

# REGLEMENT MUTUALISTE Contrat Santé Labellisée destiné au personnel et aux retraités de la fonction publique territoriale et de leurs établissements publics

## GENERALITES

**Article 1** Le présent règlement mutualiste établi en conformité de l'article 10 des statuts de la MTRL définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et au règlement intérieur. Le conseil d'administration peut apporter au règlement mutualiste des modifications qui s'appliquent immédiatement ; celles-ci sont présentées pour ratification à la plus proche assemblée générale. En application de l'article 16 des statuts de la MTRL, les statuts, le règlement intérieur et le règlement mutualiste peuvent être consultés dans toutes les agences de la Mutuelle.

**Article 2** Selon la définition de l'article 14 des statuts les membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle ils ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit au titre soit d'une opération individuelle, soit d'une opération collective. Un droit d'adhésion dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale peut leur être demandé.

**Article 3** Est considérée comme ayant droit : toute personne qui bénéficie des prestations de la mutuelle par le biais d'un membre participant en vertu d'une stipulation contractuelle. A partir de 18 ans, les parents doivent adresser chaque année un certificat d'apprentissage ou de scolarité. Dès qu'ils deviennent assurés sociaux par eux-mêmes, ils peuvent souscrire une adhésion individuelle.

**Article 4** Selon l'article 15 des statuts de la Mutuelle, les membres honoraires sont des personnes physiques qui versent des cotisations, apportent des contributions ou font des dons à la Mutuelle sans bénéficier de ses prestations.

**Article 5** À leur demande, les mineurs de plus de seize ans, assurés sociaux, peuvent être membres participants de la Mutuelle sans l'intervention de leur représentant légal (article L114-2 du Code de la mutualité).

## ADHESION

**Article 6** Toute personne qui souhaite être membre de la Mutuelle fait acte d'adhésion et reçoit gratuitement copie des statuts et règlements de la Mutuelle. Lors de son adhésion, le membre participant doit remettre une copie de son attestation d'assuré social et un relevé d'identité bancaire ou postal pour le règlement des prestations et l'autorisation de prélèvement pour le paiement des cotisations et le fonctionnement de la carte Avance Santé.

**Article 7** L'adhésion est ouverte aux personnes qui remplissent les conditions suivantes :

- être fonctionnaire ou agent de droit public ou de droit privé de la fonction publique territoriale et de leurs établissements publics,
  - être retraité de la fonction publique territoriale et de leurs établissements publics
- Assujettis à un régime d'assurance maladie obligatoire en vigueur en France métropolitaine.

Les autres bénéficiaires peuvent être :

- le conjoint de l'adhérent, assujetti à titre personnel ou à titre d'ayant droit ;

- les ayants droit de l'un ou de l'autre ;
- les enfants majeurs jusqu'à la fin de l'année de leurs 25 ans uniquement s'ils sont apprentis ou étudiants.

Est considérée comme ayant droit toute personne à charge de l'assuré social au sens de l'assurance maladie obligatoire et bénéficiant à ce titre des prestations.

Les enfants nés après l'adhésion au contrat sont admis d'office dès leur naissance à condition que la demande d'avenant soit faite dans les trois mois qui suivent la naissance. La Mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture. L'adhésion est facultative.

**Article 8** La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée :

- à l'acceptation par la Mutuelle des personnes à garantir
- à l'encaissement de la première cotisation relative à chaque contrat selon les modalités fixées dans le présent règlement.

**Article 9** Les garanties s'appliquent à compter de la date de prise d'effet du contrat indiquée sur le bulletin d'adhésion pour une première période se terminant au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite au premier janvier de chaque année. Les prestations sont décrites dans les tableaux des garanties.

**Article 10** L'option choisie au moment de l'adhésion s'applique à l'ensemble des bénéficiaires du contrat. Aucune modification de garantie n'est possible la première année de garantie. Après une année de garantie, la modification de l'option est possible à tout moment et la nouvelle option s'applique pour douze mois à l'ensemble des bénéficiaires.

**Article 11** L'adhésion a une durée annuelle. Elle se renouvelle, sous réserve du paiement de la cotisation, à chaque échéance principale du contrat, par tacite reconduction et aussi longtemps que l'adhésion est en vigueur. Toutes les options sont viagères dès la date d'effet, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-7 (défaut de paiement des cotisations) et L. 211-9 (retrait d'agrément) du code de la Mutualité. Une fois la demande d'adhésion acceptée, un adhérent ne peut plus être radié ou voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé ou de sa consommation médicale.

**Article 12** L'adhésion est résiliable par l'adhérent :

- à la fin de la première période annuelle d'assurance, moyennant préavis d'un mois ;
- à tout moment au-delà de la première année d'assurance, moyennant préavis d'un mois ;
- en cas d'augmentation de la cotisation appliquée dans les conditions prévues à l'article 17.

La demande de résiliation peut être effectuée :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Soit par acte extra-judiciaire ;
- Soit, lorsque la Mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation prendra effet un mois après la notification à la Mutuelle. La Mutuelle aura le droit à la portion de cotisation calculée sur les bases de la cotisation précédente, au prorata du temps écoulé entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

**Article 13** La Mutuelle peut résilier l'adhésion :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- lorsque l'adhérent ne relève plus d'un régime d'assurance maladie obligatoire en France métropolitaine ou si l'adhérent ne relève plus de la fonction publique territoriale.

Dans ce cas la résiliation prendra effet de plein droit un mois après la date à laquelle la Mutuelle aura eu connaissance de la nouvelle situation.

## OUVERTURE DES DROITS

**Article 14** Les adhérents ont droit aux prestations sans délai de carence.

**Article 15** Les enfants majeurs sont inclus dans la garantie familiale jusqu'à la fin de l'année de leurs 25 ans uniquement s'ils sont apprentis ou étudiants. A partir de 18 ans, les parents doivent fournir chaque année un certificat d'apprentissage ou de scolarité. Dès qu'ils ne sont plus étudiants ou apprentis ou qu'ils ne sont plus ayants droit au sens de l'article 14 des statuts de la MTRL, ils doivent souscrire une adhésion individuelle, même s'ils ont moins de 18 ans.

