

Santé • Prévoyance



NOTICE D'INFORMATION

Mutame Santé Territorial Centre de
gestion de la Fonction Publique du
Territoire de Belfort (CDG90)

Contrat collectif à adhésion facultative régie par la convention de participation à la protection sociale complémentaire souscrite par le CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DU TERRITOIRE DE BELFORT et votre employeur.



**MUTAME & PLUS – 4 rue Emile Enault – 50000 Saint-Lô
02.33.05.29.20 – contact@mutame-plus.fr
www.mutame-plus.fr**

Mutuelle régie et soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 780 915 898



Sommaire

PRÉAMBULE	2
CHAPITRE 1. CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION	2
ARTICLE 1. MEMBRES PARTICIPANTS	2
ARTICLE 2. AYANTS DROIT	2
ARTICLE 3. MODALITÉS D'ADHÉSION	3
ARTICLE 4. PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	4
ARTICLE 5. CHOIX ET CHANGEMENT D'OPTION DE GARANTIES	4
ARTICLE 6. DURÉE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION	4
ARTICLE 7. RÉSILIATION DES GARANTIES	4
ARTICLE 8. CESSATION OU MAINTIEN DES GARANTIES	6
ARTICLE 9. RENONCIATION	7
CHAPITRE 2. GARANTIES	8
ARTICLE 10. FRAIS DE SOINS DE SANTÉ	8
ARTICLE 11. FORFAITS	8
ARTICLE 12. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS OPTIQUE	9
ARTICLE 13. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES	11
ARTICLE 14. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS AIDES AUDITIVES	11
ARTICLE 15. SOINS ENGAGÉS HORS DE FRANCE	12
ARTICLE 16. PRÉVENTION	12
ARTICLE 17. ACTION SOCIALE ET MÉCÉNAT	12
ARTICLE 18. ASSISTANCE, PROTECTION JURIDIQUE, SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT	13
ARTICLE 19. OBLIGATIONS LÉGALES	13
ARTICLE 20. DÉLAIS DE STAGE	14
ARTICLE 21. EXCLUSIONS	14
ARTICLE 22. CLAUSES LÉGALES	14
ARTICLE 23. VERSEMENT DES PRESTATIONS	14
CHAPITRE 3. COTISATIONS	15
ARTICLE 24. MONTANT DES COTISATIONS	15
ARTICLE 25. PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'EMPLOYEUR ET PAIEMENT DES COTISATIONS	16
ARTICLE 26. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	17
ARTICLE 27. REMBOURSEMENT DES COTISATIONS	17
CHAPITRE 4. DISPOSITIONS GÉNÉRALES	17
ARTICLE 28. FRAUDE ET MESURES DISCIPLINAIRES	17
ARTICLE 29. RECOURS SUBROGATOIRE	18
ARTICLE 30. PRESCRIPTION	18
ARTICLE 32. SECRET PROFESSIONNEL	18
ARTICLE 33. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	18
ARTICLE 34. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	18
ARTICLE 35. TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS, CONCILIATION ET MÉDIATION	18
ARTICLE 36. RELATIONS AVEC LE MUTUALISTE	19
ARTICLE 37. OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	19
ARTICLE 38. INTERPRÉTATION	19
ARTICLE 39. LOI APPLICABLE	19
TABLEAU DES GARANTIES	20
ASSISTANCE & PROTECTION JURIDIQUE	23
GLOSSAIRE	25

PRÉAMBULE

Conformément à l'article 3 des Statuts de Mutame & Plus, la présente notice d'information a pour objet de définir le contenu et la durée des engagements existants entre chaque membre participant et la mutuelle.

La présente notice d'information indique les conditions dans lesquelles Mutame & Plus, mutuelle régie par le code de la mutualité, assure à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations, les agents ainsi que, le cas échéant, leurs ayants droit, du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Territoire de Belfort, d'une collectivité ou établissement public ayant adhéré à la convention de participation proposée par le Centre de Gestion souscrite pour la période du 1er janvier 2026 au 31 décembre 2031 dans le cadre de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 et de ses décrets.

