

Notice d'information du contrat collectif à adhésion obligatoire de frais de santé GRAINES DE SOL Contrat N°308/04

Conformément à nos obligations réglementaires, cette notice vous est remise pour vous permettre de connaître les modalités détaillées du contrat mutualiste dont vous bénéficiez.

Les services de votre Mutuelle sont à votre disposition pour répondre à toutes vos questions : en nous contactant directement au 01 42 36 92 06 ou par mail au contact@mutuelledesscop.fr,

Pour suivre votre dossier et vos remboursements, vous pouvez aussi consulter votre espace adhérent depuis le site www.mutuelledesscop.fr ou depuis votre mobile

La Mutuelle s'engage à faire le maximum pour assurer un suivi rapide de vos demandes de remboursement et d'accès aux services associés à votre contrat.

Article 1 - Objet

La notice d'information définit les modalités de fonctionnement du régime collectif à adhésion obligatoire de frais de santé proposé par la Mutuelle des Scop (Mucs), ci-après dénommée « la Mutuelle », à l'ensemble des salariés de la société GRAINES DE SOL, ci-après dénommés « les participants », et à leurs éventuels ayants droit. Ce régime a pour objet le versement de prestations frais de santé complémentaires à celles servies par la Sécurité sociale, telles que définies en annexe.

Le contrat ouvre la possibilité pour chaque salarié participant, de décider de la souscription volontaire pour lui et le cas échéant ses ayants droit à des garanties optionnelles au titre desquelles les remboursements supplémentaires interviennent déduction faite des remboursements collectifs et obligatoires définis au contrat. L'addition des remboursements collectifs et obligatoires et des remboursements optionnels ne dépasse en aucun cas les plafonds d'indemnisation définis par la réglementation en vigueur au titre des contrats responsables (le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014 à la date d'établissement du contrat).

Article 2 : Bénéficiaires

Les bénéficiaires des prestations sont les participants et les ayants droit figurant sur le bulletin individuel d'affiliation.

Sont considérés comme des ayants droit :

- Le conjoint, le partenaire d'un Pacte civil de solidarité ou le concubin (certificat de concubinage ou déclaration sur l'honneur signée des deux intéressés ainsi que deux témoins) ayant droit au sens de l'article L. 313-3 du Code de la sécurité sociale ;
- Le conjoint, le partenaire d'un Pacte civil de solidarité ou le concubin, exerçant une activité salariée lui procurant un revenu inférieur ou égal au plafond annuel servant de référence à l'octroi de la Couverture Maladie Universelle (copie de l'avis d'imposition à produire annuellement) ;
- Les ascendants vivant sous le même toit et à charge au sens de l'article L. 313-3 du Code de la sécurité sociale ;
- Les enfants du participant, du conjoint, du partenaire de Pacs, et du concubin à charge, à savoir :
 - Les enfants jusqu'au 16^{ème} anniversaire ;
 - Les enfants qui poursuivent leurs études jusqu'à 25 ans, et au-delà s'ils sont couverts par le régime de sécurité sociale des étudiants ;
 - Les enfants en apprentissage ou entrant dans le cadre des contrats d'insertion en alternance jusqu'au terme de leur cursus (sous réserve de la présentation d'un certificat attestant de leur situation) ;
 - Les enfants au chômage jusqu'à leur 25^{ème} anniversaire, à condition qu'ils aient bénéficié du présent contrat sans interruption autre que le Service National ;
 - L'enfant poursuivant ses études, en apprentissage ou en contrat d'insertion en alternance qui aurait 26 ans entre le 1er janvier et le 30 juin sera couvert en tant que bénéficiaire jusqu'au 30 juin de l'année en cours.
 - Les enfants sans limitation d'âge s'ils bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés versée par les Caisses d'allocation familiales.

Article 3: Formalités d'affiliation

Les participants doivent, au moment de leur affiliation et de toute modification de leur situation familiale, remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation accompagné d'un RIB, de l'attestation du régime obligatoire d'assurance maladie, et de tout document justifiant la situation des ayants droit.

Article 4 : Prise d'effet des garanties

L'ensemble du personnel déclaré dans l'état nominatif transmis par l'entreprise au jour de la souscription du contrat est immédiatement assuré.

Pour les salariés engagés postérieurement, la garantie prendra effet dès leur embauche si la déclaration accompagnée des documents nécessaires est faite dans un délai d'un mois. A défaut, la garantie prendra effet au jour de la réception de la déclaration, même si des cotisations ont déjà été versées par le souscripteur.

Il en sera de même pour toute déclaration d'un nouvel ayant droit. Si la Mutuelle est informée dans le mois suivant l'évènement (mariage, naissance...) modifiant la situation familiale, la garantie sera immédiate pour l'ayant droit. A défaut, elle prendra effet au jour de la réception de cette déclaration accompagnée des documents justificatifs, même si des cotisations ont déjà été versées par le souscripteur.

Affiliation aux garanties optionnelles.

Tout salarié du souscripteur régulièrement affilié au titre des garanties collectives et obligatoires peut être affilié, à sa demande, aux garanties optionnelles décrites à l'annexe 1.

- L'affiliation optionnelle vaut obligatoirement pour le salarié et les ayants droit bénéficiant des garanties collectives et obligatoires.
- L'affiliation aux garanties optionnelles prend effet au 1er jour du mois suivant la signature du bulletin d'affiliation optionnelle.
- L'affiliation optionnelle est réalisée sous réserve du paiement de la cotisation y correspondant par l'intéressé. L'intéressé peut donner mandat au souscripteur de prélever sur son salaire la cotisation afférente aux garanties optionnelles à charge pour lui de la verser à la mutuelle. En cas de défaut de paiement des cotisations correspondant aux garanties optionnelles, il est fait application des dispositions de l'article 16.2 (à l'égard des seules garanties optionnelles).
- Les garanties optionnelles suivent le sort des garanties collectives et obligatoires en cas de maintien (sauf dispositions particulières), de suspension, ou de cessation ou de résiliation de ces dernières.
- Le salarié peut résilier son affiliation optionnelle chaque 31 décembre sous réserve d'en aviser la mutuelle au plus tard le 31 octobre précédent ou en cas de modification de la composition de la famille, dans ces deux derniers cas, la résiliation intervient au terme du premier mois civil suivant la date de réception par la mutuelle de la résiliation.
- En cas de résiliation de l'affiliation aux garanties optionnelles, l'intéressé ne peut solliciter une nouvelle affiliation à leur titre qu'après un délai de carence de 24 mois.