## COTISATION

**Article 16** Le montant des cotisations annuelles est précisé sur chaque bulletin d'adhésion. Les cotisations sont payables d'avance au siège de la Mutuelle ou de son mandataire ou par prélèvement sur le compte bancaire indiqué sur le bulletin d'adhésion. Lorsque vous optez pour le paiement de votre prime par prélèvement, le bulletin d'adhésion remis lors de la souscription ou de l'avenant vaut prénotification des prélèvements effectués aux échéances convenues.

**Article 17** Les cotisations sont révisables annuellement. Pour la détermination des montants ou des taux de cotisations, l'assemblée générale délègue ses pouvoirs au conseil d'administration (art. L. 114-11 du Code de la mutualité, art. 42 des statuts de la Mutuelle) ; cette délégation doit être confirmée annuellement.

**Article 18** Les cotisations du contrat évoluent au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année selon l'âge atteint par les personnes assurées et en fonction :

- du résultat enregistré par le contrat au cours de l'exercice précédent ;
- du coût des actes médicaux ;
- du changement de régime de base de l'assuré social.

En cas de modification du régime de base de la Sécurité Sociale ou de variation d'intervention dans le montant laissé à la charge de l'adhérent par son régime, la Mutuelle se réserve le droit de modifier également les cotisations, éventuellement en dehors de l'échéance du contrat.

**Article 19** Une majoration de cotisation est appliquée pour les agents et retraités qui adhèrent tardivement au contrat (décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011).

**Article 20** La Mutuelle ne peut en aucun cas fixer ses cotisations en fonction de l'état de santé de l'adhérent.

**Article 21** La cotisation est annuelle et payable d'avance. Cependant, la cotisation peut être payée par semestre, par trimestre ou par prélèvement automatique mensuel.

**Article 22** Le rejet du prélèvement est considéré comme défaut de paiement au titre du contrat. Si vous ne réglez pas votre cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'intégralité de la prime annuelle devient immédiatement exigible. Si un fractionnement (semestriel, trimestriel ou mensuel) du paiement de la prime était en place sur votre contrat, vous perdez le bénéfice de cette facilité de paiement.

Nous adresserons, à votre dernier domicile connu, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, si vous ne nous avez pas réglé entre-temps :

- une suspension de vos garanties, TRENTE JOURS après l'envoi de cette lettre ;
- la résiliation de votre contrat DIX JOURS après l'expiration de ce délai de trente jours. L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si les garanties de votre contrat ont été suspendues mais que vous payez, avant que votre contrat ne soit résilié, la cotisation due, vos garanties reprendront leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

Si la cotisation demeure impayée après la résiliation du contrat, nous poursuivons le recouvrement des sommes qui nous sont dues, ce qui s'entend de l'intégralité de la prime non payée jusqu'à la date de résiliation de votre contrat, ainsi que d'une pénalité correspondant à 2 mois de cotisations.

## PRESTATIONS

**Article 23** Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être pris en charge, en fonction des garanties et limites décrites dans le tableau de garanties.

Les garanties exposées dans le tableau des garanties couvrent des prestations avec et sans prise en charge du régime de base obligatoire.

Les garanties sont exprimées soit :

- en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité Sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris.
- en euros dans la limite d'un forfait par année d'assurance ou d'un forfait journalier, incluant le cas échéant, le remboursement du régime obligatoire.

Les frais pris en charge sont, en tout état de cause, limités aux frais réellement engagés.

**Article 24** La Mutuelle laisse à ses adhérents le libre choix des praticiens et des établissements de soins.

**Article 25** Les prestations sont révisables annuellement. Pour la détermination des montants, des taux ou des forfaits de prestations, l'assemblée générale délègue ses pouvoirs au conseil d'administration (art. L. 114-11 du Code de la mutualité et article 42 des statuts de la Mutuelle). Cette délégation doit être confirmée annuellement.

**Article 26** Le contrat est solidaire c'est-à-dire sans formalités médicales à l'adhésion et le montant de la cotisation n'est pas fonction de l'état de santé de l'adhérent.

Le contrat respecte les critères des contrats responsables prévus par l'article L 871-1 du Code de la sécurité sociale et dont dépend le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux des contrats complémentaires santé.

En cas d'évolution de la réglementation ayant pour effet de modifier la définition des critères du contrat solidaire et le cahier des charges du contrat responsable, les garanties pourront être adaptées

**Article 27** Les tarifs de convention de Sécurité sociale, les taux d'intervention de la Sécurité sociale sur la base du tarif de convention, le plafond mensuel de la Sécurité sociale, ou autres éléments servant de base au calcul des remboursements servis par la Mutuelle sont ceux en vigueur. Toutefois, les actes supprimés de la nomenclature Sécurité sociale au cours de la période ci-dessus ne seront plus pris en

considération par la Mutuelle dès la date de leur suppression de ladite nomenclature. Le taux de remboursement de la Mutuelle ne peut pas être supérieur à celui indiqué dans les documentations de la Mutuelle, même dans le cas de diminution des prestations servies par la Sécurité sociale ou autre régime. Le taux de remboursement Mutuelle et Sécurité sociale ne peut pas être supérieur à celui indiqué dans les documentations de la Mutuelle, quel que soit le régime de couverture sociale.

**Article 28** Le total des prestations Sécurité sociale plus Mutuelle ne peut pas être supérieur aux frais réels engagés.

**Article 29** Les prestations sont décomptées à partir de documents originaux.

**Article 30** Les prestations des adhérents concernés par le système NOÉMIE sont décomptées d'après les dossiers reçus par télétransmission des organismes de Sécurité sociale.

**Article 31** L'adhérent bénéficiaire d'une couverture similaire auprès d'une compagnie d'assurances, caisse cadres ou autre doit en premier lieu obtenir le remboursement de ces organismes, la Mutuelle n'intervenant qu'à titre complémentaire de ceux-ci.

**Article 32** En cours d'adhésion, l'adhérent doit, par écrit, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, signaler à la Mutuelle tout changement de régime d'assurance maladie obligatoire ainsi que toute modification du nombre d'ayants droit.

