

NOTICE D'INFORMATION

Convention collective nationale des entreprises de la propreté et services
associés du 26 juillet 2011

CONTRAT SOCLE FRAIS DE SANTE

**destiné aux adhérents affiliés au contrat collectif à adhésion obligatoire souscrit auprès
de Groupe France Mutuelle**

Sommaire

1. Le contrat frais de santé	4
1.1. Objet du contrat	4
1.2. Conditions d'adhésion	4
2. Les prestations du contrat frais de santé	5
2.1. Définition des prestations	5
2.2. Description des prestations	6
2.2.1. Prestations de prévention	6
2.2.2. Dentaire	6
2.2.3. Optique	7
2.2.4. Hospitalisation	9
2.2.5. Aides auditives	10
2.2.6. Prothèses et appareillages	10
2.2.7. Autres postes	10
2.2.8. Contrôle médical ou administratif	11
2.3. Exclusions générales	12
2.4. Modalités de remboursement des prestations	12
2.4.1. Télétransmission	12
2.4.2. Tiers payant	13
2.4.3. Pièces justificatives à fournir pour un remboursement	13
2.4.4. Prise en charge hospitalière	15
2.4.5. Mode de règlement des prestations	16
2.5. Règles générales de remboursement des prestations	16
2.5.1. Prestations prises en charge	16
2.5.2. Déclaration tardive des demandes de remboursement	16
2.5.3. Fraude à l'assurance	16
2.5.4. Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties	17
2.5.5. Prestations indues	17
2.5.6. Recours subrogatoire	17
3. La vie du contrat	17
3.1. Les cotisations	17
3.1.1. Paiement de la cotisation	17
3.1.2. Cotisations complémentaires et taxes	18
3.1.3. Conséquences du non-paiement	18
3.1.4. Evolution des cotisations	18
3.2. Le maintien du contrat	18
3.2.1. Redressement – liquidation judiciaire	18
3.2.2. Suspension du contrat de travail	19
3.2.3. Rupture du contrat de travail	19
3.3. Résiliation	20
3.4. Cessation du contrat	20
4. Dispositions générales	21
4.1. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	21
4.2. Informatique et libertés	21
4.3. Prescription	22

4.4.	Traitement des réclamations et saisine du médiateur	23
4.5.	For juridique	23
4.6.	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution	23
4.7.	Droit applicable – Langue	23
5.	Définitions et Interlocuteurs	24
5.1.	Définitions.....	24
5.2.	Interlocuteurs au cours de la vie du contrat	30
ANNEXE 1 : Tableau des prestations		31
ANNEXE 2 : Assistance et services		33

1. Le contrat frais de santé

1.1. Objet du contrat

Cette notice a pour objet d'informer l'adhérent sur les conditions et les modalités d'entrée en vigueur du contrat frais de santé souscrit auprès de la mutuelle, ainsi que des formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

Le contrat respecte les exigences des « contrats solidaires et responsables » issues des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la sécurité sociale. A ce titre, il bénéficie du taux réduit de la taxe de solidarité additionnelle rénovée.

Il est également conforme aux minimas imposés par la loi du 14 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi dite « ANI » ainsi qu'à l'avenant n°4 du 18 décembre 2014 modifié de la Convention collective nationale des entreprises de la propreté et services associés du 26 juillet 2011, relatif à la mise en place d'un régime frais de santé obligatoire pour le personnel non cadre.

La présente notice est remise à l'adhérent en même temps que les statuts de la mutuelle. Elle correspond aux conditions générales du contrat. Le tableau des prestations, joint en annexe, et le bulletin d'adhésion présenté dans un document complémentaire, composent les conditions spécifiques du contrat.

1.2. Conditions d'adhésion

1.2.1 Affiliation des salariés à titre obligatoire

Le contrat est mis en place à titre obligatoire dans les conditions prévues aux dispositions de l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale.

Les cas de dispense possibles sont les cas de dispenses de droit ainsi que les autres cas énoncés par la réglementation en vigueur lorsqu'ils sont expressément prévus dans l'acte de mise en place du régime frais de santé (décision unilatérale de l'employeur, accord collectif ou referendum)

La dispense est à l'initiative du salarié. Le souscripteur a l'obligation de demander aux salariés bénéficiaires d'une dispense d'affiliation, de justifier chaque année de la réalité de celle-ci.

Dès la confirmation de l'adhésion par le souscripteur, l'adhérent reçoit une référence adhérent, référence unique et spécifique à la mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes les relations ou correspondances avec la mutuelle. L'adhérent acquiert la qualité de membre participant de la mutuelle.

L'adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis par le contrat collectif et reproduits dans la présente notice.

1.2.2 Affiliation des ayants droit (en fonction du choix de l'employeur)

- Affiliation à titre facultatif

Si l'adhésion facultative est rendue possible par le Souscripteur (l'employeur), les ayants droit de l'adhérent tels que définis à l'article 5 du présent document peuvent bénéficier de la garantie frais de santé. Ceux-ci sont nommément désignés dans le bulletin d'adhésion. Les ayants droit inscrits au contrat bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

L'affiliation des ayants droit prend effet :

- à la date de prise d'effet de l'adhésion de l'adhérent si la demande se fait simultanément,
- à la date de survenance de l'évènement (mariage, Pacs, concubinage, naissance, décès) dûment déclaré à la mutuelle,
- au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande d'adhésion si la demande parvient à la mutuelle avant le 15 du mois, ou au 1er jour du mois suivant dans les autres cas.

L'adhérent peut dénoncer l'adhésion de ses ayants droit à effet au 31 décembre de chaque année, en adressant sa demande à la mutuelle, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La radiation prend effet au 1er janvier de l'année suivante.

Par dérogation, la radiation de l'ayant-droit peut s'effectuer en cours d'année, sur demande conjointe de l'ayant droit et du membre participant, en cas de survenance de l'un des évènements suivants :

- séparation (divorce, rupture de PACS, rupture du concubinage),
- affiliation de l'ayant-droit à une mutuelle d'entreprise obligatoire.

La preuve se fait sur présentation, dans les 3 mois suivant la date de l'évènement, de tous documents justifiant du changement de situation.

La radiation est effective le 1er jour du mois suivant la réception des justificatifs par la mutuelle. Lorsque cette réception est postérieure au 24 du mois en cours, la mutuelle se réserve le droit d'acter la radiation au plus tard le 1er jour du mois n+2 de la réception.

En l'absence de justificatifs, la radiation se réalise au 31 décembre de l'année en cours.

- Affiliation à titre obligatoire

Si l'adhésion obligatoire est choisie par le Souscripteur (l'employeur), les ayants droit de l'adhérent tels que définis au contrat doivent être inscrits à la garantie frais de santé. Ceux-ci sont nommément désignés dans le bulletin d'adhésion.

Les ayants droit inscrits au contrat bénéficient du même niveau de garanties que le salarié.

L'adhésion des ayants droit cesse à la date à laquelle ils ne remplissent plus les conditions pour être ayant droit à titre obligatoire au sens de la définition prévue au contrat.

2. Les prestations du contrat frais de santé

2.1. Définition des prestations

La mutuelle assure le remboursement des frais médicaux-chirurgicaux reconnus comme tels et pris en charge par le régime obligatoire français. Elle intervient en complément du remboursement du régime obligatoire.

Les actes, produits et prestations pris en charge par la sécurité sociale sont répertoriés dans la nomenclature.

Lorsqu'ils ne sont pas exprimés en montant, les remboursements de la mutuelle sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Les montants ou taux des prestations concernant les différentes garanties de la mutuelle sont présentés dans le tableau de prestations.

Les remboursements de la mutuelle se font dans la limite des éventuels prix limites de vente ou honoraires limites de facturation fixés par les pouvoirs publics

Sauf mentions contraires dans le tableau de prestations, les actes non pris en charge par la sécurité sociale ne donnent lieu à aucun remboursement.

- **Rappel : spécificités relatives aux contrats responsables**

Dépassements d'honoraires en médecine, chirurgie et obstétrique

Le cahier des charges des contrats responsables impose un remboursement différent des dépassements d'honoraires selon que le professionnel de secteur 2 adhère ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM).

Le remboursement des dépassements d'honoraires des professionnels adhérant à un tel dispositif est plus important.

En adhérant à ce dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre d'actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes. (Se reporter aux Définitions de la présente notice).

Prise en charge du ticket modérateur

La mutuelle prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15%. Aucun délai d'attente ne peut être appliqué pour la prise en charge de celui-ci.

Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Les assurés ne respectant pas le parcours de soins coordonnés tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale devront supporter un reste à charge plus important dans leurs postes de dépenses frais de santé.