Article 5 : Les prestations

La nature et le montant des prestations garanties sont définies en annexe. Elles sont susceptibles d'évoluer en fonction des évolutions législatives et réglementaires, et s'entendent déduction faite des prestations de la Sécurité sociale.

La garantie a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au participant et à ses éventuels ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux - chirurgicaux engagés pendant la période de garantie, en complément ou non des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les frais exposés en cas de grossesse pathologique pris en charge par la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie sont assimilés à des actes médicaux et/ou chirurgicaux et pris en charge comme tels dans le cadre du présent contrat.

La date des actes médicaux prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire. Par dérogation, pour les soins, prothèses dentaires, l'orthodontie et les séries d'actes dans le cadre d'un traitement, la date des soins à retenir est la date de la prescription du praticien (date de la demande d'entente préalable ou la date de l'acte médical par lequel l'ensemble du traitement a été prescrit). En revanche, en cas de cessation de garanties postérieure à la prescription d'un de ces actes, ils ne seront pris en charge que pour autant que le traitement ait débuté dans un délai d'un mois après la prescription du praticien, toutes preuves nécessaires devant être apportées par le bénéficiaire.

Les taux et bases de remboursement du régime obligatoire de Sécurité sociale pris en considération sont ceux en vigueur à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

Article 6 : Modalités de remboursement

Le versement des prestations est adressé directement au participant, après échange de données informatisées entre organismes sociaux ou sur présentation des décomptes originaux délivrés par le régime de Sécurité sociale et, le cas échéant des pièces originales justificatives mentionnées ci-après.

TYPE DE PRESTATIONS	PIECES A FOURNIR
Dentaire:	
- prothèses dentaires et orthodontie acceptées par la Sécurité sociale	- décompte de sécurité Sociale + facture acquittée des frais engagés comportant la codification des travaux par dent

TYPE DE PRESTATIONS	PIECES A FOURNIR
- prothèses dentaires et orthodontie refusées par la Sécurité sociale	- notification de refus de la Sécurité sociale + facture acquittée comportant la codification des travaux effectués par dent
Optique : 1 forfait optique par an et par bénéficiaires	
- lunettes ou lentilles cornéennes prises en charge par la Sécurité sociale	- décompte de Sécurité Sociale + facture indiquant d'une part les frais de monture, d'autre part ceux des verres ou des lentilles cornéennes sauf en cas de tiers payant
- lentilles refusées par la Sécurité sociale	- notification de refus de la Sécurité sociale + facture acquittée
Hospitalisation :	
- Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale	- facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier
- Dépenses accessoires (chambre particulière, lit accompagnant...)	- facture détaillée et acquittée de l'établissement hospitalier
Cure thermale	- factures et décomptes Sécurité sociale
Allocation naissance	- copie du livret de famille ou acte de naissance + affiliation de l'enfant

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être exigé.

Les demandes de remboursement doivent être adressées dans un délai de 2 ans à compter de l'établissement du décompte de la Sécurité sociale. Passé ce délai, les prestations ne seront plus versées.

Article 7 : Soins non remboursés

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement et toute cure de confort ou d'esthétique ;
- les interventions de chirurgie esthétique de toute nature ainsi que leurs suites, sauf si elles sont consécutives à un accident ou à une maladie ;
- plus généralement, toute prestation ne figurant pas en annexe.

Article 8 : Contrat responsable

8.1. Obligations de prise en charge

En qualité de contrat responsable, le présent contrat prend en charge conformément aux dispositions de l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale :

- au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du même code ;
- au moins 30% du tarif servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments prescrits par le médecin traitant, autres que ceux mentionnés aux 6° et 7° de l'article R. 322-1 du même code ;
- au moins 35% du tarif servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses et de laboratoires prescrits par le médecin traitant ;
- deux prestations de prévention figurant sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juillet 2006.

8.2. Exclusion de prise en charge

En qualité de contrat responsable, le présent contrat exclut conformément aux dispositions de l'article R. 871-1 du Code de la sécurité sociale :

- la majoration de la participation aux soins à défaut de choix de médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin en dehors du parcours de soins ;
- la majoration de la participation lorsque le patient n'accorde pas l'accès à son dossier médical personnel ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste en dehors du parcours de soins.

De plus, conformément aux dispositions de l'article L. 322-2 du même code, la prise en charge de la participation forfaitaire de 1€ est exclue.

Article 9 : Limitation aux frais réels

Conformément aux dispositions de l'article 9, alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit. Le participant doit donc informer la Mutuelle, lorsque lui et/ou ses éventuels ayants droit bénéficient d'une garantie de même nature que celle assurée par le contrat collectif à adhésion obligatoire de frais de santé.

Article 10 : Etendue territoriale des garanties

Article 10.1. : Limitation territoriale

Pour les participants et ayants droit domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en œuvre dans la limite du territoire métropolitain.

Pour les participants et ayants droit domiciliés dans un département d'outre-mer, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de ce département.

Article 10.2. : Frais médicaux engagés à l'étranger

Les frais médicaux engagés à l'étranger sont pris en charge si et seulement si ils donnent lieu à prise en charge par la Sécurité sociale française ; la Mutuelle intervient en complément sur la base de 100% de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Ces frais ne donnent pas lieu à un remboursement sur les dépassements d'honoraires.

Article 11 : Montant et paiement des cotisations

La cotisation forfaitaire est déterminée chaque année. Elle est appelée pour les garanties obligatoires auprès de la société GRAINES DE SOL qui la règle selon les modalités et les échéances prévues au contrat. La part qui incombe aux participants est précomptée chaque mois sur leur salaire.

Pour l'année 2022, les cotisations facultatives s'élevaient à :

	SYNTEC OPTION SERENITE	SYNTEC OPTION QUIETUDE
Salarié + enfants	-	+ 31.37 €
Conjoint	59.60 €	73.20 €

Les cotisations sont dues pour la totalité du mois au cours duquel les garanties optionnelles et/ou les affiliations volontaires des ayants droit sont accordées.