Le contrat prévoit le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, complémentaires aux prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie et maternité. La nature et le niveau des prestations sont précisés au tableau des garanties.

Les garanties répondent aux critères qualifiant les contrats « responsables » en référence aux articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale et au décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Elles sont conformes aux dispositions du « 100 % Santé ».

La mutuelle est régie par le livre II du code de la mutualité, ses Statuts et son Règlement intérieur.

Le présent contrat collectif à adhésion facultative est régi par les documents contractuels signés avec le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Territoire de Belfort et la mutuelle, à savoir, par ordre d'application préférentielle :

1. L'acte d'engagement ;
2. Le Cahier des clauses administratives particulières (CCAP) et ses annexes ;
3. Le document « caractéristiques attendues du contrat » (CAC), ses annexes ;
4. Le mémoire de gestion ;
5. Les Conditions Générales ;
6. La présente Notice d'information.

En cas de contradiction entre les dispositions des documents contractuels, les dispositions du document de valeur supérieure prévalent.

Toute modification des dispositions fera l'objet d'un avenant dont le rang sera identique au document qu'il amende.

Les règles définies par la mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes qui pourrait être affectés par des comportements individuels opportunistes. Or, tous les adhérents, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Ils ont donc des droits mais aussi des devoirs.

La mutuelle attend de chaque mutualiste une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

CHAPITRE 1. CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

ARTICLE 1. MEMBRES PARTICIPANTS

Est appelé membre participant ou adhérent tout membre du personnel de l'employeur affilié au présent contrat. Vous devenez à ce titre membre participant de Mutame & Plus.

Vous pouvez demander le rattachement de vos ayants droit qui sont définis comme suit. La qualité d'ayant droit est appréciée à la date de survenance du sinistre.

Le membre participant peut adhérer à la présente notice d'information à tout âge. À ce titre, aucune information médicale ne peut être recueillie par la mutuelle.

ARTICLE 2. AYANTS DROIT

Outre le membre participant, peuvent également être couverts par le présent contrat, tout membre de sa famille, tel que défini ci-dessous et dont il demande l'inscription en s'engageant à s'acquitter de la cotisation correspondante :

2.1 Le conjoint

Le conjoint s'entend de l'époux ou de l'épouse de l'adhérent non divorcé(e) suite à un jugement devenu définitif et non séparé(e) de corps judiciairement.

2.2 Partenaire à un PACS

Le partenaire à un PACS s'entend de la personne liée à l'adhérent par un pacte civil de solidarité (PACS) au sens du Code civil.

2.3 Concubin

Le concubin s'entend de la personne vivant sous le même toit que l'adhérent, leur vie commune devant présenter un caractère de stabilité et de continuité au sens du Code civil.

L'adhérent et son concubin doivent être célibataires, veufs ou divorcés au sens du Code civil, et non liés par un PACS.

2.4 Descendants à charge

Les descendants (enfants ou petits-enfants) à charge, qu'ils soient :

- + Légitimes ;
- + Reconnus ;
- + Adoptifs (adoption simple ou plénière) ;
- + Naturels ;
- + Recueillis, tels que définis ci-après.

Sont ceux du membre participant ; de son conjoint ; de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin.

En outre, les descendants doivent être à la charge du membre participant ou des ayants droit mentionnés ci-dessus.