2.2. Description des prestations

2.2.1. Prestations de prévention

Les garanties de la mutuelle contiennent les prestations de prévention fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, à savoir :

- le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans
- le dépistage de l'hépatite B
- un détartrage dentaire annuel
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures réalisé avant les 14 ans de l'enfant
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans
- l'ostéodensitométrie, limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
- les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;
 - Hépatite B : avant 14 ans ;
 - BCG : avant 6 ans ;
 - Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - Haemophilus influenzae B ;
 - Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

2.2.2. Dentaire

En fonction de la garantie souscrite et selon les modalités détaillées dans le tableau des prestations des fiches d'information, la mutuelle prend en charge les postes suivants :

- Soins, parodontologie et actes dentaires pris en charge par la sécurité sociale,
- Parodontologie non prise en charge par la sécurité sociale. Ce poste comprend tous les soins de parodontologie non remboursés par la sécurité sociale mais inscrits dans la CCAM dentaire (voir nomenclature).
- Inlays-Onlays pris en charge par la sécurité sociale.
- Implants non pris en charge par la sécurité sociale. La mutuelle verse un forfait par implant et dans la limite d'un nombre limité d'implants par an selon la garantie souscrite. Pour certaines garanties, ce remboursement prend la forme d'un forfait

annuel. **Sauf mention contraire indiquée dans le tableau des prestations, le pilier sur implant n'est pas pris en charge par la mutuelle.**

- Prothèses dentaires prises en charge par la sécurité sociale.
- Orthodontie prise en charge par la sécurité sociale. Le droit à prestation est apprécié à la date de soins notifié par la sécurité sociale.
- Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale : le remboursement de la mutuelle s'effectue en fin de trimestre ou semestre à compter de la date de début de traitement et sur présentation de la facture acquittée et détaillée indiquant notamment les dates et le type de traitement, dans la limite du forfait prévu dans le cadre de la garantie annuelle. **Si le traitement a débuté antérieurement à la date d'adhésion à la garantie, celui-ci n'est pas pris en charge par la mutuelle. En cas de traitement d'orthodontie invisible par aligneur (Smilers®, Invisalign®...), le remboursement de la mutuelle s'effectue par semestre sur présentation d'une facture semestrielle, à l'exception de la contention remboursée annuellement sur présentation d'une facture.**

Pour les traitements et actes bucco-dentaires (soins, prothèses, parodontie et implantologie), le droit à prestation est apprécié à la date de fin de chaque fraction de traitement.

Les actes pris en charge par la sécurité sociale sont répertoriés dans la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire (voir nomenclature).

- **Estimation de devis dentaires**

Afin de connaître le montant de remboursement garanti par la mutuelle dans le cadre de traitements et actes bucco-dentaires importants (pose de prothèses, d'implants, orthodontie), l'adhérent adresse à celle-ci son devis dentaire établi par le professionnel de santé. Ce devis doit être daté et en cours de validité. Il doit également indiquer :

- le type de travaux dentaires : couronne dentaire, inlay, onlay, implant dentaire etc
- le type de matériaux utilisé pour les prothèses dentaires (céramique, métal...)
- le prix pratiqué par le professionnel de santé
- le numéro des dents traitées
- la durée de traitement prévisionnelle (pour l'orthodontie)
- le remboursement de la sécurité sociale par rapport à la nomenclature dentaire,
- le nom des deux parties (patient et professionnel de santé) ainsi que la signature apposée par le professionnel de santé.

Après étude de son devis, la mutuelle transmet à l'adhérent une estimation chiffrée. Cette estimation n'engage pas la mutuelle lorsque les travaux réalisés ne correspondent pas, en tous points, aux informations du devis analysé.

La mutuelle ne garantit pas la bonne réalisation, par le professionnel de santé, des travaux dentaires en cours ou à venir.

Les devis émis par des professionnels de santé exerçant à l'étranger ne donnent lieu à aucune estimation excepté pour les membres participants affiliés à la Caisse des Français de l'Étranger (CFE).

2.2.3. Optique

- **Verres et monture**

Pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Par dérogation, cette période est réduite à un an lorsqu'intervient une dégradation justifiée des performances oculaires, dans au moins l'une des situations suivantes :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres;

- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période d'un an.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Ces délais sont fixes et s'apprécient à compter de la date de facturation de l'équipement précédent.

Sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable :

- pour les enfants de moins de 16 ans, lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires ;
- en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières, précisées par la liste fixée ci-après:
- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome ;
 - hypertension intraoculaire isolée ;
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives ;
 - rétinopathie diabétique ;
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ;
 - cataracte évolutive à composante réfractive ;
 - tumeurs oculaires et palpébrales ;
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ;
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ;
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an ;
 - kératocône évolutif ;
 - kératopathies évolutives ;
 - dystrophie cornéenne ;
 - amblyopie ;
 - diplopie récente ou évolutive ;
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète ;
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée ;
 - sida ;
 - affections neurologiques à composante oculaire ;
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ;
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- corticoïdes ;
- antipaludéens de synthèse ;
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

La mutuelle prend en charge les suppléments et prestations optiques pris en charge par la sécurité sociale, à savoir : les prestations d'adaptation de la correction visuelle, d'appairage de verres, suppléments pour verres avec filtre et autres suppléments.

La prise en charge de deux équipements est autorisée pour les patients qui ont :

- une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces patients, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin);
- une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces patients, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge dérogatoire.

- **Lentilles correctives refusées ou acceptées par la sécurité sociale / Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale**

Lorsque le niveau de garanties souscrit le prévoit, ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire.

2.2.4. Hospitalisation

Sont pris en charge à ce titre les frais engagés à l'occasion :

- d'une hospitalisation ambulatoire
- d'une hospitalisation à domicile
- d'une hospitalisation médicale : court ou moyen séjour
- d'une hospitalisation chirurgicale d'au moins 24 heures (frais de séjour et frais afférents à l'intervention chirurgicale).

En dehors des frais exposés en hôpital, clinique médicale, médico-chirurgicale ou obstétricale et l'hospitalisation à domicile, remboursés selon le niveau indiqué dans le tableau des prestations, la prise en charge au titre d'autres établissements sera limitée au ticket modérateur.

En fonction de la garantie souscrite, ce poste comprend la prise en charge par la mutuelle :

- des honoraires liés aux actes du chirurgien et de l'anesthésiste
- de la participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120 €.
- des frais de séjour
- du forfait patient urgences
- du forfait journalier hospitalier pour une durée illimitée lorsque les garanties répondent aux exigences du contrat responsable
- des frais de transport, sous réserve d'une prise en charge par la sécurité sociale
- de la chambre particulière
- du lit accompagnant.

Les « forfait administratif » et « forfait ambulatoire » proposés par certains établissements de santé (forfaits comprenant diverses prestations telles que la prise en charge des appels téléphoniques vers les sociétés d'ambulance ou de transports de personnes pour organiser la sortie du patient, la réalisation de démarches administratives pour le compte du patient, la mise à disposition d'un téléviseur, d'une ligne téléphonique etc) ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

- **Estimation de devis en cas de dépassements d'honoraires de chirurgie ou d'anesthésie**

Afin de connaître le montant de remboursement garanti par la mutuelle dans le cadre de dépassements d'honoraires en matière de chirurgie ou d'anesthésie, le membre participant adresse à celle-ci son devis établi par le professionnel de santé.

Ce devis doit être daté et en cours de validité. Il doit également indiquer la codification CCAM pour chaque acte ainsi que le dépassement éventuel correspondant.

2.2.5. Aides auditives

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de 4 ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.

La mutuelle rembourse, par ailleurs, a minima le ticket modérateur des frais d'entretien des aides auditives (consommables, piles ou accessoires), conformément à la réglementation en vigueur.

2.2.6. Prothèses et appareillages

Selon la garantie souscrite:

- la mutuelle prend en charge les prothèses et appareillage sous réserve du remboursement par la sécurité sociale.
- un forfait annuel complémentaire s'ajoute.

2.2.7. Autres postes

- **Forfait médicaments/ homéopathie non pris en charge par la sécurité sociale, dont vaccins, masques sanitaires, tests « RT-PCR Covid-19 », contraception ou pilules contraceptives**

Pour ce poste, selon la garantie souscrite, la mutuelle verse un forfait annuel par bénéficiaire dans la limite des frais engagés.

Ce forfait recouvre **les vaccins, contraceptifs, masques sanitaires, tests virologiques dits « RT-PCR » Covid-19 et médicaments**, prescrits ou non, qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale.

Les médicaments prescrits sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture nominative de pharmacien acquittée.

Pour pouvoir être remboursés, les médicaments non prescrits doivent être délivrés par une officine de pharmacie et faire partie, au moment de la demande de remboursement, de la liste « des médicaments de médication officinale disponible en accès libre » de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (liste disponible à l'adresse suivante : <https://ansm.sante.fr/documents/referance/medicaments-en-acces-direct>).

Les médicaments sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une facture nominative de pharmacien acquittée.