Modalités de paiement

Les cotisations correspondant aux garanties optionnelles sont mensuelles, payables mensuellement à terme à échoir. Elles doivent être payées dans les 15 jours suivant l'avis d'échéance. Le participant est responsable du paiement de la totalité des cotisations correspondant aux garanties optionnelles. Il peut donner pouvoir au souscripteur pour prélever sur son salaire les cotisations correspondant aux garanties optionnelles qui les versera mensuellement à la mutuelle.

En cas de non-paiement des cotisations dans le délai imparti par le contrat, le versement des prestations peut être suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité. Le défaut de paiement des cotisations peut conduire à la résiliation du contrat.

Article 12 : Indexation des cotisations

Les cotisations sont indexées annuellement sur l'évolution moyenne de l'indice de Consommation Médicale Totale au cours des trois dernières années.

En aucun cas, le taux d'indexation appliqué ne peut être inférieur à 1.

Article 13 : Révision des cotisations

13.1. Révision en cas de déséquilibre du contrat

Le montant des cotisations peut être révisé à chaque renouvellement annuel du contrat en fonction des résultats techniques du contrat, à savoir, si le rapport Sinistre à Cotisations dépassait 100%.

La société GRAINES DE SOL pourra soit accepter le nouveau montant proposé par la Mutuelle en signant un avenant, soit demander la résiliation du contrat, soit poursuivre le contrat au montant antérieur des cotisations les prestations étant alors réduites proportionnellement, pour ne pas augmenter les engagements de la Mutuelle.

13.2 Révision en cas de modifications législatives ou réglementaires

Lorsque des dispositions législatives et/ou réglementaires viennent à modifier les engagements de la Mutuelle, cette dernière se réserve le droit de proposer une modification du montant des cotisations ou des prestations applicables à compter de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

La société GRAINES DE SOL pourra soit accepter le nouveau montant proposé par la Mutuelle en signant un avenant, soit demander la résiliation du contrat, soit poursuivre le contrat au montant antérieur des cotisations les prestations étant alors réduites proportionnellement, pour ne pas augmenter les engagements de la Mutuelle.

13.2 Révision des cotisations par l'assemblée générale

Les cotisations peuvent conformément aux statuts de la Mutuelle être révisées par l'assemblée générale, ou par le conseil d'administration ayant reçu délégation de pouvoir de l'assemblée générale.

La société GRAINES DE SOL pourra soit accepter le nouveau montant proposé par la Mutuelle en signant un avenant, soit demander la résiliation du contrat, soit poursuivre le contrat au montant antérieur des cotisations les prestations étant alors réduites proportionnellement, pour ne pas augmenter les engagements de la Mutuelle.

Article 14 : Subrogation

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée de plein droit aux participants ou à leurs ayants droit victime d'un accident, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses qu'elle a supportées. Le participant s'engage donc à informer la Mutuelle de toute demande de prestations faisant suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers

Article 15 : Prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du contrat collectif obligatoire de frais de santé est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 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.

Article 16 : Réclamations

Les participants peuvent, sans préjudice des actions en justice qu'ils ont la possibilité d'exercer par ailleurs, adresser leurs réclamations auprès de la Mutuelle union du Commerce et des SCOP par courrier 12 quai de la Mégisserie – 75001 PARIS.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, le membre participant peut après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, saisir le service de Médiation Fédérale de la Mutualité Française (Médiation Fédérale Mutualiste - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15).

Article 17 : Attribution de juridictions

La présente convention est soumise à la loi française.

Tout différend né entre les parties à l'occasion de son interprétation ou de son exécution sera soumis, par la partie la plus diligente, à défaut de résolution amiable, aux tribunaux compétents.

Article 18 : Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle administratif de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, sise 61 rue Taibout- 75546 PARIS Cedex 9.

Article 19 : Suspension de la garantie

19.1. En cas de suspension du contrat de travail non indemnisé par l'employeur

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant lieu à aucune indemnisation par l'employeur, le bénéfice de la garantie frais de santé est suspendu pour le participant et ses ayants droit.

La suspension de garantie intervient à la date de cessation de l'activité professionnelle au sein de votre entreprise, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé au sein de l'effectif assuré, sous réserve que la Mutuelle en soit informée dans le mois suivant la reprise. A défaut, la période de suspension de garanties prendra fin au jour de la réception de la déclaration de reprise d'activité.

Pendant la période de suspension de garanties, aucune cotisation n'est due au titre du membre participant, ni aucune prestation. Ainsi, les actes médicaux - chirurgicaux ou événements dont la date de réalisation se situe durant la période de suspension de la garantie ne peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

19.2. En cas de non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations, la garantie est suspendue dans les conditions définies à l'article 11.

Article 20 : Cessation de la garantie

La garantie cesse, tant pour le participant que pour ses ayants droit :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat collectif obligatoire de frais de santé conclu entre la société et la Mutuelle ;
- en cas de rupture du contrat de travail conclu entre le participant et la société GRAINES DE SOL au dernier jour de la période pour laquelle la cotisation aura été payée. La société a un délai d'un mois pour le signaler à la Mutuelle.

Seuls les actes médicaux - chirurgicaux ou événements antérieurs à la date de cessation de garantie pourront être pris en charge dans le cadre du présent contrat.

Le participant s'engage à restituer la carte d'adhérent à son employeur lorsqu'il ne fait plus partie de l'effectif assuré. L'utilisation abusive de cette carte expose son auteur à une action en recouvrement, et le cas échéant, à une procédure judiciaire

Article 21 : Portabilité des droits

Les garanties du contrat collectif sont maintenues aux anciens salariés remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- le contrat de travail doit être rompu ;
- les hypothèses donnant droit à portabilité sont notamment les suivantes :
 - tout licenciement, **à l'exception de celui pour faute lourde**,
 - la rupture conventionnelle du contrat de travail,
 - l'arrivée à terme d'un Contrat à Durée Déterminée,
 - la rupture pour motif légitime et sérieux du Contrat à Durée Déterminée à objet défini,
 - la démission considérée comme légitime, au sens de la réglementation relative à l'assurance-chômage,
 - la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance,
- la cessation du contrat de travail doit ouvrir droit à prise en charge par le régime de l'assurance chômage ;
- le cas échéant, les intéressés doivent conserver le bénéfice de la portabilité de l'ensemble des contrats collectifs prévoyance et frais de santé conclus par le Souscripteur auxquels ils étaient affiliés à la date de cessation de leur contrat de travail ;

Les salariés bénéficiaires du dispositif de portabilité ont droit aux garanties prévues au contrat aux mêmes conditions que les salariés en activité au sein du Souscripteur. Toute modification des garanties et/ou du montant des cotisations intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires de ce dispositif.