**Article 33** En cas de sinistre, l'adhérent doit remettre à la Mutuelle toutes les pièces concernant les frais exposés et permettant à celle-ci de déterminer le montant de sa participation.

**Article 34** Les garanties s'exercent pour des frais engagés dans le monde entier aussi longtemps que l'adhérent relève d'un régime obligatoire d'assurance maladie en vigueur en France métropolitaine. Les garanties se limitent hors de France aux seules prestations pour lesquelles le régime obligatoire aura effectué un remboursement. Dans ce cas, les garanties s'exercent dans la limite de 180 jours consécutifs.

## LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

**Article 35** Le règlement est effectué sur la base des décomptes transmis directement par le régime obligatoire d'assurance maladie de l'adhérent à la Mutuelle. Si le régime obligatoire ne peut pas transmettre directement le décompte, l'adhérent devra envoyer à la Mutuelle les originaux des décomptes de remboursement. Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels, l'adhérent y joindra les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par le régime obligatoire.

Pour déterminer le montant de sa participation, la Mutuelle peut demander la facture détaillée et le cas échéant, la prescription médicale. A réception, la Mutuelle fixe le montant de sa participation en fonction des garanties souscrites et procède au remboursement.

Les remboursements de prestations s'effectuent par virement bancaire ou postal. Aucun remboursement n'est effectué en espèces.

**Article 36** Les honoraires médicaux

Seuls les dépassements autorisés par la Sécurité sociale sont pris en charge selon les différentes formules. Le taux de remboursement autorisé varie selon que le médecin consulté a adhéré ou non au contrat d'accès aux soins ou OPTAM ou OPTAM-CO.

### Le dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée OPTAM ou OPTAM-CO

Il s'agit d'un contrat conclu entre le médecin et la Sécurité sociale par lequel le médecin s'engage à limiter ses dépassements d'honoraires.

Pour que le contrat complémentaire santé soit responsable, le taux de remboursement des honoraires médicaux des médecins n'ayant pas souscrit le contrat d'accès aux soins sera toujours inférieur au taux de remboursement de ceux ayant adhéré à ce contrat.

### **Article 37** Le forfait journalier hospitalier

Il s'agit d'un forfait dû pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé (participation aux frais d'hébergement et d'entretien). Seul le forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L 174-4 du code de la sécurité sociale c'est-à-dire facturé par les établissements de santé fait l'objet d'un remboursement. Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux ne fait pas l'objet d'une prise en charge (exemple : les maisons d'accueil spécialisées ou les EHPAD).

### **Article 38** Les actes de prévention

Les actes de prévention mentionnés dans le tableau de garantie s'entendent des actes listés par arrêté ministériel. L'ensemble des actes inscrits sur cette liste font l'objet d'un remboursement dès lors qu'ils sont prescrits par le médecin traitant.

### **Article 39** Les prestations sans prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire

#### Les médicaments, vaccins et moyens contraceptifs

La participation prévue dans le Tableau des garanties pour les médicaments sans prise en charge de l'assurance maladie obligatoire s'applique exclusivement aux médicaments non homéopathiques ayant fait l'objet d'une AMM et vendus en pharmacie d'officine en France. La condition de la vente en pharmacie d'officine en France s'applique également aux moyens contraceptifs et aux vaccins.

Le règlement s'effectue sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'officine française,
- l'identification de l'adhérent et/ou du bénéficiaire,
- la date d'achat,
- le nom commercial du médicament, vaccin ou moyen contraceptif, avec son prix,
- le montant total de la facture.

#### Les médecines complémentaires

Les actes de médecine complémentaire (chiropracteur, ostéopathe, étio-pathe, acupuncteur, pédicure-podologue et diététicien) sont uniquement remboursés s'ils sont pratiqués en France et sur la base de l'original de la facture acquittée détaillée avec identification du praticien, identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires, nature de l'acte, nombre de séances, prix de l'acte et le montant total perçu.

### **Article 40** Les prestations dentaires

#### Les Soins et prothèses 100% santé

Ce poste vise les soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé. Les actes et les montants sont définis par la convention nationale avec les chirurgiens-dentistes. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les honoraires limites de facturations imposés par la convention

#### Les actes dentaires hors nomenclature et l'implantologie

La participation prévue au Tableau des garanties pour les actes dentaires hors nomenclature dentaire et l'implantologie est soumise à l'avis du chirurgien-dentiste consultant de la Mutuelle. Seuls les actes approuvés par le dentiste consultant seront admis au remboursement sur la base d'une facture originale détaillée comprenant obligatoirement :

- l'identification du praticien,

- l'identification de l'adhérent et/ou des bénéficiaires,
- la date d'exécution et de paiement,
- la nature exacte des actes effectués, les références de la ou des dents traitées ou remplacées,
- le montant payé par acte dispensé et le montant total de la facture.

**Article 41** Les prestations optiques

Les Equipements 100% santé

Ce poste vise les équipements (verres + montures) relevant du dispositif 100% santé. Les prestations et les montants sont définis par la nomenclature des opticiens. La prise en charge des actes entrant dans ce dispositif est intégrale, sous réserve que le professionnel de santé respecte les prix limite de vente imposés par la nomenclature.

Les forfaits énoncés dans le tableau de garantie s'entendent :

- pour un équipement optique comprenant deux verres et une monture
- remboursement du ticket modérateur inclus
- le remboursement de la monture ne pouvant jamais excéder 100 euros par forfait.

Le remboursement est effectué sur la base de la codification LPP (Liste des Produits et Prestations de la Sécurité sociale) figurant sur la facture de l'opticien et qui détermine la nature des verres et la garantie appliquée.

Pour les bénéficiaires jusqu'à 15 ans inclus

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 12 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques.

Le remboursement est accordé tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription ophtalmologique, le renouvellement de la prise en charge des verres est possible sans délai pour l'acquisition de verres.

Pour les bénéficiaires à partir de 16 ans

Le remboursement est accordé lorsqu'un délai de 24 mois est écoulé entre la date de deux achats optiques. Ce délai est ramené à 12 mois lorsque le renouvellement de l'équipement fait suite à une évolution de la vue qui devra être justifiée par la prescription médicale ou par le devis et la facturation de l'opticien.