La mutuelle rembourse les masques sanitaires chirurgicaux et de protection respiratoire individuelle (FFP) répondant aux normes françaises et/ou européennes (NF et/ou CE-EN). Elle rembourse également les masques non sanitaires, dits « alternatifs » ou « barrières », fabriqués selon un processus industriel et répondant aux spécifications techniques applicables. Ils sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une facture nominative de pharmacien acquittée.

La mutuelle prend également en charge les tests virologiques dits « RT-PCR Covid-19 » non pris en charge par la Sécurité sociale, dans la limite du forfait annuel souscrit. Ils sont remboursés par la mutuelle sur présentation d'une facture nominative acquittée.

- **Cure thermale acceptée par la sécurité sociale**

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la sécurité sociale sont pris en charge par la mutuelle.

Les frais de transport sont calculés sur la base du barème kilométrique fixé par la sécurité sociale.

Les frais d'hébergement sont remboursés dans la limite des frais engagés.

Selon la garantie souscrite, la mutuelle verse un forfait supplémentaire par an, par pathologie remboursée et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

- **Honoraires paramédicaux**

En cas de dépassement d'honoraires, le remboursement s'effectue sur présentation de la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante. **La mutuelle ne rembourse pas les dépassements d'honoraires effectués dans le cadre de la « méthode Mézières ».**

- **Sevrage tabagique non pris en charge par la Sécurité sociale**

Pour ce poste, selon le niveau de garanties souscrit, la mutuelle verse un forfait annuel par bénéficiaire dans la limite des frais engagés.

Ce poste correspond aux dépenses liées au traitement par substituts nicotiques.

La cigarette électronique n'est pas prise en charge par la mutuelle.

- **Médecines alternatives**

Ce poste concerne exclusivement les actes pratiqués par les ostéopathes.

Pour être remboursé, l'acte doit être réalisé par un praticien enregistré dans le fichier ADELI.

Un forfait est versé par séance ou par an suivant le niveau de garanties souscrit. Le nombre de séances par année civile et le montant pris en charge varient selon le niveau de garanties souscrit.

- **Soins et équipements à l'étranger (y compris le poste « Dentaire »)**

Soins engagés et équipements acquis dans le périmètre de l'Union Européenne

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le périmètre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, **dans la mesure où la sécurité sociale française les prend en charge.**

Soins engagés et équipements acquis hors Union Européenne

La mutuelle intervient en complément des bases de remboursement de la sécurité sociale française et selon le niveau de garanties souscrit par le membre participant. Les soins réalisés en dehors de l'Union Européenne disposent de bases de remboursement spécifiques. Les remboursements sont effectués en euros.

2.2.8. Contrôle médical ou administratif

La mutuelle se réserve le droit d'effectuer des contrôles pour tout bénéficiaire demandant des prestations au titre des garanties du contrat, avant ou après le paiement des prestations. Elle peut ainsi demander la transmission de l'original de toutes pièces qu'elle juge utile (ordonnances, factures, radiographies...), le cas échéant à l'attention de son médecin ou dentiste conseil sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », de nature à éclairer sa décision de prise en charge.

La mutuelle peut également soumettre à un contrôle médical, effectué par un professionnel médical de son choix, tout adhérent demandant des prestations au titre des garanties du contrat, avant ou après le paiement des prestations.

En cas de désaccord avec le résultat d'un contrôle médical, la personne devra adresser, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant le nom du médecin ou dentiste de son choix chargé de le représenter afin de mettre en place un examen médical contradictoire avec le médecin ou dentiste conseil.

Si à l'issu de cet entretien le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre le médecin ou le dentiste conseil de la mutuelle et le médecin choisi par la personne, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En tout état de cause, les prestations ne donnent pas lieu à une prise en charge par la mutuelle ou font l'objet d'une restitution des sommes indûment versées lorsque :

- le membre participant refuse de fournir les justificatifs demandés,
- le membre participant refuse de se soumettre à un contrôle médical,
- la date de la facture présentée est antérieure à l'adhésion à la mutuelle,
- les prestations réalisées à l'étranger ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale (excepté pour les membres participants affiliés à la Caisse des Français de l'Etranger (CFE) conformément à l'article 3.1. du règlement mutualiste).

2.3. Exclusions générales

En tout état de cause, la mutuelle ne prend pas en charge :

- Les soins reçus en dehors de la période d'effet des garanties ;
- le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique ;
- les indemnités versées en complément de la sécurité sociale en cas d'arrêt de travail ;
- les dépenses de soins relatives aux séjours effectués dans les unités ou centres de long séjour ;
- la chirurgie esthétique non prise en charge par la sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires autorisés réalisés hors parcours de soins.

2.4. Modalités de remboursement des prestations

2.4.1. Télétransmission

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papier, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de la sécurité sociale.

Cette télétransmission s'effectue via le système d'échanges dit NOÉMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs). Ce système permet, par liaison informatique, la transmission automatique des données de sécurité sociale de l'adhérent et de ses éventuels ayants droit, du régime obligatoire vers la mutuelle.

Si la part régime obligatoire a été payée directement au professionnel de santé, l'adhérent doit, pour obtenir le remboursement de la dépense éventuellement engagée, obligatoirement présenter à la mutuelle la facture acquittée correspondante.

En cas de refus exprès de la télétransmission, l'adhérent ou le bénéficiaire s'engage :

- à informer la mutuelle de son éventuelle affiliation à un autre organisme assureur frais de santé

→ le cas échéant, à adresser à la mutuelle les décomptes des prestations délivrés par le premier assureur.

Cet engagement prend la forme d'une attestation sur l'honneur.

2.4.2. Tiers payant

- La carte de tiers payant

La carte de tiers payant permet à l'adhérent de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des catégories de professionnels de santé indiqués sur cette carte si ces derniers acceptent le tiers payant.

Elle intervient à hauteur du ticket modérateur ou, le cas échéant, du forfait prévu à la garantie (sur prise en charge).

La carte de tiers payant donne également accès au réseau de soins de la Mutuelle.

A la cessation des garanties, l'adhérent doit restituer sa carte de tiers payant dans les meilleurs délais et en informer les professionnels de santé. A défaut, les sommes avancées à tort par la mutuelle pour le compte de ce dernier seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu. En cas d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), l'adhérent radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.

- Le tiers payant généralisé

Les professionnels de santé exerçant en ville ont la faculté de proposer le tiers payant à l'ensemble des patients bénéficiaires de la sécurité sociale. Ce dispositif permet à l'adhérent de ne pas avancer les frais pour la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale. Lorsque les garanties sont responsables, le tiers payant doit pouvoir s'appliquer sur les prestations visées par les nouvelles exigences du contrat responsable, au moins à hauteur de la base de remboursement de la sécurité sociale.

Pour la part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale, le tiers payant intervient sur présentation de la carte vitale.

Pour la part des dépenses prises en charge par la mutuelle, le tiers payant intervient sur présentation de la carte de tiers payant dans les conditions et limites exposées au paragraphe ci-dessus.

2.4.3. Pièces justificatives à fournir pour un remboursement

Rappels :

- le bénéficiaire de la télétransmission pour les **actes courants** qui lui sont directement remboursés n'a pas de justificatifs à fournir. En revanche, certains types de soins (frais d'optique, prothèses dentaires, orthodontie ...) nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin que la mutuelle puisse compléter les informations communiquées par le régime obligatoire et calculer au mieux le montant de son remboursement.
- en l'absence de télétransmission, le bénéficiaire s'engage à adresser, systématiquement, le décompte de sa première complémentaire santé s'il y a lieu. Il s'engage également à adresser, le cas échéant, le décompte du régime obligatoire sur lequel figurent les détails des soins et actes à rembourser.
- en l'absence de tiers payant intégral, l'adhérent s'engage à adresser à la mutuelle la facture détaillée et acquittée établie par le professionnel.
- pour pouvoir être remboursée par la mutuelle, la facture fournie par l'adhérent doit être conforme à la réglementation en vigueur.

Les justificatifs doivent obligatoirement indiquer le numéro d'adhérent. Il appartient à l'adhérent de l'ajouter.

Prestations	Pièces à fournir	
	<u>Présence de télétransmission</u>	<u>Absence de télétransmission</u>

<u>Actes remboursés par le RO*</u>	Tous les soins remboursés par le RO* excepté les types de soins énoncés ci-dessous		<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* sur lequel figurent les détails des soins et actes à rembourser
	Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. • Note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes 	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. • Note d'honoraires des chirurgiens et anesthésistes
	Equipement optique (monture et lunettes)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de la prescription médicale • Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Copie de la prescription médicale • Facture détaillée et acquittée
	Equipement optique (monture et lunettes) – si évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale justifiant l'évolution de la vue • Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale justifiant l'évolution de la vue • Facture détaillée et acquittée
	Equipement optique (monture et lunettes) – cas d'évolution de la réfraction liée à des situations particulières (telles que listées au dernier alinéa de l'article 2.2.3)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale mentionnant ces cas particuliers. • Facture détaillée et acquittée 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Copie de l'ancienne et nouvelle prescription médicale mentionnant ces cas particuliers. • Facture détaillée et acquittée
<u>Actes remboursés par le RO* (suite)</u>	Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée précisant notamment les codes CCAM exécutés et le n° des dents**. 	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte du RO* • Facture détaillée et acquittée précisant notamment les codes CCAM exécutés et le n° des dents**.