La portabilité s'étend aux ayants droit, s'ils sont inscrits au contrat collectif à la date de rupture du contrat de travail, hormis en cas de modification de la situation familiale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance d'enfants,...) intervenant postérieurement à cette date.

La prise d'effet de la portabilité est fixée à la date de cessation du contrat de travail. La durée de cette portabilité est égale à celle du dernier contrat de travail conclu avec le Souscripteur, appréciée en nombre de mois entiers. **Elle ne peut toutefois excéder 12 (douze) mois.**

La portabilité cesse :

- à l'issue de la période indiquée à l'article 3 ci-dessus ;
- si l'ancien salarié est radié des listes de bénéficiaires de l'assurance-chômage, à la date à laquelle il cesse de bénéficier de ce régime ;
- si la cotisation concernant l'ancien salarié cesse d'être versée, ou si celui-ci cesse de figurer sur les avis d'échéance de cotisations (et bordereaux d'ajustement annuels) que le Souscripteur doit fournir à la Mutuelle pour la gestion du régime ;
- dès que l'ancien salarié retrouve un emploi, même à temps partiel, quelle que soit la durée de cette reprise d'activité.

La portabilité cesse en tout état de cause :

- à la date de liquidation de ses pensions d'assurance vieillesse, y compris pour inaptitude au travail ;
- à la date de résiliation du contrat collectif. Dès que le contrat est résilié, il ne peut être maintenu dans ses effets à titre individuel.

L'ancien salarié doit pouvoir justifier, pendant toute la durée de la portabilité, de sa prise en charge par le régime de l'assurance-chômage.

Ainsi, à la demande de la Mutuelle ou lors de la demande de règlement des prestations, outre les documents prévus au contrat collectif nécessaires à ces règlements, il doit transmettre la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance-chômage (par exemple : dernier décompte des allocations chômage perçues).

A défaut de production de ce justificatif, la Mutuelle pourra refuser ou suspendre la prise en charge des prestations.

Article 22 : Maintien d'une couverture au profit des anciens salariés et de leurs bénéficiaires

La Mutuelle maintient, conformément aux dispositions de l'article 4 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, une garantie de prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux, sans condition de période probatoire, ni d'examen ou de questionnaire médicaux, et dont la cotisation ne dépassera pas 150% de la cotisation totale (parts salariale et patronale) applicable au jour de la cessation de la garantie, au profit :

- des anciens salariés qui ont cessé d'être garantis en raison de la rupture de leur contrat de travail et 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 ;
- des ayants droit affiliés du salarié décédé, pendant une période minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

L'ancien salarié souhaitant bénéficier d'un maintien de garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 devra en faire la demande à la Mutuelle dans un délai de 6 mois suivant la cessation de son contrat de travail ou à la fin de la portabilité. La nouvelle garantie souscrite à titre individuel prend effet le lendemain de la demande.

Article 23 : Informatique et libertés

En application de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré a un droit d'accès, de rectification et de portabilité des informations détenues par la Mutuelle en s'adressant au siège de la Mutuelle dont l'adresse figure sur le bulletin individuel d'affiliation.

Annexe 1:

Tableaux des garanties

Remboursement total y compris régime obligatoire dans la limite des frais réels :

Version 01.01.2022 Remboursement Total y compris régime obligatoire ⁽¹⁾		SERENITE O29SYNSER	QUIETUDE O29SYNTQU
SOINS COURANTS	HONORAIRES MÉDICAUX ⁽²⁾⁽³⁾		
	Consultations et visites généralistes		
	- Adhérent OPTAM	300%	350%
	- Non adhérent OPTAM	200%	200%
	Consultations et visites spécialistes		
	- Adhérent OPTAM	300%	350%
	- Non adhérent OPTAM	200%	200%
	Soins à l'étranger pris en charge par le RO	100%	100%
	Transport	200%	300%
	HONORAIRES PARAMÉDICAUX ⁽²⁾⁽³⁾		
	Infirmiers	200%	200%
	Masseurs-kinésithérapeutes	200%	200%
	Orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	200%	200%
	ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE ⁽²⁾⁽³⁾		
	Actes techniques médicaux		
	- Adhérent OPTAM	200%	200%
	- Non adhérent OPTAM	180%	180%
	Actes d'imagerie, radiologie		
	- Adhérent OPTAM	200%	200%
	- Non adhérent OPTAM	180%	180%
	Examens de laboratoire	200%	200%
	MATERIEL MEDICAL		
	Prothèse non dentaire, appareillage	300%	350%
Véhicule pour handicaps physiques	300%	300%	
MEDICAMENTS			
Médicaments à vignette blanche	100%	100%	
Médicaments à vignette bleue	100%	100%	
Médicaments à vignette orange	100%	100%	
CURES THERMALES ⁽⁶⁾			
Honoraires, traitement, hébergement, transport pris en charge par le RO	200%	200%	
Forfait cure thermale pris en charge par le RO	450€/an	600€/an	
PREVENTION	PREVENTION ET MEDECINES DOUCES/ALTERNATIVES ⁽⁶⁾		
	Ensemble des actes de prévention décrits à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale dans sa rédaction du 8 juin 2006	100%	100%
	Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, acupuncture, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue	40€/séance (5 séances par an)	40€/séance (5 séances par an)
	Homéopathie	75€	80€
Patch anti-tabac, Vaccin antigrippal, Contraception féminine, Diététique (prescription par un diététicien ou médecin généraliste), Ostéodensitométrie osseuse, Autres vaccins prescrits non remboursés, Housse et oreillers anti-acarien	125€	140€	



Version 01.01.2022 Remboursement Total y compris régime obligatoire	SERENITE O29SYNSER	QUIETUDE O29SYNTQU
HOPITALISATION (2)(3)		
HONORAIRES		
Honoraires médecins conventionnés		
- Adhérent OPTAM	300%	350%
- Non adhérent OPTAM	200%	200%
Honoraires chirurgiens conventionnés		
- Adhérent OPTAM	300%	350%
- Non adhérent OPTAM	200%	200%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		
Participation forfaitaire laissée à la charge des assurés par le régime obligatoire instauré par décret du 19/06/06	100% FR	100% FR
Frais de séjour conventionné	250%	280%
Forfait journalier hospitalier selon dernières valeurs fixées par décret	100% FR	100% FR
Chambre particulière	90€/jour	90€/jour
Frais d'accompagnant (enfant à charge de - de 12 ans)	90€/jour	90€/jour
Transport lié à l'hospitalisation	200%	300%
MATERNITÉ (2)(3)(6)		
Honoraires médecins conventionnés		
- Adhérent OPTAM	300%	350%
- Non adhérent OPTAM	200%	200%
Participation pour frais dus à un accouchement ou à une adoption	300€	400€