Sont considérés comme à charge :

- + Les enfants à naître dans les 300 jours après le décès du membre participant ou nés viables ;
- + Les enfants mineurs ou majeurs jusqu'à 21 ans, sans condition ;
- + Les enfants majeurs jusqu'à 25 ans révolus, entrant en ligne de compte pour la détermination du nombre de parts en vue du calcul de l'impôt sur le revenu, ou bénéficiaires d'une pension alimentaire imputée sur la déclaration de revenus du membre participant, ou non imposables et s'ils justifient, soit :
 - o De poursuivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel ;
 - o D'être en apprentissage ;
 - o De poursuivre une formation professionnelle en alternance, dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes ;
 - o D'être préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré : inscrits auprès du service public de l'emploi en France comme demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle ;
- + L'enfant majeur en situation de handicap reconnu par la CDAPH « commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées » est maintenu sous le couvert du membre participant en qualité d'ayant droit, et ce, sans limite d'âge.

Il faut entendre par enfant recueilli l'enfant qui vit au foyer de l'adhérent et :

- + Qui est fiscalement à la charge du membre participant, de son conjoint, de son partenaire à un PACS ou de son concubin ;
- + Et pour lequel les parents ne sont pas tenus au versement d'une pension alimentaire.

2.5 Pièces justificatives

Si la mutuelle l'exige, vous devez remettre au moment de l'affiliation les pièces suivantes :

En fonction de la situation matrimoniale :

- + En cas de PACS : une attestation d'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le Greffe du Tribunal d'Instance, et datant de moins de trois mois ;
- + En cas de concubinage : une attestation de concubinage ou une attestation sur l'honneur accompagnée d'une photocopie de la pièce d'identité de chaque concubin ;
- + Une copie du livret de famille certifiée conforme à l'original par l'adhérent.

Pour les descendants :

- + Un certificat de scolarité s'ils sont scolarisés ou poursuivent des études supérieures ;
- + Un certificat d'apprentissage s'ils sont apprentis ;
- + Une copie du contrat de formation professionnelle en alternance ;
- + Une copie du contrat de professionnalisation ;
- + Une copie de la 1^{re} inscription auprès du service public de l'emploi en France comme demandeur d'emploi ;
- + Une copie du contrat de travail délivré par le Centre d'Aide par le Travail pour les travailleurs handicapés ;
- + Une copie de la notification délivrée par la CDAPH.

ARTICLE 3. MODALITÉS D'ADHÉSION

Pour bénéficier du contrat, le membre participant

- + Complète, signe et retourne l'original du bulletin individuel d'adhésion fourni par la mutuelle ;
- + Ou complète et signe électroniquement le bulletin individuel d'adhésion.

L'adhésion doit être accompagnée des pièces suivantes :

- + Le mandat de prélèvement SEPA ;
- + Un relevé d'identité bancaire ou postal pour le virement automatique des prestations.

Si la mutuelle l'exige pour le membre participant et ses ayants droit éventuels :

- + une copie de la carte nationale d'identité ;
- + l'attestation de l'assurance maladie obligatoire ;
- + un justificatif du domicile de moins de 3 mois ;
- + le certificat de radiation de moins de 3 mois de la complémentaire santé précédente ;

Le membre participant ainsi que les personnes garanties telles que définies à l'Article 2. de la présente notice d'information doivent également relever, en tant qu'assuré ou ayant droit, d'un régime de base d'assurance maladie obligatoire.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, de la présente notice d'information et du règlement intérieur. Mutame & Plus est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

Le membre participant s'engage à signifier sans délai tout changement de situation susceptible d'intervenir sur la gestion des prestations et des cotisations. Il est tenu à tout moment de communiquer l'adresse postale à laquelle la mutuelle peut lui faire parvenir toute correspondance. L'adhérent est invité à créer son espace extranet pour consulter ses remboursements et communiquer avec la mutuelle.

ARTICLE 4. PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

Les garanties prennent effet à l'égard de chaque adhérent dès acceptation par la mutuelle de la demande individuelle d'affiliation :

- + Avant le 20 du mois, celle-ci sera effective au 1er jour du mois suivant (sans dérogation de Résiliation Infra-Annuelle).
- + Entre le 20 et 31 du mois ou en cas de Résiliation Infra-Annuelle déléguée à la mutuelle, l'adhésion sera effective à M+2.