	Orthodontie acceptée	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée précisant le type de traitement et sa périodicité** 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte du RO* Facture détaillée et acquittée précisant le type de traitement et sa périodicité**
<u>Actes non remboursés par le RO*</u>	Lentilles	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, la marque des lentilles et le nombre de boîtes délivrées. Copie de la prescription médicale 	
	Orthodontie refusée	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée semestrielle (annuelle en cas de contention) précisant le type de traitement et sa périodicité** 	
	Analyses médicales	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire. Copie de la prescription médicale 	
	Médecines alternatives	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée établie, pour chaque séance, présentant le nom et prénom du bénéficiaire, la qualité et les diplômes du professionnel. 	
	Autres actes	<ul style="list-style-type: none"> Facture détaillée et acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical. 	
<u>Restitution du prorata des cotisations en cas de décès du membre participant</u>		<ul style="list-style-type: none"> Acte de décès Coordonnées du notaire en charge de la succession En l'absence de notaire : Certificat d'hérédité ou copie de la carte d'identité Copies intégrales du(des) livret(s) de famille justifiant le lien de parenté Attestation de porte fort en cas d'héritiers multiples. 	

*Régime obligatoire

**A transmettre sur demande de la mutuelle

2.4.4. Prise en charge hospitalière

La mutuelle a établi un partenariat avec la société ALMERYS en matière de prise en charge hospitalière.

Ainsi, pour une demande de prise en charge hospitalière en établissement conventionné (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) : l'établissement doit adresser à ALMERYS sa demande de prise en charge afin qu'elle lui délivre une prise en charge évitant ainsi l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière, participation forfaitaire sur les actes techniques supérieurs à 120€, forfait patient urgences et forfait journalier hospitalier.

La demande est à adresser **par le professionnel de santé** à :

ALMERYS

Par téléphone : 0 825 826 214

Via leur site internet : www.almerys.com

N° préfectoral : 98532001

Pour toutes hospitalisations, vous devez vous munir de votre carte vitale ainsi que de votre carte mutuelle.

Afin, que votre prise en charge soit traitée dans les meilleurs délais, le professionnel de santé doit transmettre à ALMERYS les informations suivantes :

- Les nom, prénom, numéro d'adhérent de la personne concernée,
- La date d'entrée de votre hospitalisation,
- La nature de votre hospitalisation,
- La chambre particulière si vous le souhaitez et selon votre garantie,
- Le nom et le numéro FINESS de l'établissement, le numéro de fax et le code DMT (obligatoire).

ALMERYS adressera directement à l'établissement hospitalier un accord de prise en charge qui garantit le paiement des frais de séjour à concurrence des garanties souscrites.

Cette demande doit être adressée **15 jours** avant la date d'entrée en hospitalisation.

Pour les dépassements d'honoraires en chirurgie ou médecine, la mutuelle ne pratique pas l'avance de frais. Dans ce cas, le membre participant ou son ayant droit soumet à la mutuelle l'original de la facture acquittée de l'établissement hospitalier sur laquelle figure le montant des honoraires.

2.4.5. Mode de règlement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue obligatoirement par virement, auprès de l'adhérent ou de l'ayant-droit de plus de 16 ans ayant communiqué son RIB. .

En cas de prise en charge, le paiement est réalisé directement auprès du professionnel de santé.

Seul le paiement d'une prestation donne droit à remboursement. Dans le cas d'un paiement par chèque, c'est l'encaissement du chèque qui emporte paiement (article L 131-67 du Code monétaire et financier).

L'adhérent est tenu de ne pas procéder à un paiement en espèces supérieur à 1000 euros à un professionnel de santé, conformément aux dispositions des articles L 112-6 et D 112-3 du Code monétaire et financier.

2.5. Règles générales de remboursement des prestations

2.5.1. Prestations prises en charge

L'ensemble des prestations accordées par la mutuelle est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période pour laquelle la garantie a pris effet.

2.5.2. Déclaration tardive des demandes de remboursement

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la mutuelle, au plus tard dans un délai de deux (2) ans à compter de la date des soins.

Au-delà de ce délai, aucun remboursement ne sera effectué par la mutuelle.

2.5.3. Fraude à l'assurance

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (*présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...*).

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Toute personne assurée dont la fraude est avérée se verra exclue de la mutuelle dans les conditions de l'article 11 des statuts.

2.5.4. Caractère indemnitaire des prestations et pluralité de garanties

En tout état de cause et en application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les prestations reversées par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

En cas de régularisation ultérieure du régime obligatoire, l'adhérent s'engage expressément à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la mutuelle.

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

Si l'adhérent souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs concernés.

2.5.5. Prestations indues

Dans le cas où des prestations auraient été versées à tort au membre participant ou à ses ayants droit, la mutuelle pourra récupérer les sommes indûment perçues par tous moyens, conformément à la réglementation en vigueur. L'adhérent s'oblige expressément à rembourser à la mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit.

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la mutuelle au titre de la répétition de l'indu. Cette retenue peut s'effectuer sur une période de cinq (5) ans maximum à compter de la date de versement de la prestation indue par la mutuelle.

2.5.6. Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent, ou à un bénéficiaire, victime d'un accident, dans son action contre le tiers responsable, dans les limites des dépenses supportées au titre de ses garanties.

L'adhérent s'engage à informer la mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers

3. La vie du contrat

3.1. Les cotisations

3.1.1. Paiement de la cotisation

En contrepartie du contrat, une cotisation annuelle est due au jour de l'adhésion.

Elle est financée au minimum à 50% par l'employeur mais peut être modulée en fonction des résultats de la négociation salariale. La répartition de la cotisation entre employeur et salarié est précisée dans l'acte de mise en place du régime frais de santé (décision unilatérale de l'employeur, accord collectif ou referendum).

Chaque année un appel de cotisation est adressé au souscripteur par la mutuelle pour le paiement de la cotisation annuelle au 1^{er} janvier de l'année suivante. Le règlement de la cotisation peut être fractionné.

3.1.2. Cotisations complémentaires et taxes

Des cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes peuvent s'ajouter à la cotisation annuelle à la mutuelle.

3.1.3. Conséquences du non-paiement

En cas de non-paiement des cotisations, lorsque l'employeur assure le précompte de la cotisation, les dispositions de l'article L.221-8 I. du code de la mutualité s'appliquent.

Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours de son échéance, une mise en demeure sera adressée par la mutuelle au souscripteur l'informant des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Si elle n'est pas suivie d'effets, le contrat pourra être suspendu trente jours après cette mise en demeure.

L'adhérent sera alors informé au plus tôt quarante jours après l'échéance de paiement, de la possible résiliation du contrat collectif que ce défaut de paiement peut entraîner, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement de la cotisation.

Sauf décision contraire de la Mutuelle, la garantie reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension et, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

À défaut de résiliation par la mutuelle, des majorations de retard pourront être appliquées à l'employeur pour tout retard de paiement supérieur à dix jours, selon les modalités prévues aux statuts de la Mutuelle.

Lorsque l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations, les dispositions de l'article L.221-8 II. du code de la mutualité s'appliquent.

L'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations

3.1.4. Evolution des cotisations

La cotisation peut être révisée chaque année par la mutuelle à la date de l'échéance annuelle en fonction du résultat technique du contrat et/ou d'une modification du risque (population assurée, type de contrat, modifications des garanties, évolution prévisionnelle des dépenses de santé ...).

Lorsque le risque se trouve modifié du fait de l'entrée en vigueur d'un nouveau dispositif législatif ou réglementaire, impactant notamment la réglementation fiscale ou sociale, la mutuelle pourra être amenée à procéder en cours d'année à des réactualisations de prestations et de cotisations.

3.2. Le maintien du contrat

3.2.1. Redressement – liquidation judiciaire

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire du souscripteur, le contrat pourra être maintenu ou sera résilié selon les conditions prévues par la réglementation en vigueur (notamment art. L610-1 et suivants du code de commerce).

A l'issue de cette période et dans tous les autres cas de rupture du contrat unissant le souscripteur et la mutuelle, le contrat peut être octroyé à titre individuel et à de nouvelles conditions si la demande en est faite conformément à l'article L.221-8 du code de la mutualité.