OPTIQUE	OPTIQUE (5)(6)(7)		
	<i>(1 équipement tous les 2 ans - Pour les enfants (-16 ans) ou en cas de changement de vue : 1 équipement tous les ans) A partir de la date d'achat du dernier équipement</i>		
	EQUIPEMENT 100% SANTE (7)		
	Equipements optique de classe A (7)	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
	EQUIPEMENT DE CLASSE B		
	MONTURE ENFANT (-16 ANS)		
	Monture	100€	100€
	VERRE ENFANT		
	<i>(montant exprimé par verre) (-16 ANS)</i>		
	Verre simple	160€	160€
	Verre complexe	275€	275€
	Verre très complexe	350€	350€
	MONTURE ADULTE (+ 16 ans)		
	Monture	100€	100€
	VERRE ADULTE		
<i>(montant exprimé par verre) (+ 16 ans)</i>			
Verre simple	160€	160€	
Verre complexe	275€	275€	
Verre très complexe	350€	350€	
AUTRES FRAIS D'OPTIQUE (6)			
<i>(FORFAIT COMPLEMENTAIRE ANNUEL)</i>			
Lentilles acceptées / refusées par le RO	100%+200€/an	100%+250€/an	
Operations de chirurgie de la vision	700€/œil	750€/œil	

AIDES AUDITIVES	AIDES AUDITIVES (6)		
	EQUIPEMENTS DE CLASSE I - 100% SANTE (7)		
	Aides auditives par oreille	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
	AIDES AUDITIVES DE CLASSE II (6)		
Audioprothèse (1 appareil/an/oreille)	100% +1000€/an/oreille	100% +1100€/an/oreille	



Version 01.01.2022 Remboursement Total y compris régime obligatoire		SERENITE O29SYNSER	QUIETUDE O29SYNTQU
DENTAIRE	DENTAIRE ⁽⁶⁾		
	SOINS ET PROTHESES 100% SANTE ⁽⁷⁾		
	Panier « reste à charge nul »	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
	PANIER AVEC UN RESTE A CHARGE MAITRISE		
	Panier « reste à charge maîtrisé »		
	PANIER AVEC DES ACTES HONORAIRES LIBRES		
	SOINS ⁽⁸⁾		
	Soins dentaires	200%	300%
	Inlay-onlay	200%	300%
	Parodontologie acceptée	200%	250%
	PROTHESES ⁽⁶⁾ limité à 3 actes/an/bénéficiaire au-delà de cette limite TM ⁽¹⁰⁾ pour les prothèses dentaires remboursées (décret n°2014-1025)		
	Inlay-core	200%	300%
	Prothèses dentaires acceptées par le RO – dents visibles	450%	500%
	Prothèses dentaires acceptées par le RO – dents non visibles	450%	500%
	Prothèses dentaires amovibles complètes (à partir de 3 dents) acceptées par le RO	450%	500%
	Implants dentaires refusés par le RO	600€/acte (Limité à 1200€/an /bénéficiaire)	800€/acte (Limité à 2000€/an /bénéficiaire)
	Prothèses dentaires refusées par le RO		
	Parodontologie refusée par le RO		
ORTHODONTIE			
Orthodontie acceptée par le RO	350%	350%	
Orthodontie refusée par le RO	250%	250%	
SERVICES +	GARANTIES SUPPLEMENTAIRES		
	Téléconsultation: Mes docteurs Illimité – 24h/24 – 7j/7	Oui	Oui
	Réseau Optique et Audio Kalixia	Oui	Oui
	Assistance santé: Hospitalisation, Immobilisation, Info Conseil N° Cristal : 09 72 72 39 16 (appel non surtaxé)	Oui	Oui



MODALITES PRATIQUE ET FORMALITES

Vos garanties sont conformes au contrat responsable et au 100% santé

L'assurance maladie fixe un tarif pour chaque acte médical, appelé Base de Remboursement (BR), ou Tarif de convention (TC) ou encore Tarif d'Autorité (TA). Tous nos remboursements sont exprimés en base de remboursement de la sécurité sociale (BR) sauf indications contraires.

La Mutuelle des Scop complète le remboursement de l'assurance maladie, en couvrant tout ou partie du reste à charge de l'assuré.

Les garanties santé de la Mutuelle des Scop sont exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement (BR) et s'entendent par bénéficiaire et par année civile. La Mutuelle des Scop rembourse les prestations au titre des forfaits et dépassement d'honoraires uniquement en cas de prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire (R.O).

ATTENTION : Votre carte d'adhérent mutualiste ne doit être utilisée si vos garanties prennent fin (départ de votre entreprise, résiliation de votre contrat...). Vous devez alors la restituer à votre employeur ou à la Mutuelle. En cas d'utilisation abusive nous serons contraints de vous réclamer les montants versés à tort.

Modalités et contenus des garanties

- (1) Les prestations s'inscrivant dans le respect du parcours de soins sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement Sécurité Sociale (BR SS) et viennent en complément de la participation versée par le Régime obligatoire. Les contrats sont solidaires et responsables au titre de la sécurité sociale.
- (2) Le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droits. La participation forfaitaire de 1€ par acte, les pénalités consécutives au non-respect du parcours de soins (accès à un médecin sans consultation du médecin traitant : le dépassement d'honoraires dit « DA » et l'⁽⁷⁾ minoration du remboursement SS) ainsi que la franchise médicale restent à la charge de l'assuré. La prise en charge des dépassements est limitée aux dépassements autorisés par la Sécurité Sociale.
- (3) A compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'accès aux soins (CAS) sera remplacé par un nouveau dispositif, l'Option Pratique tarifaire Maitrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maitrisée Chirurgiens et Obstétriciens (OPTAM-CO). La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas au dispositif de l'OPTAM / OPTAM-CO sera minorée de 20 % par rapport aux garanties mentionnées, et limitée à 100% à compter du 01/01/2017.
- (4) Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) 2021 : 3 428 €
- (5) Un équipement complet par période de deux ans à compter de la date d'achat du dernier équipement. Renouvellement « anticipé » réduit à 1 an pour les adultes et enfants de 16 ans et plus, en cas de variation de correction à 0.5 pour un verre, ou 0.25 pour les deux. Sans délais pour les enfants de moins de 16 ans en cas de dégradation des performances et pour tous, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières (glaucomes, opération de la cataracte etc...). Réduite à 6 mois pour les enfants de 6 ans et moins en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.
 1. Verre Unifocal : Verre à simple foyer dont la sphère est comprise jusqu'à une correction de 6 Dioptries et/ou comprenant une correction cylindrique.
 2. Verre multifocal ou progressif : Verre multifocal ou progressif dont la sphère est supérieure à une correction de 6 Dioptries et/ou comprenant une correction cylindrique.