L'adhérent peut adhérer à tout âge. À ce titre, aucune information médicale ne peut être recueillie par la mutuelle.

Sans un mandat signé, la résiliation infra-annuelle ne peut être demandée. La mutuelle n'est pas tenue responsable du refus de résiliation de la précédente mutuelle du membre participant et n'est pas dans l'obligation de décaler la date d'adhésion.

La souscription donne lieu à l'émission d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet et les caractéristiques de l'adhésion.

L'ouverture des droits aux prestations est immédiate pour les soins prodigués à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Si le membre participant souhaite, après son adhésion, faire bénéficier ses ayants droit des garanties prévues par le présent règlement, il doit faire une demande écrite sur tout support durable en adressant l'ensemble des pièces justificatives se rapportant à l'inscription (article 2.5). Les règles relatives à la date d'effet de l'affiliation de l'ayant droit sont les mêmes que celles applicables à l'adhésion du membre participant.

L'inscription du nouveau-né ou d'un enfant adopté prend immédiatement effet le jour de la naissance ou de l'adoption dès lors où le membre participant demande l'inscription dans les deux mois qui suivent l'arrivée de l'enfant.

ARTICLE 5. CHOIX ET CHANGEMENT D'OPTION DE GARANTIES

Le membre participant indique, au moyen du bulletin d'adhésion, l'option qu'il a choisie parmi les niveaux de garanties qui lui sont proposés.

Le niveau de garanties souscrit par le membre participant s'impose à l'ensemble des ayants droit inscrits.

L'adhérent peut demander de modifier le niveau de garantie pour lui-même et ses ayants droit, à la hausse comme à la baisse sous réserve de justifier d'au moins un an d'ancienneté sur le niveau de garantie en cours. La modification de garanties intervient au 1^{er} jour du mois qui suit la demande. Le changement d'option s'impose aux ayants droit.

ARTICLE 6. DURÉE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion est valable pour l'année civile en cours. Elle cesse le 31 décembre suivant sa date d'effet.

L'adhésion est renouvelée par tacite reconduction annuelle.

ARTICLE 7. RÉSILIATION DES GARANTIES

7.1 Résiliation annuelle

Au 31 décembre de chaque année, le membre participant peut résilier l'adhésion et celle de ses ayants droit. Pour cela, il doit notifier par lettre recommandée à Mutame & Plus la résiliation sous réserve de respecter un **délai de préavis de 2 mois au moins avant la date d'échéance annuelle**, soit au plus tard le 31 octobre. La résiliation prend alors effet au 31 décembre à minuit.

7.2 Loi Châtel

La loi Châtel (n° 2005-67 du 28 janvier 2005 et article L221-10-1 du Code de la mutualité) permet au membre participant de s'opposer à la reconduction tacite de son contrat individuel. Le membre participant dispose d'un **délai de 20 jours calendaires** à compter de l'envoi de l'avis d'échéance annuelle pour dénoncer la reconduction du contrat. L'avis d'échéance est envoyé par courrier, par email ou est disponible sur l'espace adhérent 15 jours minimum avant la date d'échéance.

En cas de non réception de l'avis d'échéance annuelle, vous pouvez de plein droit résilier votre contrat à tout moment après sa reconduction par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date de notification.

7.3 Résiliation infra-annuelle

La loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 (et l'article L221-10-2 du Code de la mutualité) prévoit que le membre participant dispose de la faculté de dénoncer l'adhésion à tout moment, à l'expiration d'un an à compter de la date de souscription. La demande doit être adressée à la mutuelle, soit par courrier, par déclaration contre récépissé à notre siège loi n°2019-733 du 14 juillet 2019 ou auprès de l'une de nos agences ou par tout autre support durable.