3.2.2. Suspension du contrat de travail

- **Cas de maintien du bénéfice du régime**

L'affiliation des salariés est maintenue en cas de suspension de leur contrat de travail, quelle qu'en soit la cause, dès lors qu'ils bénéficient, pendant cette période, d'un maintien de salaire, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires (notamment en cas de maladie ou d'accident d'origine professionnelle ou non professionnelle) ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

L'employeur verse la même contribution que pour les salariés actifs pendant toute la période de suspension du contrat de travail. Parallèlement, le salarié doit obligatoirement continuer à acquitter sa propre part de cotisation.

- **Autres cas de suspension**

Dans les autres cas de suspension comme, par exemple, pour congé sans solde (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation, congé pour création d'entreprise), les salariés ne bénéficieront pas du maintien du bénéfice du régime de complémentaire santé.

Les salariés pourront toutefois continuer à adhérer au contrat pendant la période de suspension de leur contrat de travail, sous réserve de s'acquitter de l'intégralité de la cotisation (part patronale et part salariale).

La cotisation afférente aux garanties précitées est réglée directement par le salarié auprès de l'organisme assureur.

Les salariés concernés pourront néanmoins bénéficier d'une prise en charge éventuelle de la cotisation susvisée dans le cadre des mesures d'action sociale mises en place par le souscripteur.

3.2.3. Rupture du contrat de travail

- **Mutualisation de la portabilité de la couverture en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit à l'assurance chômage**

Durée et modalités du maintien de la couverture

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

- Le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur ;
- Les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- L'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des conditions prévues au présent article ;
- L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail mentionnée au premier alinéa.

Le présent dispositif est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties couverture santé à la date de la cessation du contrat de travail.

Financement du maintien de la couverture

L'intégralité du financement du maintien des garanties portant sur la couverture des frais de santé (part salariale et part patronale) est assuré par un système de mutualisation des cotisations de l'employeur et des salariés présents dans l'entreprise et couverts par le contrat collectif en vigueur.

La cotisation applicable à la date de départ du salarié, de même que les garanties du contrat, pourront évoluer au cours de cette période dans les mêmes conditions que pour les salariés couverts par le contrat collectif en vigueur.

- **Maintien de la couverture de complémentaire santé en application de l'article 4 de la loi Evin**

En application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », la couverture de complémentaire santé sera maintenue par l'organisme assureur, dans le cadre d'un nouveau contrat :

– au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ou, le cas échéant, dans les 6 mois suivant l'expiration de la période de portabilité dont ils bénéficient ;

– au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de 12 mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les 6 mois suivant le décès.

L'obligation de proposer le maintien de la couverture de complémentaire santé à ces anciens salariés (ou à leurs ayants droit) dans le cadre de l'application de l'article 4 de la loi Evin incombe à l'organisme assureur, et l'employeur n'intervient pas dans le financement de cette couverture.

Conformément aux dispositions du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017, les tarifs applicables aux anciens salariés assurés au titre de l'article 4 de la loi Evin sont plafonnés, à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat loi Evin, selon les modalités suivantes:

- la première année, les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la deuxième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ;
- la troisième année, les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

3.3. Résiliation

L'adhésion prendra fin en cas de résiliation du contrat collectif conclu entre le Souscripteur et la mutuelle ou en cas de départ de l'adhérent de l'entreprise si ce dernier ne bénéficie pas d'un maintien du contrat au titre de l'ANI la portabilité ou de la loi Evin.

3.4. Cessation du contrat

Le contrat cesse :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur ou par la mutuelle,
- à la date d'effet de la résiliation en cas de départ de l'entreprise sans maintien du contrat au titre de l'ANI la portabilité ou de la loi Evin,
- en cas de résiliation de la mutuelle suite au non-paiement des cotisations et dans les conditions prévues par le code de la mutualité.

4. Dispositions générales

4.1. Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de satisfaire à ses obligations légales et réglementaires en matière de blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents et leurs ayants-droits éventuels.

Sur ces bases, elle est ainsi fondée à demander aux membres participants et leurs ayants-droits, la justification et/ou la vérification de leur identité (article L561-5 du Code monétaire et financier), de leur situation professionnelle (article L561-10 du Code monétaire et financier) économique ou financières; des informations relatives à la provenance ou la destination des fonds liés au contrat d'assurance (article L561-10-2 du Code monétaire et financier), ou toute autre information qui pourrait lui permettre d'avoir une meilleure connaissance de la relation d'affaires.

A défaut d'obtenir les documents demandés, aucune souscription ne sera réalisée. Si la relation d'affaires a été établie, il sera alors mis fin à celle-ci (article L561-8 du Code monétaire et financier).

Par ailleurs, si les informations communiquées paraissent fausses ou irrégulières, la mutuelle se réserve la possibilité d'effectuer une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN (article L561-15 du Code monétaire et financier).

4.2. Informatique et libertés

Dans le cadre de la relation d'assurance, la mutuelle est amenée à recueillir auprès du membre participant des données personnelles protégées par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et le règlement (UE) 2016/679 du parlement européen et du conseil du 27 avril 2016 applicable depuis le 25 mai 2018 (ci-après, « le règlement européen sur la protection des données » dit « RGPD »).

Ces données sont destinées à Groupe France Mutuelle ainsi qu'à ses partenaires contractuels (organisme de tiers payant, réseau de soins, façonnier éditique, sous-traitant mailing).

A ce titre, les données personnelles du prospect ou du membre participant le concernant peuvent être transmises:

- Aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec la mutuelle pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites plus bas,
- Aux partenaires de la mutuelle qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par le membre participant aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis du membre participant ou de la mutuelle,
- A des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires,
- Vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite.

Le traitement des données du prospect ou du membre participant est fondé sur au moins l'une des bases juridiques suivantes :

- le traitement est nécessaire à l'exécution d'un contrat auquel le membre participant est partie,
- le traitement est nécessaire au respect d'une obligation légale auquel le responsable de traitement est soumis,
- le traitement répond à l'intérêt légitime poursuivi par le responsable de traitement (notamment la lutte contre la fraude et la prospection commerciale).

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement sera demandé au prospect ou au membre participant.

Plus précisément, le traitement des données du prospect ou du membre participant peut avoir pour finalité(s) :

- la passation, la gestion et l'exécution de vos contrats d'assurance,
- la réalisation de devis,
- la gestion des clients et la prospection commerciale,
- l'amélioration du service au client,

- les études statistiques, enquêtes et sondages,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur,
- la lutte contre la fraude,
- la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Lorsque le traitement n'est fondé sur aucun des éléments définis ci-dessus, un consentement au traitement sera demandé.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Les informations collectées obligatoires sont nécessaires au traitement du contrat et à l'envoi des documents contractuels ou informatifs.

Les données personnelles sont conservées pour la durée nécessaire aux finalités pour lesquelles elles ont été collectées, dans le respect des règles en matière de protection des données personnelles et autres obligations légales, notamment en matière de délais de prescription : effacement des données prospects 3 ans après leur collecte ou le dernier contact émanant du prospect, en cas de souscription effacement des données 5 ans après la fin de la relation contractuelle entre la mutuelle et le membre participant.

Il est précisé que toute déclaration fausse ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Conformément à la loi Informatique et Liberté et au règlement européen sur la protection des données, le membre participant dispose, sans frais, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit à la limitation du traitement et du droit d'opposition au traitement. Celui-ci a également le droit de définir des directives sur le sort de ses données après son décès, en s'adressant à :

Groupe France Mutuelle
Correspondant Informatique et Libertés
Direction juridique
10 rue du 4 septembre
CS 11601
75089 Paris Cedex 02
ou par mail à : GFM_CIL@francemutuelle.fr

L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Worldline. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

En cas d'insatisfaction, le membre participant à la possibilité d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), à l'adresse suivante : CNIL 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

4.3. Prescription

En application des articles L. 221-11 et L 221-12 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement 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 fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là ;

Quand l'action de l'adhérent, 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 l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci ;

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

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

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

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

4.4. Traitement des réclamations et saisine du médiateur

L'adhérent peut s'adresser à la mutuelle pour faire part d'un désaccord ou d'une insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des statuts, du règlement mutualiste ou de la fiche d'information.

Dans un premier temps, l'adhérent s'adressera par écrit à l'adresse indiquée ci-après (article 5 du présent document).

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, l'adhérent pourra saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. L'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués avec la requête sur le site du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Ou par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 PARIS cedex 15

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est disponible sur le site Internet www.francemutuelle.fr ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

4.5. For juridique

En cas de litige qui ne trouverait pas de résolution amiable, les tribunaux du siège de la mutuelle sont seuls compétents.

4.6. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution

Conformément au code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située : 4, place de Budapest - 75436 PARIS CEDEX 09.

4.7. Droit applicable – Langue

La présente notice est soumise au droit français, à l'exclusion de toute autre législation. Elle est régie par les dispositions du code de la mutualité et rédigée en langue française. Dans le cas où celle-ci serait traduite en une ou plusieurs langues, seul le texte français ferait foi en cas de litige.