Pour tout renseignement concernant les verres progressifs concernés, contactez Telsanté avant tout achat.

Le forfait lentilles est accordé pour chaque année de garantie et pour chaque bénéficiaire du contrat.

Il intervient sur présentation d'une facture détaillée acquittée comprenant obligatoirement :

- l'identification de l'opticien,
- l'identification de l'adhérent et/ou du bénéficiaire,
- la date de prescription,
- la date de paiement,
- la nature de l'achat (lentilles, produit d'entretien) et les références Sécurité sociale des produits,
- le montant total de la facture.

## LA PRESCRIPTION

**Article 42** La prescription est la date ou la période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable. La prescription est régie par les règles ci-dessous qui ne peuvent être modifiées en

application de l'article L 221-12-1 du même code selon lequel « *les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci* ».

#### **Délai de prescription :**

L'article L 221-11 du Code de la Mutualité prévoit que « *toutes actions dérivant des opérations [des mutuelles et des unions] sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :*

*1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;*

*2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.*

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

*La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du I de l'article L 111-1 le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant ».*

#### **Cause d'interruption de la prescription :**

Les causes d'interruption sont prévues par l'article L 221-12 du code de la Mutualité, qui stipule que « *La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité* ».

Les causes d'interruption ordinaires sont les suivantes :

- toute assignation ou citation en justice, même en référé,
- tout acte d'exécution forcée,
- toute reconnaissance par la Mutuelle du droit à garantie de l'adhérent,
- toute reconnaissance de dette de l'adhérent envers la Mutuelle,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution.

## **VOS DONNEES PERSONNELLES**

### **Article 43** Le traitement de vos données personnelles

#### *Pourquoi traitons-nous vos données personnelles ?*

La collecte et le traitement des données personnelles sont tout d'abord nécessaires à l'analyse de votre situation et de vos besoins et attentes en matière d'assurance, à l'évaluation des risques, à la tarification, à la mise en place, puis à l'exécution du contrat.

Nous précisons que les données peuvent être recueillies directement auprès de vous ou qu'elles peuvent émaner de votre régime obligatoire d'assurance maladie, notamment dans le cadre de la télétransmission de vos prestations santé.



Certains traitements sont ensuite nécessaires au respect d'obligations légales, résultant de normes nationales ou internationales, ce qui s'entend essentiellement de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de nos obligations en matière de prévention du blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme, nous sommes susceptibles d'utiliser et d'analyser vos données personnelles en vue de l'établissement de votre profil et de la détermination du risque de blanchiment de capitaux et financement du terrorisme selon les critères du Code monétaire et financier.

Vos données sont également utilisées au service de nos intérêts légitimes. Dans le respect de vos droits et, le cas échéant, de ceux de votre intermédiaire d'assurance, elles peuvent être utilisées à des fins de prospection commerciale et de démarchage, en vue de vous proposer des produits et services complémentaires, aux fins d'une optimisation de la gestion des contrats et des prestations ou pour la mise en place d'actions de prévention.

Elles peuvent être utilisées également pour la réalisation d'études statistiques et actuarielles.

Vos données peuvent aussi être utilisées pour lutter contre la fraude à l'assurance, laquelle recouvre l'exagération frauduleuse du montant des réclamations. On précisera que la lutte contre la fraude est opérée dans l'intérêt légitime de l'assureur, mais aussi pour la protection de la communauté des assurés.

Les déclarations, informations et tous justificatifs présentés en vue de l'acceptation et de l'établissement du contrat, puis à l'appui des demandes de délivrance de services, de règlement de sinistres ou de prestations, peuvent faire l'objet de vérifications. Ces vérifications sont destinées à vérifier la cohérence des déclarations, des circonstances et des conséquences du sinistre ainsi que la réalité, véracité et intégrité des éléments.

Ces vérifications pourront emporter le recours aux autorités, entités ou organismes publics ainsi qu'à tous organismes, tiers ou professionnels de toutes sortes. Les démarches pourront également emporter recours à des huissiers et des agents de recherche privés

L'assureur est susceptible de traiter des données rendues publiques par tous supports.

Le cas échéant, si le contrôle devait porter sur des données de santé, il serait opéré dans le respect du cadre protecteur renforcé propre à ce type de données.

Les informations collectées seront conservées jusqu'à la prescription de toutes les actions pouvant être exercées. En cas de fraude avérée, l'assureur peut engager des poursuites pénales et inscrire la personne convaincue de fraude sur une liste l'excluant de toute possibilité de contracter avec l'assureur pendant 5 ans.

#### *A qui vos données peuvent-elles être transmises ?*

Vos données personnelles peuvent être adressées à nos éventuels sous-traitants, prestataires, mandataires, professionnels de santé, établissements de santé et partenaires, réassureurs et coassureurs, fonds de garantie, organismes professionnels, autorités et organismes publics, en vue de la gestion et de l'exécution de votre contrat, de la délivrance et du contrôle des prestations ou de services complémentaires, de l'optimisation de nos services et du respect d'obligations légales ou réglementaires..

Les données relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et les données relatives à la lutte contre la fraude sont partagées avec les entités du groupe auquel nous sommes affiliés et les personnes concernées, dans le strict respect de la législation. Elles sont également adressées aux autorités et organismes contribuant à la lutte contre ces phénomènes. Vos données d'identification, vos coordonnées et les informations permettant de mesurer votre appétence à de nouveaux produits pourront être mises à disposition de nos partenaires, ainsi qu'à nos

sous-traitants et à des distributeurs externes en vue de vous proposer de nouveaux produits et services.

Vos données personnelles peuvent être traitées en dehors de l'Union européenne, mais uniquement pour les finalités décrites ci-dessus au 1.1. Si la législation de l'Etat de destination des données ne garantit pas un niveau de protection jugé comme équivalent par la Commission européenne à celui en vigueur dans l'Union, l'assureur exigera des garanties complémentaires conformément à ce qui est prévu par la réglementation en vigueur.