La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

7.4 En cas de changement de situation

Pour l'une des raisons suivantes :

- + changement de domicile ;
- + déménagement à l'étranger ;
- + changement de situation matrimoniale ;
- + changement de régime matrimonial ;
- + changement de profession ;
- + retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Le membre participant peut choisir de mettre fin à son adhésion lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

Le membre participant a jusqu'à **trois mois suivant la date de l'événement** pour demander la résiliation de son contrat. La résiliation prend effet **un mois** après la réception de la demande complète et conforme.

7.5 En cas d'adhésion à un contrat obligatoire

Si le membre participant est nouvellement embauché dans une entreprise qui l'oblige à rejoindre le contrat collectif, le membre participant peut alors mettre un terme au contrat individuel.

Pour cela, il doit transmettre **obligatoirement** à la mutuelle **une attestation de l'employeur** justifiant du caractère obligatoire du contrat pour lui et éventuellement ses ayants droit.

Le membre participant a jusqu'à **trois mois suivant la date de l'événement** pour demander la résiliation de son contrat. La résiliation prend effet **un mois** après la réception de la demande complète et conforme.

7.6 En cas d'affiliation à un dispositif de solidarité nationale

Si le membre participant se voit attribuer des droits à adhésion à un dispositif de solidarité nationale et sur sa demande, la résiliation prend effet le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande. Pour cela, il doit transmettre **obligatoirement** à la mutuelle **une attestation de droits au dispositif solidaire** pour lui et éventuellement ses ayants droit.

7.7 En cas de décès du membre participant

Le contrat est résilié au dernier jour du mois.

Les ayants droit bénéficiaires des garanties continuent d'être couverts jusqu'à la fin du mois.

Le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, survivant qui souhaite conserver son affiliation à Mutame & Plus doit adhérer immédiatement à titre personnel.

En l'absence d'un parent survivant, l'affiliation de l'enfant mineur mutualiste est maintenue pendant 30 jours supplémentaires, à titre gracieux voire jusqu'au dernier jour du mois suivant qui suit le décès.

7.8 Résiliation d'un ayant droit

La demande de résiliation d'un ayant droit doit être réalisée par le membre participant sur tout support durable.

Le membre participant peut demander à tout moment la radiation d'un de ses ayants droit. Cette radiation prend effet au dernier jour du mois suivant la réception de sa demande.

7.9 Dispositions générales

Le délai de préavis indiqué pour chaque situation ne court qu'à la réception de la demande complète et conforme.

Aucune demande de résiliation ne sera acceptée en cas de non-paiement de cotisation ; dette de prestations ou de prêt santé en cours de remboursement.

Aucune prestation ne peut être servie après la date de cessation de l'adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit à prestations étaient antérieurement réunies. La mutuelle est fondée à engager toute poursuite en vue de récupérer d'éventuelles prestations payées à tort pour une période de soins non couverte par une cotisation.

Le membre participant est tenu de restituer obligatoirement sa carte mutualiste.

En cas de non restitution de la carte mutualiste, la mutuelle n'a plus d'engagement vis-à-vis des professionnels de santé auprès desquels le membre participant ou le bénéficiaire aurait sollicité le tiers payant pour des soins postérieurs à la radiation.

ARTICLE 8. CESSATION OU MAINTIEN DES GARANTIES

Les garanties cessent de produire leur effet :

- + à la date à laquelle le membre participant cesse de bénéficier de la qualité d'agent, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- + à la date à laquelle le membre participant n'est plus dans l'effectif de l'employeur, sauf dans le cas où celui-ci atteint l'âge minimum de départ en retraite,
- + en cas de non-paiement de la cotisation par le membre participant,
- + à la date d'effet de la résiliation ou de la renonciation de l'adhésion par le membre participant,
- + à la date d'effet de la résiliation du contrat par le Souscripteur.

8.1 Maintien des garanties en cas de changement d'employeur (portabilité)

Cas de l'article L 5111-7 du code général des collectivités locales.