5. Définitions et Interlocuteurs

5.1. Définitions

Adhérent

En tant que salarié du Souscripteur, l'adhérent est la personne physique assurée au titre du présent contrat et qui bénéficie des prestations. Il est désigné au bulletin d'adhésion.

L'adhérent au contrat frais de santé acquiert de droit la qualité de membre participant de la MUTUELLE.

Mutuelle : désigne Groupe France Mutuelle, l'organisme d'assurance frais de santé, personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Souscripteur

Ce terme désigne l'employeur ou la personne morale qui, par la souscription d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative en assurance frais de santé auprès de la Mutuelle, permet à l'Adhérent de bénéficier du contrat frais de santé.

- **Autres mots clés**

100% Santé

La réforme « 100% santé » (ou « Reste à charge nul ») inscrite dans l'article 51 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 et le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019, instaure progressivement plusieurs paniers de soins pour chacune des garanties optique, audiologie et dentaire, dont l'un assure un reste à charge nul pour les personnes bénéficiaires.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes courants

Ensemble des actes dispensés par des professionnels de santé et remboursés par le régime obligatoire, en dehors des frais d'optique, de prothèses dentaires, de grand appareillage, d'orthodontie acceptée et d'hospitalisation.

Aides auditives

Les aides auditives (ou audioprothèses) sont des dispositifs médicaux à usage individuel destiné à compenser électroacoustiquement, au moyen d'une amplification appropriée, les pertes d'audition des malentendants ou les troubles de la compréhension.

Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit au titre du présent contrat :

- Le conjoint, partenaire ou concubin de l'adhérent tel que défini par le présent article,
- Les enfants à charge tels que définis ci-après par le présent article.

Les ayants-droit de l'adhérent peuvent bénéficier des prestations du présent contrat.

Base de remboursement

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

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Les tarifs de convention et de responsabilité applicables sont déterminés dans la nomenclature.

Pour certaines garanties, on parle de base de remboursement de la sécurité sociale reconstituée (BRR) : lorsque l'acte est effectué dans un secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné.

Concubin

Personne vivant en concubinage avec l'adhérent exerçant ou non une activité professionnelle sous réserve que l'adhérent et son concubin :

- Vivent sous le même toit,
- Soient libres de tout autre lien de même nature, c'est-à-dire célibataires, veufs(ves) ou divorcés(ées),
- Ne soient pas engagés dans les liens d'un PACS avec une autre personne.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la sécurité sociale.

Concubinage

Union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple (article 515-8 du code civil). Le concubinage est reconnu par la mutuelle si l'un des justificatifs suivants est présenté par le bénéficiaire : attestation délivrée par la mairie, photocopie du livret de famille pour les concubins ayant des enfants communs, ou, à défaut, déclaration sur l'honneur accompagnée impérativement de la justification du domicile commun (avis d'imposition, quittance de loyer, factures d'électricité...).

Conjoint

Epoux ou épouse de l'adhérent, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle. Peuvent être considérés comme bénéficiaires les conjoints de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Consultation chez un médecin conventionné de secteur 1 : Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, que vous soyez dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

Consultation chez un médecin conventionné de secteur 2 : Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

Consultation chez un médecin non conventionné (ou « en secteur 3 ») : Le médecin non conventionné est un médecin qui n'a pas signé la convention médicale avec la sécurité sociale. Il pratique des tarifs totalement libres, avec dépassement d'honoraires. Le remboursement s'appliquant pour ce médecin est alors basé sur un tarif d'autorité (TA), dont le montant est très inférieur à la base de remboursement des médecins conventionnés.

Discipline médico-tarifaire (DMT) :

Discipline médicale dans laquelle va séjourner ou séjourner le patient et qui détermine le tarif appliqué par le régime obligatoire.

Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM)

Le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. En adhérant au dispositif, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter le nombre des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser son taux moyen de dépassement d'honoraires concernant les autres actes. En contrepartie :

- son activité est revalorisée par la sécurité sociale (prise en charge d'une partie des cotisations sociale pour l'activité pratiquée à tarif opposable, revalorisation des tarifs opposables de certains actes techniques –actes chirurgicaux, actes de gynécologie-obstétrique)
- ses patients bénéficient d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au dispositif.

Ce terme générique regroupe :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée – CO (dite OPTAM- CO).applicable aux chirurgiens et obstétriciens
- l'option pratique tarifaire maîtrisée (dite OPTAM) applicable à l'ensemble des spécialités.

Enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin tels que défini par le présent règlement mutualiste, sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 18 ans et bénéficiant de prestations du régime obligatoire :
 - o sous le numéro d'immatriculation du membre participant ou de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
 - o sous leur propre numéro d'immatriculation.

- âgés de moins de 28 ans et :
 - ✓ poursuivent leurs études (sur présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant) ;
 - ✓ poursuivent une formation en alternance (sur présentation d'un contrat d'apprentissage inférieur à 12 mois ou d'un contrat de professionnalisation) ;
 - ✓ inscrits à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi. (sur présentation d'un avis de situation du Pôle Emploi du mois en cours ou précédent et d'une attestation Pôle Emploi de non indemnisation) ;
 - ✓ exercent une mission de Service Civique réalisée en France auprès d'un organisme agréé par l'Etat (sur présentation du contrat d'engagement de service civique).

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 18^{ème} ou 28^{ème} anniversaire.

Les documents justifiant de la situation d'enfant à charge doivent être transmis à la mutuelle une fois par an.

- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 18^{ème} anniversaire.

Le justificatif de la situation de handicap de l'enfant doit être transmis au moment du rattachement de celui-ci.

Les enfants sont réputés être ayant-droit au jour de leur naissance, dès lors que le parent membre participant qui procède à son inscription, délivre à la mutuelle, un acte de naissance **dans les 3 mois à compter de sa naissance**. Si l'inscription de l'enfant a lieu au-delà des 3 mois de sa naissance, les éventuels délais d'attente prévus dans les fiches d'information s'appliquent à son endroit.

À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit majeur ou mineur, il est prévu, postérieurement à la naissance, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit. Dès lors, le nouveau-né de l'ayant-droit devenu membre participant acquiert la qualité d'ayant-droit.

Forfait journalier hospitalier

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Forfait facturé par les établissements de santé, il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie sauf en cas de transfert d'établissement.

Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant notamment les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les établissements d'hébergement pour personnes indépendantes (EPHAD) ainsi que le forfait journalier facturé dans le cadre de l'accueil familial thérapeutique n'est pas pris en charge par la mutuelle.

Forfait patient urgences

Participation forfaitaire facturée en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation.

Franchises médicales

Somme déduite des remboursements effectués par la sécurité sociale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Son montant est de :

- 0,50€ par boîte de médicament ;
- 0,50€ par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS, CMU-C, de l'ACS et de l'Aide Médicale de l'Etat, les femmes enceintes (du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement), les jeunes filles mineures âgées d'au moins 15 ans pour la contraception et la contraception d'urgence, les victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet évènement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises

Honoraires paramédicaux

Il s'agit des honoraires réalisés par les professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues – dont les actes figurant à la nomenclature sont remboursés par le régime obligatoire et la mutuelle.

Hospitalisation

Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

Maladie

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

Matériel médical :

Celui-ci comprend les dispositifs médicaux, au sens de l'article L 5211-1 du Code de la santé publique, et les produits et prestations inscrits à la liste prévue à l'article L 165-1 du Code de la santé publique (hors aides auditives et dispositifs d'optique médicale).

Membre participant

Personne physique répondant aux critères définis à l'article 3.1 du règlement mutualiste de Groupe France Mutuelle (affiliation à un régime obligatoire, lieu de résidence). Le membre participant bénéficie des prestations de la mutuelle à laquelle il adhère et en ouvre le droit à ses ayants-droit.

Nomenclature : Les nomenclatures définissent les actes, produits, et prestations pris en charge par la sécurité sociale et les conditions de leur remboursement (base de remboursement).

Les principales nomenclatures sont les suivantes :

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

Orthodontie invisible par aligneur

L'orthodontie invisible par aligneur est une technique visant à aligner les dents, sans avoir recours aux bagues dentaires traditionnelles, grâce à l'utilisation d'appareils amovibles transparents (ex : Smilers®, Invisalign®...).

Parcours de soins

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

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

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès de la sécurité sociale (ou son remplaçant).

Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

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

Participation forfaitaire à 1 Euro

La participation forfaitaire à 1 euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

Le cumul de la franchise est plafonné à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CSS, CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

Prescription médicale

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

Régime obligatoire

Régime légal de sécurité sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (régime général - concernant la plupart des salariés et étudiants-, régimes spéciaux -fonctionnaires, agents de la SNCF, d'EDF-GDF-, régime agricole, régime Alsace-Moselle...). Ces régimes assurent la prise en charge des dépenses de santé des assurés malades.

