de naissance
Allocation Nuptialité	Acte de mariage
Accident TNS	Facture acquittée Rapport légal d'accident

AIDES AUDITIVES

Prothèses	Flux ou décompte ou facture
Accessoires	

**En fonction du remboursement demandé (deux équipements visions de près et de loin, renouvellement anticipé à la suite d'une pathologie ou d'une évolution de la vue), la Mutuelle se réserve le droit tout document supplémentaire.*