Si le membre participant change d'employeur en application d'une réorganisation, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour la convention de participation et le présent contrat collectif conclus par ce dernier avec la mutuelle. La convention et le contrat sont exécutés dans les conditions antérieures jusqu'à leur échéance, sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et la mutuelle. Ceux-ci peuvent convenir d'une échéance de la convention du contrat, antérieures à celles stipulées, dans le but d'harmoniser le régime des participations applicables aux agents. La mutuelle est informée de la substitution de personne morale par le nouvel employeur. La substitution de personne morale à la convention et au contrat n'entraîne aucun droit à résiliation ou à indemnisation pour la mutuelle.

Autre cas.

En cas de départ du membre participant de l'effectif de l'employeur, pour une cause autre qu'un départ en retraite pour lequel les garanties restent acquises, la mutuelle ne peut refuser de maintenir les garanties au membre participant qui en fait la demande, et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration. Le maintien des garanties par la mutuelle s'effectue sans réduction de celles-ci, ni révision des taux de cotisation. La demande de maintien des garanties doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de départ de l'Assuré.

8.2 Maintien des garanties en cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail

Cas 1 : maintien obligatoire des garanties. Cas des suspensions rémunérées ou indemnisées.

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit du membre participant, et de ses ayants droit, dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- + d'un maintien, total ou partiel, de salaire,
- + d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- + d'un revenu de remplacement versé par l'employeur. Ce cas concerne notamment les membres participants placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...).

Dans ce cas, l'Employeur et le membre participant continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée. Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération ou de l'indemnisation soumise aux cotisations de Sécurité sociale.

Cas 2 : maintien facultatif des garanties. Cas des suspensions non rémunérées ou non indemnisées.

Les garanties du membre participant et ses ayants droit sont suspendues lorsque le contrat de travail fait l'objet d'une suspension, notamment à l'occasion :

- + d'un détachement ou d'une disponibilité ;
- + d'un congé sabbatique visé à l'article L 3142-91 et suivants du code du travail ;
- + d'un congé pour création d'entreprise visé aux articles L122-32-12 et L 3142-78 et suivants du code du travail ;
- + d'un congé parental d'éducation visé à l'article L 1225-47 du code du travail ;
- + d'un congé de soutien familial visé aux articles L 3142-22 et suivants du code du travail
- + de périodes d'exercices militaires de mobilisation ou de captivité ;
- + ou en cas de congé sans solde pour une durée supérieure à 30 jours consécutifs.

La suspension intervient à la date de la cessation de l'activité professionnelle, et s'achève dès la reprise effective du travail par l'intéressé, sous réserve que Mutame & Plus en soit informée dans un délai de 30 jours suivant la reprise.

L'agent dont l'affiliation a été suspendue pour les situations évoquées ci-avant dans le présent article, peut solliciter le maintien de son affiliation. Il doit en faire la demande auprès de l'employeur et de la mutuelle au plus tard dans le mois qui suit la suspension du contrat de travail. La prolongation du contrat « Mutame Santé Territorial CDG90 » en cours prend effet au 1^{er} jour qui suit la suspension du contrat de travail. Le membre participant s'engage au paiement des cotisations

8.3 Maintien des garanties selon les situations des bénéficiaires

Les garanties sont maintenues, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit :

- + des personnes 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 ;
- + des personnes garanties du membre participant décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès auprès de la mutuelle. La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

8.4 Maintien des prestations en cas de non-renouvellement ou résiliation du contrat ou de l'adhésion

Par application de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. Le versement des prestations de toute nature se poursuit à un niveau au moins égal à celui de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation ou le non-renouvellement, sans préjudice des révisions prévues dans le contrat. De telles révisions ne peuvent être prévues à raison de la seule résiliation ou du seul non-renouvellement. L'engagement doit être couvert à tout moment par des provisions représentées par des actifs équivalents de la mutuelle.