Reste à charge

Le reste à charge est le montant que le patient doit assumer suite aux frais médicaux qu'il a reçus, après le remboursement du régime obligatoire et de la mutuelle.

Sécurité sociale

La sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle fournit la couverture de base des risques « maladie/ maternité/ invalidité/ décès », « accidents du travail/ maladies professionnelles », « vieillesse » et « familles ». Pour la couverture des risques « maladie/ maternité/ invalidité/ décès », la sécurité sociale est composée de différents régimes auxquels sont obligatoirement affiliés les bénéficiaires (voir régime obligatoire).

Tarif opposable

Base tarifaire retenue par le régime obligatoire comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

Ticket modérateur

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par la sécurité sociale, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Tiers Payant

Le tiers-payant est un système qui permet à un adhérent, sous certaines conditions, d'être dispensé partiellement ou totalement de l'avance de ses frais de santé.

5.2. Interlocuteurs au cours de la vie du contrat

Pour l'envoi des justificatifs et autres actes de gestion,

Groupe France Mutuelle
Centre de Gestion
10 rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 02

Pour s'adresser au dentiste conseil,

Groupe France Mutuelle
A l'attention du dentiste-conseil
10, rue du 4 Septembre
CS 11601
75 089 Paris Cedex 02

Pour l'application de la Loi Informatique et Libertés :

Groupe France Mutuelle
Correspondant Informatique et Libertés, Direction juridique
10 rue du 4 septembre
CS 11601, 75089 Paris Cedex 02
ou par mail à GFM_CIL@francemutuelle.fr

Pour une demande de prise en charge hospitalière :

(Uniquement par le professionnel de santé)

ALMERYS
Par téléphone : 0 825 826 214
Via leur site internet : www.almerys.com
N° préfectoral : 98532001

Pour les réclamations :

Groupe France Mutuelle
Service de la Relation Adhérents
10 rue du 4 Septembre
CS 11601
75089 PARIS cedex 02
adherent@francemutuelle.fr

ANNEXE 1 : PRESTATIONS 2024 GROUPE FRANCE MUTUELLE

Garantie exprimée dans la limite des frais réellement engagés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale, excepté pour les prestations exprimées en euros, en PMSS ou en frais réels. Sauf mentions contraires, les actes non pris en charge par la Sécurité Sociale ne donnent pas lieu à remboursement.

Délivrées dans les limites fixées par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale et par ses décrets d'application.

Remboursement
Sécurité sociale + Mutuelle

SOINS COURANTS	PRO1
Honoraires médicaux	
Généraliste et spécialiste - DPTM ⁽¹⁾	100%
Généraliste et spécialiste - hors DPTM ⁽¹⁾	100%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - DPTM ⁽¹⁾	100%
Actes d'imagerie, actes techniques médicaux et d'échographie - hors DPTM ⁽¹⁾	100%
Actes médicaux réalisés en cabinet - DPTM ⁽¹⁾	100%
Actes médicaux réalisés en cabinet - hors DPTM ⁽¹⁾	100%
Médicaments	100%
Analyses et examens de laboratoire	100%
Honoraires paramédicaux	100%
Matériel médical	100%
Frais de transport	100%
Séances de psychologue prises en charge par la Sécurité Sociale	100%
Soins à l'étranger	Sécurité sociale + 25% (min 100%)
HOSPITALISATION	
Honoraires	
Chirurgien et anesthésiste - DPTM ⁽¹⁾	150%
Chirurgien et anesthésiste - hors DPTM ⁽¹⁾	130%
Participation forfaitaire, actes techniques supérieurs à 120 euros	24 €
Forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ⁽³⁾	100% Frais Réels
Frais de séjour	100%
Chambre particulière	
En médecine ou chirurgie par jour, sans limitation de durée	45 €
En maternité par jour, sans limitation de durée	45 €
DENTAIRE	
Soins et prothèses 100% santé ⁽⁴⁾	Sans reste à charge
Soins (paniers à tarifs libres ou maîtrisés)	100%
Prothèses (paniers à tarifs libres ou maîtrisés), par prothèse, y compris Inlay/Onlay	260%
Orthodontie	
Prise en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un semestre	200% + 200 €
OPTIQUE	
Equipements 100% santé ⁽⁴⁾	Sans reste à charge
Monture et verres remboursement de la monture limité à 100 € ⁽⁵⁾	
Monture + 2 verres simples	125 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	175 €
Monture + 1 verre simple + 1 verre très complexe	228 €
Monture + 2 verres complexes	225 €
Monture + 1 verre complexe + 1 verre très complexe	278 €
Monture + 2 verres très complexes	330 €
Suppléments et prestations optiques	Sans reste à charge
Lentilles	
Prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	100% + 170 €
Non prises en charge par la Sécurité sociale ⁽²⁾	170 €
Chirurgie réfractive non prise en charge par la Sécurité sociale, par œil	153 €
AIDES AUDITIVES	
Equipements 100% santé ⁽⁴⁾	Sans reste à charge
Accessoires auditifs	100%
Audio-prothèses par oreille	100% + 250 €
CURE	
Cure thermale	Sécurité sociale
PRÉVENTION	
Non prise en charge par la Sécurité sociale	
Ostéopathe, étiope, acupuncteur, homéopathe, sophrologue, sexologue, ⁽⁶⁾ diététicien, chiropracteur, pédicure, podologue, tabacologue, psychomotricien, psychologue, ergologue par an	30 €
Assistance ⁽⁷⁾	Include
Téléconsultation médicale ⁽⁷⁾	Include
Protection juridique santé ⁽⁷⁾	Include

(1) Le DPTM (dispositif de pratique tarifaire maîtrisée) regroupe l'OPTAM (Option pratique tarifaire maîtrisée) et l'OPTAM-CO pour les chirurgiens et les obstétriciens. Ce dispositif signé entre l'Assurance maladie et des médecins engage à une limitation.

(2) Montant maximum par année civile (du 1er janvier au 31 décembre).

(3) Le forfait journalier n'est pas pris en charge au sein des établissements médico-sociaux.

(4) tels que définis réglementairement. Le 100% Santé vous permet de bénéficier d'un panier de soins sans reste à charge, après remboursement de l'Assurance maladie et de la mutuelle. Si vous ne souhaitez pas bénéficier des prestations comprises dans ce panier, les remboursements se feront selon le niveau

de garantie choisi à la ou aux ligne(s) suivante(s).

(5) Les montants de remboursements couvrent les frais d'acquisition engagés, par période de prise en charge de 2 ans pour un équipement composé de 2 verres et d'une monture dont le remboursement est limité à 100€. Ils incluent la participation de l'Assurance maladie. Le délai entre deux prises en charge peut être réduit dans les conditions définies dans le règlement mutualiste ou la notice d'information. En cas d'achat d'un équipement composé d'une monture hors 100% Santé et de verres 100% Santé (ou inversement), le remboursement de la partie de l'équipement hors 100% Santé sera alors limité au forfait correspondant à la correction de l'équipement acquis, déduction faite du coût de la partie 100% Santé. Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal +4,00 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est inférieure ou égale à 6,00. Verre très complexe : verre progressif sphérique dont la sphère < -4 ou > +4 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère < -8 ou verre progressif sphéro-cylindrique dont la sphère entre -8 et 0 et dont le cylindre > +4 ; ou dont la sphère est positive et dont la somme « sphère + cylindre » est supérieure à 8,00. Verre complexe : tous les autres verres.

(6) Pour la chiropraxie et l'ostéopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par des praticiens ou sages-femmes inscrits au fichier ADELI.

Pour l'acupuncture, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens reconnus en tant que médecins, selon l'article L.4111-1 du Code de la Santé publique. Pour l'étiopathie, prise en charge uniquement des soins réalisés par les praticiens inscrits au Registre National des Étiopathes (RNE).

(7) Voir conditions de la fiche d'information ou la notice d'information relative au contrat et remise lors de l'adhésion. Ce document est également disponible sur simple demande.

ANNEXE 2 : Assistance et services

La mutuelle met à la disposition de ses adhérents des services d'assistance santé (dont la téléconsultation médicale) et de protection juridique santé.

Vous trouverez, ci-après, une présentation de ces différents services.

Pour plus d'informations sur ces garanties et leurs modalités de mise en œuvre, l'adhérent est invité à se référer à l'ensemble des notices qui lui ont été remises et/ou mises à disposition sur son Espace adhérent. Celles-ci sont également disponibles sur le site internet de la mutuelle ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

PRESTATIONS ACCESSIBLES DES L'ADHESION

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Dès l'Adhésion.