#### *Quelles précautions prenons-nous pour traiter les données de santé ?*

Dans la situation où des données de santé sont traitées, dans le respect de la finalité du contrat, ce traitement est opéré par du personnel spécialement sensibilisé à la confidentialité de ces données. Ces données font l'objet d'une sécurité informatique renforcée.

#### *Combien de temps vos données seront-elles conservées ?*

Vos données sont conservées pour la durée du contrat, augmentée de la prescription liée à toutes les actions en découlant directement ou indirectement. En l'absence de conclusion de contrat vos données sont conservées pour une durée maximale de 3 ans. En cas de sinistre ou de litige, la durée de conservation est prorogée aussi longtemps que cette situation nécessitera le recours aux informations personnelles vous concernant et jusqu'à écoulement de la prescription de toutes les actions qui y sont attachées. En tout état de cause, lorsqu'une obligation légale ou réglementaire nous impose de pouvoir disposer des informations personnelles vous concernant, celles-ci pourront être conservées aussi longtemps que cette obligation s'impose à nous.

#### *Les droits*

##### *Nature des droits*

La personne concernée dispose, s'agissant de ses données personnelles, d'un droit d'accès, de mise à jour, de rectification, d'opposition pour motif légitime, de suppression, de limitation et de portabilité. Elle peut en outre s'opposer, dès lors que cette finalité a été déclarée, à tout moment et gratuitement, à l'utilisation de ses données à des fins de prospection commerciale.

##### *Exercice des droits*

Pour l'exercice des droits, il convient d'adresser une demande au Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

##### *En cas de difficulté*

En cas de difficulté relative au traitement de vos informations personnelles, vous pouvez adresser une réclamation au Délégué à la Protection des Données 63 chemin Antoine PARDON 69814 TASSIN CEDEX.

En cas de difficulté persistante, vous pouvez porter votre demande auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07.

## RECLAMATION

**Article 44** Un dispositif spécifique est mis en place pour garantir un traitement efficace, égal et harmonisé des réclamations. Toutes les personnes envers lesquelles nous sommes tenus d'obligations contractuelles peuvent y recourir : assurés, assurés pour compte ou bénéficiaires, anciens assurés, (...).

- En cas de mécontentement lié à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre ou de vos prestations, vous pouvez consulter votre interlocuteur habituel par téléphone ou en prenant rendez-vous.

Si vous n'avez pas obtenu immédiatement entière satisfaction, nous vous invitons à lui adresser votre réclamation par écrit.

- En cas de persistance de votre mécontentement, vous pouvez adresser votre réclamation par courrier au :

### **Responsable des relations consommateurs**

MTRL 37 avenue Jean Jaurès 69007 LYON

La MTRL s'engage à :

- Accuser réception de votre réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de votre réclamation écrite, sauf si une réponse a pu vous être apportée dans ce même délai,
- Répondre dans un délai maximum de 2 mois à compter de la date d'envoi de la première manifestation écrite de votre mécontentement.

Les réclamations afférentes à des contrats souscrits par des particuliers via internet peuvent être présentées à la plateforme européenne de Règlement en Ligne des Litiges, accessible à l'adresse suivante : <<https://webgate.ec.europa.eu/odr>>

## MEDIATION

**Article 45** En tout état de cause deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu, vous avez la possibilité de saisir le Médiateur de l'Assurance. Il pourra examiner votre demande uniquement si aucune action judiciaire n'a été engagée. Votre saisine doit intervenir dans un délai maximum d'un an à compter de votre réclamation écrite. Après avoir instruit le dossier avec le concours des parties, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les 3 mois. L'avis ne lie pas les parties.

Il est possible de saisir la Médiation par voie électronique : La Médiation de l'assurance - Saisir le médiateur(mediation-assurance.org) ou par voie postale à : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter la Charte de la Médiation de l'Assurance sur le site de l'association « La Médiation de l'Assurance ».

# Tableau des garanties

## Santé Labellisée - Garantie 1



Garanties répondant aux critères des contrats responsables des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale. Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris.

Les forfaits et plafonds énoncés en euros dans ce tableau sont versés par année d'assurance (période comprise entre deux dates anniversaires de chaque adhésion individuelle) et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année de garantie suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.



### HOSPITALISATIONS

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Frais de séjour	100%
- Honoraires	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	150%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	130%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Forfait journalier hospitalier	100% du forfait
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- Forfait patient urgence	100% du forfait
- Chambre particulière (maximum 60 jours / an en hospitalisation et centre spécialisé)	40 € / jour (35 € / jour en psy maxi : 60 jours / an)
- Frais d'accompagnement pour bénéficiaire - 16 ans (repas et hébergement)	20€ / jour
- Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours, maximum 30 jours / an)	Jusqu'à 8€ / jour

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)



### SOINS COURANTS


Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Honoraires médicaux :	
- Consultations, téléconsultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie, échographie	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Consultations et visites de médecins psychiatres et neuropsychiatres	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	100%
- Accompagnement psychologique <sup>(2)</sup>	100% (max 8 séances / année civile)
- Analyses et examens de laboratoire	100%
- Médicaments	100%
- Matériel médical (hors aides auditives)	
'- Appareil orthopédique	150%
'- Grand appareillage	150%
- Cure thermale (dans la limite des frais engagés, sur facture)	100%
- Transport	100%
- Actes de prévention (Art. L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Médicaments non remboursables (inclus homéopathie)	20 €
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- 1 vaccin anti-grippe par an	Frais réels
- Pilules contraceptives refusées	30 €

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)

<sup>(2)</sup> Tel que défini réglementairement. Liste des psychologues sur <https://monpsy.sante.gouv.fr>





## AIDES AUDITIVES

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	150%
 La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition du précédent équipement, et s'entend pour chaque oreille indépendamment. La garantie inclut le remboursement de la Sécurité sociale, l'ensemble ne pourra excéder 1700 € par oreille	
- Pile et autres consommables	100%
<sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement. <sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation	