8.5 Non-paiement des cotisations

A. Si l'employeur assure le précompte des cotisations

Lorsque l'employeur assure le précompte de la cotisation sur la rémunération de l'adhérent, les dispositions suivantes sont applicables.

A défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du Souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, les garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du Souscripteur restée sans effet. Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur, la mutuelle informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties de l'adhérent.

La mutuelle peut résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné ci-dessus.

Si le contrat d'adhésion n'est pas résilié, il reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

B. Si l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations

Lorsque l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations, 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 qu'au terme d'un délai de dix jours à compter de l'envoi d'une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat.

8.6 Dispositions générales

La garantie cesse d'être accordée à l'expiration du mois au cours duquel prend fin le contrat de travail qui vous lie à votre collectivité employeur.

En cas de sortie des effectifs concernés par la convention de participation, vous avez la faculté de maintenir la couverture d'une garantie « frais de santé » proposé par Mutame & Plus, sans majoration ni formalité médicale, sous réserve d'adhérer au nouveau contrat dans un délai de 6 mois à compter de la radiation du présent contrat.

L'agent ne bénéficiant plus des garanties doit restituer à Mutame & Plus sa carte de tiers payant. En cas d'utilisation de la carte de tiers payant au-delà de la date de résiliation, Mutame & Plus se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse de remboursement des prestations indues réglées pour le compte du mutualiste.

ARTICLE 9. RENONCIATION

Selon l'article L221-18-1 du Code de la mutualité, le membre participant a la faculté de renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception.

Cette renonciation peut être exercée pendant un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. Cette renonciation n'est possible qu'à la condition de ne pas avoir demandé dans ce délai, le remboursement de frais de santé engagés.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée postale ou électronique accompagnée de la carte de tiers payant.

La renonciation entraîne l'annulation, pure et simple, de la demande d'adhésion et la restitution par la mutuelle des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours suivant la réception de la demande. Si vous avez exercé votre faculté de renonciation, une nouvelle affiliation ne sera possible qu'après un délai de 12 mois.

La lettre recommandée de renonciation pourra être rédigée en ces termes :

« Madame, Monsieur,

Je soussigné (e) « nom, prénom du membre participant », demeurant à (adresse), déclare renoncer à mon adhésion à la garantie Mutame Santé Territorial CDG90 dont le paiement de la première cotisation a eu lieu le (XX/XX/XXXX). Je souhaite recevoir la totalité des sommes versées.

Date et signature »

CHAPITRE 2.GARANTIES

Dans le cadre de son activité de complémentaire santé, Mutame & Plus s'attache à garantir la protection sociale des membres participants et de leurs ayants droit. L'intervention de la mutuelle a pour objet de servir diverses prestations et d'apporter des services destinés à l'accompagnement du membre participant et de sa famille en cas d'événements relevant de sa compétence.

ARTICLE 10. FRAIS DE SOINS DE SANTÉ

La garantie Frais de Soins de Santé a pour objet de permettre le service de prestations à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation exposés par les bénéficiaires, en complément des remboursements préalables de l'assurance maladie ou maternité, sous réserve des risques exclus définis à l'Article 21. de la présente notice d'information.

Dérogent à ce principe de participation préalable d'une caisse d'assurance maladie divers soins, actes, appareillages et fournitures qui justifient une participation de la mutuelle en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

En tout état de cause, le montant des prestations servies ne peut pas excéder les frais réellement engagés par le membre participant, sous déduction des remboursements versés par la caisse d'assurance maladie et par tout autre organisme complémentaire.

En fonction de l'option des garanties librement choisie par le membre participant, les prestations de la mutuelle sont exprimées en pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement de la Sécurité sociale ou en forfait en euros.

La participation complémentaire de la mutuelle s'inscrit obligatoirement dans le respect du parcours de soins.