Conciergerie psycho-sociale et aide à la constitution de dossier	Informations téléphoniques
Ecoute, conseil et accompagnement	Informations téléphoniques
Accompagnement social	12 appels maximum par année civile d'une durée de 15 minutes chacun
Informations juridiques	Informations téléphoniques
Téléconsultation	Illimitée
2 ^{ème} avis médical	2 avis maximum rendus par famille/ par année civile
Coaching sportif et nutritionnel	1 séance maximum sur une période de 12 mois à compter de la date de mise en place du programme
Prévention des risques cardio-vasculaires	Informations téléphoniques

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE, SUPERIEURE OU EGALE A 24 HEURES, D'HOSPITALISATION AMBULATOIRE, OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE OU EGALE A 5 JOURS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Hospitalisation, Immobilisation.

Ecoute, conseil et accompagnement	1 entretien téléphonique maximum par Evènement
Acheminement des médicaments	Frais de livraison à concurrence de 100 euros TTC maximum par Evènement
Ecole à Domicile	10 heures maximum par semaine dans la limite de 2 000 euros TTC par Evènement.
Garde malade	15 heures maximum par Evènement pendant les 5 jours qui suivent le retour au Domicile / 1 seule intervention par année civile
Enveloppe de services	300 € TTC maximum par Evènement (en cas d'Hospitalisation prévue ou imprévue supérieure ou égale à 24 heures ou d'immobilisation au Domicile supérieure ou égale à 5 jours) 100 € maximum par Evènement (en cas d'Hospitalisation ambulatoire)

PRESTATION ACCESSIBLE EN CAS D'HOSPITALISATION PREVUE OU IMPREVUE, INFERIEURE OU EGALE A 24 HEURES D'UN ENFANT DU BENEFICIAIRE AGE DE MOINS DE 10 ANS

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint,
- par Evènement : Hospitalisation.

Présence auprès de l'enfant hospitalisé	2 nuits d'hôtel maximum par Evènement à concurrence de 100 euros TTC maximum par nuit
---	---

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MATERNITE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint,
- par Evènement : Maternité.

Informations pratiques sur la naissance	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique en cas de difficultés dans le cadre de la naissance	2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
Accompagnement baby-blues	Informations téléphoniques
Acheminement des médicaments	Frais de livraison à concurrence de 100 euros maximum par Evènement
Enveloppe de services	300 € TTC maximum par Evènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE CHIMIOETHERAPIE OU RADIOTHERAPIE, ET TOUS TRAITEMENTS ONCOLOGIQUES

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Traitement anticancéreux.

Ecole à Domicile	10 heures maximum par semaine dans la limite de 2 000 euros TTC par Evènement.
Ecoute, conseil et accompagnement	Informations téléphoniques
Aide à l'annonce du diagnostic	Informations téléphoniques
Aide à la recherche de fournisseurs de perruques	Mise en relation
Accompagnement au diagnostic	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
Enveloppe de services	300 € TTC maximum par Evènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE MALADIES REDOUTEES

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Maladies redoutées.

Ecoute, conseil et accompagnement	Informations téléphoniques
Accompagnement avant / après hospitalisation	Entretiens téléphoniques
Aide à l'annonce du diagnostic	Informations téléphoniques
Accompagnement au diagnostic	Informations téléphoniques
Accompagnement psychologique	2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
Enveloppe de services	300 € TTC maximum par Evènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS D'AFFECTION LONGUE DUREE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Affection Longue Durée.

Ecoute, conseil et accompagnement	Informations téléphoniques
Assistance aux devoirs	20 sollicitations maximum par enfant / par Evènement
Accompagnement psychologique	2 entretiens téléphoniques maximum par Evènement
Enveloppe de services	300 € TTC maximum par Evènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DEPENDANCE D'UN PROCHE

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Dépendance.

Accompagnement social	Informations téléphoniques
Téléassistance	Mise en relation
Répit de l'aidant (<i>en cas d'épuisement de l'Aidant ou d'Hospitalisation imprévue supérieure à 24 h ou d'immobilisation de l'Aidant supérieure ou égale à 5 jours de l'Aidant</i>)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche d'établissements spécialisés et réservation de lit 	250 € maximum par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>OU</u> Garde de l'Aidé 	20 h maximum par Evènement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>OU</u> Venue d'un Proche au Domicile pour la garde de l'Aidé 	1 Titre de transport dans la limite de 250 € par Evènement
Bilan 360° d'aide aux Aidants	Informations téléphoniques
Formation de l'Aidant	1 intervention maximum par Evènement
Bilan prévention autonomie	460 euros TTC maximum par Evènement
Recherche d'une solution d'hébergement adaptée pour l'Aidé	Mise en relation
Suivi de la qualité de vie de l'Aidé placé	1 appel par mois pendant une période de 6 mois maximum par Evènement
Mise en relation avec les corps de métier en charge de l'aménagement du logement ou du véhicule	Mise en relation
Mise en relation avec les fournisseurs de matériel adapté aux handicapés	Mise en relation
Assistance déménagement	Organisation sans prise en charge
Accompagnement psychologique	2 entretiens maximum par Evènement
Enveloppe de services	300 € TTC maximum par Evènement

PRESTATIONS ACCESSIBLES EN CAS DE DECES

Dans le cadre de ces garanties, il faut entendre :

- par Bénéficiaires : l'Adhérent, son Conjoint, leur(s) enfant(s),
- par Evènement : Décès.

Informations décès-obsèques	Informations téléphoniques
Aide à l'organisation des obsèques	Transmission de coordonnées
Mise à disposition de courriers-type	
Gestion des volontés essentielles de l'Adhérent	
Rapatriement et transport de corps (<i>en cas de décès à plus de 50 km du Domicile</i>)	Frais réels
Cercueil (modèle simple)	763 euros TTC maximum par Evènement
Nettoyage du domicile	4 heures maximum par Evènement

BESOIN D'ASSISTANCE ? Contactez-Filassistance :

Téléphone	01 53 21 24 96 (depuis la France) +33 01 53 21 24 96 (depuis l'étranger)
Mail	assistance.personnes@filassistance.fr
Adresse	108 Bureaux de la Colline 92213 Saint-Cloud Cedex
Télécopie	09 77 40 17 87

Veillez nous indiquer votre référence adhérent.
(cette information est disponible sur votre carte de Tiers-payant)



FILASSISTANCE INTERNATIONAL
Société Anonyme au capital de 4 100 000 €
433 012 689 RCS NANTERRE
Siège social : 108 Bureaux de la Colline,
92213 SAINT-CLOUD Cedex
Entreprise régie par le Code des Assurances

PROTECTION JURIDIQUE SANTE

Face à une agression, une erreur médicale ou encore une atteinte à votre intégrité morale, les particuliers se retrouvent très souvent seuls face à l'auteur responsable de leur préjudice. Groupe France Mutuelle a mis en place un partenariat avec Cfdp, assureur de protection juridique, indépendant, et présent à vos côtés, afin de vous apporter la protection fondamentale pour obtenir des informations juridiques et vous permettre d'exercer votre recours et obtenir l'indemnisation à laquelle vous pouvez prétendre.



✓ CFDP, C'EST...

L'EXPERTISE

Les équipes locales de Cfdp, autonomes, avec une forte implication auprès des acteurs locaux du droit, détiennent un réel savoir-faire dans la gestion des relations avec les assurés.

L'INDÉPENDANCE

Cfdp est la seule compagnie de Protection Juridique indépendante sur le marché français. Cette indépendance permet une liberté d'action, une impartialité dans la gestion des litiges, garantie de la satisfaction des courtiers et des assurés.

LA PROXIMITÉ

Implantée localement dans 40 villes, Cfdp se caractérise par sa proximité, pour défendre au mieux les intérêts de ses assurés et gérer les litiges de façon personnalisée.

✓ QU'EST-CE QUE LA PROTECTION JURIDIQUE ?

L'assurance de Protection Juridique vous apporte une information juridique, vous protège des litiges dans le cadre de votre vie privée et défend vos intérêts devant les tribunaux, que ce soit en défense ou en recours. Nos juristes de proximité vous apportent au quotidien de l'information, assurent le règlement de vos litiges dans un cadre amiable. Enfin si une procédure judiciaire est nécessaire, nous intervenons en règlement des frais de justice et honoraires de votre avocat.

✓ COMMENT DÉCLARER MON LITIGE À CFDP ASSURANCES ?

Pour nous faire part de votre litige, vous pouvez vous adresser directement à votre mutuelle qui nous transmettra les éléments. Vous pouvez également prendre directement contact avec votre délégation de proximité. À réception des éléments, un juriste dédié au suivi de votre dossier élaborera avec vous la stratégie à mettre en œuvre pour favoriser un règlement rapide et efficace.



Par téléphone : 04 69 84 20 50



Par mail : gfm@cfdp.fr

Cfdp Assurances, SA au capital de 1 692 240 €, dont le siège social est sis 62 rue de Bonnel, Immeuble l'Europe, 69003 Lyon, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 958 506 156 02046