3. Forte progression : Verre à simple foyer ou progressif dont la sphère est supérieure à une correction de 6 Dioptries et/ou comprenant un cylindre supérieur à une correction de 4 Dioptries.
- (6) Les forfaits et plafonds de garanties sont valables par bénéficiaires et par année civile (pas de report d'une année sur l'autre des forfaits ou plafonds non utilisés). Les remboursements sont effectués sans qu'au total l'assuré puisse recevoir une somme supérieure à ses débours réels.
 - ⁽⁷⁾ Dispositifs 100% santé (ou reste à charge zéro) tels que définis réglementairement.
 - ⁽⁸⁾ TM (Ticket Modérateur) : Le ticket modérateur est la partie de vos dépenses de santé qui reste à votre charge une fois que l'Assurance Maladie a remboursé sa part.

Accouchement : L'accouchement est l'action de mettre un enfant au monde. Il consiste en l'expulsion d'un ou plusieurs fœtus de l'utérus de sa mère.

En cas d'accouchement gémellaire il s'agit d'un seul accouchement.

La cure thermale : La cure thermale doit obligatoirement être prescrite par votre médecin ou, parfois, par votre chirurgien-dentiste dans le cas des affections des muqueuses bucco-linguales.

Hébergement pour la cure thermale : Les frais d'hébergement sont remboursés à 65 % par le R.O sur la base d'un forfait fixé à 150,01 euros. La prise en charge du R.O s'élève donc à 97, 50 euros.

En cas d'accord du R.O, la Mutuelle des Scop interviendra en complément de valeurs fixées mentionnées au tableau de garantie.

Traitements d'orthodontie : Les traitements d'orthodontie ou traitements d'orthopédie dentofaciale (ODF) sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de votre caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16ème anniversaire.

Soins à l'étranger : Les remboursements des soins à l'étranger de la Mutuelle des Scop s'effectuent sur la base des tarifs de convention de l'assurance maladie. Les soins refusés par le régime obligatoire effectués à l'étranger ne sont pas pris en charge.

Transport médical : Samu et/ou Taxi en complément uniquement du régime complémentaire

Soins Actes de prévention 'arrêté du 8 juin 2006' : Détartrage ; Vaccins: Diphtérie, tétanos, poliomyélite, Coqueluche (avant 14 ans), Hépatite B (avant 14ans), BCG (avant 6 ans), Rubéole, Haemophilus influenzae B, Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois ; Ostéodensitométrie...

Informations complémentaires

Si vous acceptez la mise en place de la télétransmission : Votre caisse d'assurance maladie est reliée à la Mutuelle des Scop par télétransmission : **vous êtes remboursé automatiquement sans effectuer aucune démarche par la Mutuelle des Scop .**

Si vous n'avez pas déclaré la Mutuelle des Scop à votre organisme d'assurance maladie ou si la Mutuelle des Scop n'est pas votre première mutuelle : vous devez nous transmettre le décompte original de votre régime d'assurance maladie.

En cas de demande de prise en charge : Votre demande de prise en charge doit être transmise par votre Professionnel de santé, grâce à l'identifiant tiers payant de la Mutuelle des Scop (indiqué au verso de votre carte de tiers payant).

En cas de demande de devis : (en prévision de soins comme, par exemple des soins dentaires prothétiques) vous pouvez déposer vos demandes de devis sur votre espace personnel sur www.mutuelledesscop.fr.

En cas de demande de prise en charge de l'assistance santé RMA : Votre demande de prise en charge doit être signalée directement à Ressources Mutuelles Assistance. Tél : **09 72 72 39 16**.

Retrouvez toutes vos informations personnelles sur votre espace personnel

www.mutuelledesscop.fr



Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle des Scop – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances –

Produit : O29SYNSER

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, forfait actes lourds
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux et de laboratoire, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Equipement « 100%santé », Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : Equipement « 100%santé », Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : Equipement « 100%santé », audioprothèses, prothèses, orthèses et véhicule pour handicaps physiques

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation
Chambre particulière, frais d'accompagnant
Implants dentaires et parodontologie
Prévention et médecine douce

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins
- ✓ Service de téléconsultation

L'ASSISTANCE EST SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les soins refusés par le régime obligatoire effectués à l'étranger
- ✗ Les dépassements non autorisés par le régime obligatoire



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : en cas d'hospitalisation remboursement de 90€ par jour (dans la limite de 30 jours par an pour la psychiatrie).
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : forfait actes refusés par le RO plafonné à 1200 € par an par bénéficiaire. Les prothèses remboursées sont limités à 3 actes par an et par bénéficiaire: au delà de cette limite les actes dentaires sont remboursés à hauteur du ticket modérateur.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par an par oreille
- ! **Médecine douce** : Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, acupuncture, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue
remboursement de 40€ par séance dans la limite de 5 séances par an.





Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an suivant la première souscription, en nous adressant une lettre recommandée. Aucun frais ni pénalité ne sera appliquée. La résiliation prendra effet un mois après que l'assureur en a reçu la notification
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.



Assurance Complémentaire Santé

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnie : Mutuelle des Scop – Entreprise d'assurance immatriculée en France et régie par le Code des assurances –

Produit : O29SYNTQU

Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du contrat. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation pré contractuelle et contractuelle. En particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Le produit d'Assurance Complémentaire Santé est destiné à rembourser tout ou partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré et des éventuels bénéficiaires en cas d'accident, de maladie ou de maternité, en complément de la Sécurité sociale française. Le produit respecte les conditions légales des contrats responsables.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi, et figurent dans le tableau de garanties. Ils ne peuvent être plus élevés que les dépenses engagées, et une somme peut rester à votre charge.