## DENTAIRE

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Soins et prothèses <b>100% SANTE</b> <sup>(5)</sup>	Intégralement remboursés <sup>(6)</sup>
- Prothèses : Equipement <b>MAITRISE</b> <sup>(6)</sup> ou Equipement <b>LIBRE</b>	150%
<b>Plafond annuel pour les prothèses hors 100% Santé</b>	500 €
 Pour le calcul du plafond annuel, sont pris en compte le TM (100% de la base de remboursement déduction faite du remboursement du régime de base) ainsi que les dépassements. Lorsque le plafond annuel est atteint : - le remboursement à hauteur de 100% de la base de remboursement pour les équipements maîtrisés ou libres est maintenu.	
- Orthodontie	150%
- Soins	100%
- Inlay-Onlay <sup>(6)</sup>	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires, orthodontie, implantologie	150 €
<sup>(5)</sup> Tels que définis réglementairement. <sup>(6)</sup> Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) : le montant est fixé par la convention dentaire / par la réglementation	

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	
- 2 verres simples + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	200 €
A partir de 16 ans	200 €
- 2 verres complexes ou mélange de verres + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	260 €
A partir de 16 ans	260 €
- 2 verres très complexes + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	260 €
A partir de 16 ans	260 €
 <b>Les forfaits s'entendent par bénéficiaire et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Ils sont renouvelés à compter de la date de facturation du précédent équipement :</b> - tous les ans jusqu'à l'âge de 15 ans inclus (pour les moins de 6 ans, fréquence ramenée à 6 mois en cas d'inadaptation de la monture) - tous les deux ans à partir de 16 ans (sauf évolution de la vue)	
- Prestation d'adaptation et autres suppléments (hors frais d'appairage)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Lentilles et produits d'entretien <sup>(7)</sup>	100 €
- Chirurgie optique au laser	150 € / œil
<sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement. <sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation. <sup>(7)</sup> Les lentilles avec prise en charge de la Sécurité sociale sont couvertes par le forfait. Lorsque le forfait est atteint, prise en charge du ticket modérateur.	

PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES	
- Forfait naissance (si inscription du nouveau-né dans les 3 mois suivant sa naissance)	150 €
- Chiropracteur/ Ostéopathe / Etiopathe / Acupuncture (médecin) / Pédiacre-podologue (inscrit à l'Ordre)	40 €
- Diététicien (diplômé d'Etat)	-
- Sevrage tabagique	30 €
- Garantie assistance (protocole n° 920,957)	oui

Réf. 40.34.31-01/2023

# Tableau des garanties

## Santé Labellisée - Garantie 2

Garanties répondant aux critères des contrats responsables des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.  
Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris.

Les forfaits et plafonds énoncés en euros dans ce tableau sont versés par année d'assurance (période comprise entre deux dates anniversaires de chaque adhésion individuelle) et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année de garantie suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.



### HOSPITALISATIONS

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Frais de séjour	100%
- Honoraires	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	200%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	180%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Forfait journalier hospitalier	100% du forfait
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- Forfait patient urgence	100% du forfait
- Chambre particulière (maximum 60 jours / an en hospitalisation et centre spécialisé)	55 € / jour (50 € / jour en psy maxi : 60 jours / an)
- Frais d'accompagnement pour bénéficiaire - 16 ans (repas et hébergement)	30€ / jour
- Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours, maximum 30 jours / an)	Jusqu'à 8€ / jour

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)



### SOINS COURANTS

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Honoraires médicaux :	
- Consultations, téléconsultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie, échographie	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	130%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	110%
- Consultations et visites de médecins psychiatres et neuropsychiatres	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	130%
- Accompagnement psychologique <sup>(2)</sup>	100% (max 8 séances / année civile)
- Analyses et examens de laboratoire	130%
- Médicaments	100%
- Matériel médical (hors aides auditives)	
- Appareil orthopédique	150%
- Grand appareillage	150%
- Cure thermale (dans la limite des frais engagés, sur facture)	100% + 200 € / an / bénéficiaire
- Transport	100%
- Actes de prévention (Art. L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Médicaments non remboursables (inclus homéopathie)	30 €
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- 1 vaccin anti-grippe par an	Frais réels
- Pilules contraceptives refusées	60 €

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)

<sup>(2)</sup> Tel que défini réglementairement. Liste des psychologues sur <https://monpsy.sante.gouv.fr>



### AIDES AUDITIVES


Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	150% + 200 € / oreille
<p><b>i</b> La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition du précédent équipement, et s'entend pour chaque oreille indépendamment. La garantie inclut le remboursement de la Sécurité sociale, l'ensemble ne pourra excéder 1700 € par oreille</p>	
- Pile et autres consommables	100%

<sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement.

<sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation




## DENTAIRE

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Soins et prothèses <b>100% SANTE</b> <sup>(5)</sup>	Intégralement remboursés <sup>(6)</sup>
- Prothèses : Equipement <b>MAITRISE</b> <sup>(6)</sup> ou Equipement <b>LIBRE</b>	250%
<b>Plafond annuel pour les prothèses hors 100% Santé</b>	1 000 €
<p> Pour le calcul du plafond annuel, sont pris en compte le TM (100% de la base de remboursement déduction faite du remboursement du régime de base) ainsi que les dépassements. Lorsque le plafond annuel est atteint : - le remboursement à hauteur de 100% de la base de remboursement pour les équipements maitrisés ou libres est maintenu.</p>	
- Orthodontie	250%
- Soins	130%
- Inlay-Onlay <sup>(6)</sup>	130%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
Prothèses dentaires, orthodontie, implantologie	250 €
<sup>(5)</sup> Tels que définis réglementairement.	
<sup>(6)</sup> Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) : le montant est fixé par la convention dentaire / par la réglementation	



## OPTIQUE

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	
- 2 verres simples + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	290 €
A partir de 16 ans	290 €
- 2 verres complexes ou mélange de verres + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	370 €
A partir de 16 ans	370 €
- 2 verres très complexes + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	370 €
A partir de 16 ans	370 €
<p> Les forfaits s'entendent par bénéficiaire et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Ils sont renouvelés à compter de la date de facturation du précédent équipement : - tous les ans jusqu'à l'âge de 15 ans inclus (pour les moins de 6 ans, fréquence ramenée à 6 mois en cas d'inadaptation de la monture) - tous les deux ans à partir de 16 ans (sauf évolution de la vue)</p>	
- Prestation d'adaptation et autres suppléments (hors frais d'appairage)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Lentilles et produits d'entretien <sup>(7)</sup>	150 €
- Chirurgie optique au laser	250 € / œil
<sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement.	
<sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation.	
<sup>(7)</sup> Les lentilles avec prise en charge de la Sécurité sociale sont couvertes par le forfait. Lorsque le forfait est atteint, prise en charge du ticket modérateur.	



## PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

- Forfait naissance (si inscription du nouveau-né dans les 3 mois suivant sa naissance)	150 €
- Chiropracteur/ Ostéopathe / Etiopathe / Acupuncture (médecin) / Pédiacre-podologue (inscrit à l'Ordre)	60 €
- Diététicien (diplômé d'Etat)	-
- Sevrage tabagique	60 €
- Garantie assistance (protocole n° 920,957)	oui

Réf. 40.34.32-01/2023



# Tableau des garanties

## Santé Labellisée - Garantie 3



Garanties répondant aux critères des contrats responsables des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.  
Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris.

Les forfaits et plafonds énoncés en euros dans ce tableau sont versés par année d'assurance (période comprise entre deux dates anniversaires de chaque adhésion individuelle) et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année de garantie suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.



### HOSPITALISATIONS

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Frais de séjour	100%
- Honoraires	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	300%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	200%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Forfait journalier hospitalier	100% du forfait
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- Forfait patient urgence	100% du forfait
- Chambre particulière (maximum 60 jours / an en hospitalisation et centre spécialisé)	70 € / jour (60 € / jour en psy maxi : 60 jours / an)
- Frais d'accompagnement pour bénéficiaire - 16 ans (repas et hébergement)	40€ / jour
- Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours, maximum 30 jours / an)	Jusqu'à 8€ / jour

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)



### SOINS COURANTS


Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Honoraires médicaux :	
- Consultations, téléconsultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie, échographie	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	150%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	130%
- Consultations et visites de médecins psychiatres et neuropsychiatres	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	150%
- Accompagnement psychologique <sup>(2)</sup>	100% (max 8 séances / année civile)
- Analyses et examens de laboratoire	150%
- Médicaments	100%
- Matériel médical (hors aides auditives)	
- Appareil orthopédique	200%
- Grand appareillage	150%
- Cure thermale (dans la limite des frais engagés, sur facture)	100% + 300 € / an / bénéficiaire
- Transport	100%
- Actes de prévention (Art. L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Médicaments non remboursables (inclus homéopathie)	40 €
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- 1 vaccin anti-grippe par an	Frais réels
- Pilules contraceptives refusées	60 €

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)

<sup>(2)</sup> Tel que défini réglementairement. Liste des psychologues sur <https://monpsy.sante.gouv.fr>



### AIDES AUDITIVES


Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	150% + 300 € / oreille
<p> La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition du précédent équipement, et s'entend pour chaque oreille indépendamment. La garantie inclut le remboursement de la Sécurité sociale, l'ensemble ne pourra excéder 1700 € par oreille</p>	
- Pile et autres consommables	100%

<sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement.

<sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation




## DENTAIRE

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Soins et prothèses <b>100% SANTÉ</b> <sup>(5)</sup>	Intégralement remboursés <sup>(6)</sup>
- Prothèses : Equipement <b>MAITRISE</b> <sup>(6)</sup> ou Equipement <b>LIBRE</b>	300%
<b>Plafond annuel pour les prothèses hors 100% Santé</b>	1 250 €
<p> Pour le calcul du plafond annuel, sont pris en compte le TM (100% de la base de remboursement déduction faite du remboursement du régime de base) ainsi que les dépassements. Lorsque le plafond annuel est atteint : - le remboursement à hauteur de 100% de la base de remboursement pour les équipements maitrisés ou libres est maintenu.</p>	
- Orthodontie	300%
- Soins	150%
- Inlay-Onlay <sup>(6)</sup>	150%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Parodontologie	150 €
- Forfait pour les actes non pris en charge par la Séc. Soc. : prothèses dentaires, orthodontie, implantologie	350 €
<p><sup>(5)</sup> Tels que définis réglementairement. <sup>(6)</sup> Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) : le montant est fixé par la convention dentaire / par la réglementation</p>	



## OPTIQUE

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTÉ</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	
- 2 verres simples + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	300 €
A partir de 16 ans	300 €
- 2 verres complexes ou mélange de verres + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	430 €
A partir de 16 ans	430 €
- 2 verres très complexes + 1 monture (100 € maximum)	
Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	430 €
A partir de 16 ans	430 €
<p> Les forfaits s'entendent par bénéficiaire et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Ils sont renouvelés à compter de la date de facturation du précédent équipement : - tous les ans jusqu'à l'âge de 15 ans inclus (pour les moins de 6 ans, fréquence ramenée à 6 mois en cas d'inadaptation de la monture) - tous les deux ans à partir de 16 ans (sauf évolution de la vue)</p>	
- Prestation d'adaptation et autres suppléments (hors frais d'appairage)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Lentilles et produits d'entretien <sup>(7)</sup>	200 € / an / bénéficiaire
- Chirurgie optique au laser	250 € / œil / an / bénéficiaire
<p><sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement. <sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation. <sup>(7)</sup> Les lentilles avec prise en charge de la Sécurité sociale sont couvertes par le forfait. Lorsque le forfait est atteint, prise en charge du ticket modérateur.</p>	



## PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

- Forfait naissance (si inscription du nouveau-né dans les 3 mois suivant sa naissance)	150 €
- Chiropracteur/ Ostéopathe / Etiopathe / Acupuncture (médecin) / Pédicure-podologue (inscrit à l'Ordre)	80 € / an / bénéficiaire
- Diététicien (diplômé d'Etat)	-
- Sevrage tabagique	60 € / an / bénéficiaire
- Garantie assistance (protocole n° 920,957)	oui

Réf. 40.34.33-01/2023

# Tableau des garanties

## Santé Labellisée - Garantie 4

Garanties répondant aux critères des contrats responsables des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale.  
Les taux sont énoncés en % de la base de remboursement de la Sécurité sociale et s'entendent remboursement du régime de base compris.