LES GARANTIES SYSTEMATIQUEMENT PREVUES

- ✓ **Hospitalisation et maternité** : Honoraires, frais de séjour, forfait journalier hospitalier, transport, forfait actes lourds
- ✓ **Soins courants et prescriptions médicales** : Consultations, visites médecins, examens médicaux et de laboratoire, auxiliaires médicaux, pharmacie à service médical rendu (SMR) élevé, modéré ou faible (remboursés à 65%, 30% et 15% par la Sécurité sociale)
- ✓ **Frais optiques** : Equipement « 100% santé », Lunettes (monture et verres), lentilles de contact, chirurgie réfractive
- ✓ **Frais dentaires** : Equipement « 100% santé », Soins dentaires, prothèses dentaires (couronnes, bridges, appareils amovibles), orthodontie
- ✓ **Appareillages remboursés par la Sécurité sociale** : Equipement « 100% santé », audioprothèses, prothèses, orthèses et véhicule pour handicaps physiques

LES GARANTIES OPTIONNELLES

Allocation forfaitaire par journée d'hospitalisation
Chambre particulière, frais d'accompagnant
Implants dentaires et parodontologie
Prévention et médecine douce

LES SERVICES SYSTEMATIQUEMENT PREVUS

- ✓ Réseau de soins (réduction tarifaire chez les opticiens, chirurgiens-dentistes et audioprothésistes partenaires)
- ✓ Service d'analyse de devis
- ✓ Site Web d'orientation dans le système de soins
- ✓ Service de téléconsultation

L'ASSISTANCE EST SYSTEMATIQUEMENT PREVUE

Les garanties précédées d'une coche ✓ sont systématiquement prévues au contrat.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

- ✗ Les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat
- ✗ Les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail
- ✗ La chirurgie esthétique non prise en charge par la Sécurité Sociale
- ✗ Le forfait journalier facturé par les établissements d'hébergement médicaux-sociaux, comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour les personnes dépendantes (EHPAD)
- ✗ Les soins refusés par le régime obligatoire effectués à l'étranger
- ✗ Les dépassements non autorisés par le régime obligatoire



Y-a-t-il des exclusions à la couverture ?

PRINCIPALES EXCLUSIONS DU CONTRAT RESPONSABLE

- ! La participation forfaitaire de 1€ et les franchises sur les boîtes de médicaments, actes paramédicaux et transport.
- ! La majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires si les dépenses de santé sont réalisées en dehors du parcours de soins.
- ! Les dépassements d'honoraires au-delà de la limite fixée réglementairement pour les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

PRINCIPALES RESTRICTIONS

- ! **Chambre particulière** : en cas d'hospitalisation remboursement de 90€ par jour (dans la limite de 30 jours par an pour la psychiatrie).
- ! **Optique** : prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans, réduite à 1 an pour un mineur ou en cas d'évolution de la vue
- ! **Dentaire** : forfait actes refusés par le RO plafonné à 2 000 € par an par bénéficiaire. Les prothèses remboursées sont limitées à 3 actes par an et par bénéficiaire : au-delà de cette limite les actes dentaires sont remboursés à hauteur du ticket modérateur.
- ! **Appareillage auditif** : remboursement limité à un appareil par an par oreille
- ! **Médecine douce** : Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, acupuncture, diététicien, psychologue, psychomotricien, tabacologue
remboursement de 40€ par séance dans la limite de 5 séances par an





Où suis-je couvert ?

- ✓ En France et à l'étranger.
- ✓ Dans le cas où les soins ont été dispensés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire français, quelle que soit la dépense engagée.



Quelles sont mes obligations ?

Sous peine de suspension des garanties

A la souscription du contrat :

- Remplir avec exactitude le formulaire de souscription fourni par l'assureur
- Fournir tous documents justificatifs demandés par l'assureur,
- Régler la cotisation (ou fraction de cotisation) indiquée au contrat.

En cours de contrat :

- Fournir tous documents justificatifs nécessaires au paiement des prestations prévues au contrat
- Faire parvenir les demandes de remboursements à l'assureur dans un délai maximum de 2 ans suivant la date de remboursement des soins de votre Sécurité sociale
- Informer l'assureur des événements suivants, par lettre recommandée, dans les quinze jours qui suivent la connaissance qu'il a de l'un de ces événements. :
 - Changements de situation : changement d'adresse, modification de sa composition familiale (naissance, mariage, décès), changement de situation au regard des régimes obligatoires français d'assurance maladie et maternité.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, à la date indiquée dans le contrat.

Un paiement fractionné peut toutefois être accordé au choix (Semestriel, Trimestriel, Mensuel). Les paiements peuvent être effectués par chèque ou prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date d'effet du contrat est fixée d'un commun accord et est indiquée au Certificat d'adhésion. En cas de contrat conclu à distance ou de démarchage à domicile, l'assuré dispose d'un délai de rétractation de 14 jours, qui commence à courir à compter de la conclusion du contrat, ou à compter de la réception de l'ensemble de la documentation contractuelle (si cette date est postérieure à la date de conclusion du contrat).

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle automatiquement d'année en année à sa date d'échéance principale sauf résiliation par l'une des parties dans les cas et conditions fixées au contrat.



Comment puis-je résilier le contrat ?

Vous pouvez mettre fin au contrat :

- à la date d'échéance principale du contrat, en nous adressant une lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- à tout moment à l'expiration d'un délai d'un an suivant la première souscription, en nous adressant une lettre recommandée. Aucun frais ni pénalité ne sera appliquée. La résiliation prendra effet un mois après que l'assureur en a reçu la notification
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis,
- en cas de révision des cotisations, en nous adressant une lettre recommandée dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification,
- en cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire, dans le délai de 30 jours à compter de la proposition de modification du contrat par l'assureur.



Annexe 2 :

Anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage - Portabilité de leurs droits à garanties frais de santé

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2008 portant modernisation du marché du travail a créé un dispositif dit de « Portabilité des droits de prévoyance et frais de santé ».

Ce dispositif a évolué avec la loi de sécurisation de l'emploi en date du 14 juin 2013 (Loi 2013-504).

Ces textes sont appliqués par le Souscripteur.

Ainsi et en application de l'article 13 du contrat collectif, l'affiliation et les garanties de ce contrat sont maintenues aux anciens salariés dont le contrat de travail avec le Souscripteur est rompu dans les conditions précisées ci-après.

Article 1 – Conditions de la portabilité

1-1 Les bénéficiaires

- Les garanties du contrat collectif sont maintenues aux anciens salariés remplissant les conditions cumulatives suivantes :
 - le salarié doit avoir travaillé au moins un mois dans l'entreprise
 - le salarié doit avoir adhéré préalablement à la complémentaire santé de l'entreprise
- La portabilité s'étend aux ayants droit, s'ils sont inscrits au contrat collectif à la date de rupture du contrat de travail, hormis en cas de modification de la situation familiale (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance d'enfants,...) intervenant postérieurement à cette date

1-2 La cessation du contrat de travail

- La cessation du contrat de travail doit ouvrir droit à la prise en charge par le régime de l'assurance chômage ;
- Les hypothèses de rupture du contrat de travail donnant droit à portabilité sont notamment les suivantes :
 - tout licenciement, à l'exception de celui pour faute lourde,
 - la rupture conventionnelle du contrat de travail,
 - l'arrivée à terme d'un Contrat à Durée Déterminée,
 - la rupture pour motif légitime et sérieux du Contrat à Durée Déterminée à objet défini,
 - la démission considérée comme légitime, au sens de la réglementation relative à l'assurance-chômage,
 - la rupture du contrat d'apprentissage ou en alternance,

Article 2 – Obligations du Souscripteur

Le Souscripteur s'engage dans ce cadre :

- à informer son salarié sur la possibilité de voir ses garanties complémentaires santé maintenues, dans la limite de la durée de son dernier contrat de travail (appréciée en mois entiers), sans excéder 12 mois,
- à faire apparaître cette mention à la fois dans la lettre de rupture du contrat de travail et dans le certificat de travail.
- à informer par écrit les bénéficiaires du présent avenant, des modifications apportées à leurs droits et obligations postérieurement à la cessation de leur contrat de travail, ainsi que de l'éventuelle résiliation du présent contrat.
- à déclarer à la Mutuelle chacun de ses anciens salariés remplissant les conditions de la portabilité à la date de cessation de son contrat de travail et la durée maximale de ce maintien ; à cet effet, il convient d'adresser le bulletin dédié à ce dispositif de la portabilité.
- à informer la Mutuelle de la cessation du contrat de travail susceptible de donner lieu à la mise en œuvre de la portabilité.

Article 3 – Prise d'effet et durée de la portabilité

La prise d'effet de la portabilité est fixée à la date de cessation du contrat de travail.

La durée de cette portabilité est égale à celle du dernier contrat de travail conclu avec le Souscripteur, appréciée en nombre de mois entiers **sans toutefois excéder 12 (douze) mois**.

Le bénéfice de la portabilité suppose que l'ancien salarié justifie directement auprès de la Mutuelle à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues à la portabilité.

Les anciens salariés du Souscripteur bénéficient du maintien des garanties du contrat aux mêmes conditions que les salariés en activité au sein du Souscripteur.

Toute modification des garanties intervenant au cours de la période de portabilité est applicable aux bénéficiaires de ce dispositif.

Article 4 – Cessation du maintien des garanties

La portabilité cesse :

- à l'issue de la période indiquée à l'article 3 ci-dessus ;
- si l'ancien salarié est radié des listes de bénéficiaires de l'assurance-chômage, à la date à laquelle il cesse de bénéficier de ce régime ;
- dès que l'ancien salarié retrouve un emploi, même à temps partiel, quelle que soit la durée de cette reprise d'activité.

La portabilité cesse en tout état de cause à la date de liquidation de ses pensions d'assurance vieillesse, y compris pour inaptitude au travail.

L'ancien salarié pourra demander en application des dispositions prévues à l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 à bénéficiaire de garanties de même nature sans questionnaire ou examen médical ni période probatoire, ainsi que cela a été précisé à l'article 12 du contrat collectif.

La portabilité cesse pour les ayants droit dans les mêmes conditions que les hypothèses de cessation pour l'ancien salarié lui-même, et en tout état de cause dans les conditions et dates fixées spécifiquement pour chacun d'eux à l'article 18 du contrat collectif.

En cas de résiliation du contrat collectif de frais de santé le souscripteur employeur demeure tenu d'offrir à ses anciens salariés le bénéfice des garanties appliquées aux actifs.

Article 5 – Articulation avec le maintien des garanties prévues à l'article 4 de la loi Evin et à l'article 10 du contrat collectif

Il est précisé que l'ancien salarié souhaitant bénéficier d'un maintien de garanties au titre de l'article 4 de la Loi Evin du 31 décembre 1989 devra en faire la demande à la Mutuelle dans un délai de 6 mois suivant la cessation de son contrat de travail ou à la fin de la portabilité, ainsi que cela a été précisé à l'article 12 du contrat collectif.

Le coût de ce maintien, intégralement financé par l'ancien salarié, ne peut excéder 50% des tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

Les modalités des maintiens de couverture sont précisées dans la notice d'information.

Le maintien au titre de l'article 4 de la loi Evin prendra effet à l'expiration de la portabilité prévue par le présent avenant sous réserve que l'intéressé justifie avoir droit à cette date aux prestations en nature de la Sécurité sociale à titre obligatoire ou personnel.

Article 6 – Règlement des prestations

L'ancien salarié doit pouvoir justifier, pendant toute la durée de la portabilité, de sa prise en charge par le régime de l'assurance-chômage.

Ainsi, à la demande de la Mutuelle ou lors de la demande de règlement des prestations, outre les documents prévus au contrat collectif nécessaires à ces règlements, il doit transmettre la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance-chômage (par exemple : dernier décompte des allocations chômage perçues).

A défaut de production de ce justificatif, la Mutuelle pourra refuser ou suspendre la prise en charge des prestations.

Article 7 – Cotisations

Depuis le 1er juin 2014, la loi accorde à tous les salariés le bénéfice du maintien de la mutuelle santé à titre gratuit. C'est ce qu'on appelle la « mutualisation des coûts ».

Ce maintien de garanties est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du régime de complémentaire santé des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif ne devront acquitter aucune cotisation supplémentaire à ce titre.