Les forfaits et plafonds énoncés en euros dans ce tableau sont versés par année d'assurance (période comprise entre deux dates anniversaires de chaque adhésion individuelle) et par bénéficiaire. La part de forfait non utilisée ne peut être reportée sur l'année de garantie suivante, ni sur un autre bénéficiaire. Nos remboursements sont versés dans la limite des frais réels engagés.



### HOSPITALISATIONS

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Frais de séjour	100%
- Honoraires	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	400%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	200%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Forfait journalier hospitalier	100% du forfait
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- Forfait patient urgence	100% du forfait
- Chambre particulière (maximum 60 jours / an en hospitalisation et centre spécialisé)	80 €/ jour (60 €/ jour en psy maxi : 60 jours / an)
- Frais d'accompagnement pour bénéficiaire - 16 ans (repas et hébergement)	55€/ jour
- Télévision (hospitalisation de plus de 2 jours, maximum 30 jours / an)	Jusqu'à 8€/ jour

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)



### SOINS COURANTS


Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Honoraires médicaux :	
- Consultations, téléconsultations et visites de médecins généralistes, spécialistes, actes techniques médicaux, imagerie, radiologie, échographie	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	200%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	180%
- Consultations et visites de médecins psychiatres et neuropsychiatres	
- Médecin ayant adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Médecin n'ayant pas adhéré à un DPTM <sup>(1)</sup>	100%
- Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux)	200%
- Accompagnement psychologique <sup>(2)</sup>	100% (max 8 séances / année civile)
- Analyses et examens de laboratoire	200%
- Médicaments	100%
- Matériel médical (hors aides auditives)	
- Appareil orthopédique	250%
- Grand appareillage	200%
- Cure thermale (dans la limite des frais engagés, sur facture)	100% + 350 €/ an / bénéficiaire
- Transport	100%
- Actes de prévention (Art. L 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Médicaments non remboursables (inclus homéopathie)	60 €
- Participation forfaitaire actes lourds	100% du forfait
- 1 vaccin anti-grippe par an	Frais réels
- Pilules contraceptives refusées	60 €

<sup>(1)</sup> Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – OPTAM, OPTAM – CO)

<sup>(2)</sup> Tel que défini réglementairement. Liste des psychologues sur <https://monpsy.sante.gouv.fr>



### AIDES AUDITIVES


Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	150% + 350 €/ oreille
<p> La prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition du précédent équipement, et s'entend pour chaque oreille indépendamment. La garantie inclut le remboursement de la Sécurité sociale, l'ensemble ne pourra excéder 1700 € par oreille</p>	
- Pile et autres consommables	100%

<sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement.

<sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation



## DENTAIRE


Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Soins et prothèses <b>100% SANTE</b> <sup>(5)</sup>	Intégralement remboursés <sup>(6)</sup>
- Prothèses : - Equipement <b>MAITRISE</b> <sup>(6)</sup> ou - Equipement <b>LIBRE</b>	350%
<b>Plafond annuel pour les prothèses hors 100% Santé</b>	1 500 €
<p> Pour le calcul du plafond annuel, sont pris en compte le TM (100% de la base de remboursement déduction faite du remboursement du régime de base) ainsi que les dépassements. Lorsque le plafond annuel est atteint : - le remboursement à hauteur de 100% de la base de remboursement pour les équipements maîtrisés ou libres est maintenu.</p>	
- Orthodontie	350%
- Soins	200%
- Inlay-Onlay <sup>(6)</sup>	200%
- Suppléments inlays et onlays	150 €
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Parodontologie	250 €
- Forfait pour les actes non pris en charge par la Séc. Soc. : prothèses dentaires, orthodontie, implantologie	500 €

<sup>(5)</sup> Tels que définis réglementairement.

<sup>(6)</sup> Dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) : le montant est fixé par la convention dentaire / par la réglementation



## OPTIQUE

Prestations avec prise en charge de la Sécurité sociale	
- Equipement <b>100% SANTE</b> <sup>(3)</sup>	Intégralement remboursé <sup>(4)</sup>
- Equipement <b>LIBRE</b>	
- 2 verres simples + 1 monture (100 € maximum)	
- Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	320 €
- A partir de 16 ans	320 €
- 2 verres complexes ou mélange de verres + 1 monture (100 € maximum)	
- Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	500 €
- A partir de 16 ans	500 €
- 2 verres très complexes + 1 monture (100 € maximum)	
- Jusqu'à l'âge de 15 ans inclus	500 €
- A partir de 16 ans	500 €
<p> Les forfaits s'entendent par bénéficiaire et incluent le remboursement de la Sécurité sociale. Ils sont renouvelés à compter de la date de facturation du précédent équipement : - tous les ans jusqu'à l'âge de 15 ans inclus (pour les moins de 6 ans, fréquence ramenée à 6 mois en cas d'inadaptation de la monture) - tous les deux ans à partir de 16 ans (sauf évolution de la vue)</p>	
- Prestation d'adaptation et autres suppléments (hors frais d'appairage)	100%
Prestations sans prise en charge de la Sécurité sociale	
- Lentilles et produits d'entretien <sup>(7)</sup>	230 €
- Chirurgie optique au laser	350 €

<sup>(3)</sup> Tels que définis réglementairement.

<sup>(4)</sup> Dans la limite des prix limites de vente (PLV) : le montant est fixé par la réglementation.

<sup>(7)</sup> Les lentilles avec prise en charge de la Sécurité sociale sont couvertes par le forfait. Lorsque le forfait est atteint, prise en charge du ticket modérateur.



## PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES

- Forfait naissance (si inscription du nouveau-né dans les 3 mois suivant sa naissance)	150 €
- Chiropracteur/ Ostéopathe / Etiopathe / Acupuncture (médecin) / Pédiacre-podologue (inscrit à l'Ordre)	100 €
- Diététicien (diplômé d'Etat)	60 €
- Sevrage tabagique	60 €
- Garantie assistance (protocole n° 920,957)	oui

Réf. 40.34.34-01/2023