En tout état de cause, la majoration de participation imposée par l'assurance maladie pour des actes hors parcours de soins reste à la charge de l'assuré selon les dispositions prévues par la réglementation. Les honoraires facturés par un médecin non conventionné sont remboursés par la mutuelle sur la base du tarif de responsabilité du médecin généraliste conventionné, applicable au jour de l'acte et non sur le tarif d'autorité de l'assurance maladie.

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable défini à l'article L 871-1 du code de la sécurité sociale.

ARTICLE 11. FORFAITS

Les forfaits attribués par la mutuelle sont valables pour l'année civile. Les sommes allouées ne sont pas reportables sur l'année suivante.

Forfait	Détails	Justificatifs requis
Ostéodensitométrie	Non remboursée par la Sécurité sociale.	Facture du professionnel
Pharmacie	Non remboursée Sécurité sociale	Facture acquittée et prescription médicale
Moyens contraceptifs	Remboursement avec prescription obligatoire.	Facture acquittée et prescription médicale
Substituts nicotiniques	Prise en charge pour sevrage tabagique.	Facture de pharmacie
Hospitalisation ambulatoire	Versé pour mise à disposition d'un lit/fauteuil pour séjours < 24h, hors disposition conventionnelle, dans le cadre d'un acte de chirurgie ou examen sous anesthésie.	Facture acquittée

Chambre particulière en chirurgie, maladie, obstétrique	Ne comprend pas les frais de téléphone, télévision, internet et autres services en sus de la chambre.	Facture de l'établissement
Chambre particulière en Soins de suite et réadaptation et en psychiatrie	Limité à un nombre de jours. Ne comprend pas les frais de téléphone, télévision, internet et autres services en sus de la chambre.	Facture de l'établissement
Accompagnant pour hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans inscrit au contrat	Pour service comme lit, repas dans un rayon de 10 km de l'établissement hospitalier pour l'accompagnant.	Repas : Facture ou ticket de caisse Couchage : Facture de l'établissement hospitalier
Lentilles	Versé sur présentation de la facture. Prescription médicale si exigée par la mutuelle.	Facture acquittée, prescription médicale si demandée
Chirurgie réfractive	Non remboursée par la Sécurité sociale.	Facture acquittée
Prothèse dentaire	Pour actes non remboursés par l'assurance maladie et inscrits à la CCAM. Actes non-inscrits non remboursés.	Facture acquittée
Implantologie		
Parodontologie		
Autre acte dentaire		
Orthodontie non remboursée	Subordonné à la présentation d'une facture acquittée.	Facture acquittée
Bilan nutritionnel	Remboursement du bilan.	Facture du diététicien agréé
Diététique	Remboursement des consultations diététiques.	Facture du diététicien agréé
Médecines alternatives	Limité à un nombre de séance. Forfait attribué pour les disciplines suivantes réalisées par un praticien diplômé : Acupuncture, Chiropratique, Étiopathie, Hypnose, Ostéopathie, Psychologie, Réflexologie.	Facture acquittée qui précise le nom et le prénom du bénéficiaire ainsi que la date de la séance ainsi que le cachet, le numéro ADELI ou SIRET du praticien
Cure thermale	Sur prescription médicale.	Facture et prescription médicale
Aide familiale	Subordonnée au versement préalable d'une aide financière de la CAF	Facture + décompte CAF
Aide-ménagère	Subordonnée au versement préalable d'une aide financière de la caisse de retraite	Facture + décompte caisse de retraite

Les forfaits prévention viennent en complément des actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale conformément au cahier des charges des contrats responsables, défini par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Modalités de remboursement

Tous les remboursements dans le cadre des forfaits sont conditionnés à la présentation des documents requis. Les montants et limites de remboursement sont fixés au tableau de garanties et peuvent varier selon l'option souscrite.

ARTICLE 12. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS OPTIQUE

Dans le cadre du décret 2019-21 du 11/01/2019, les verres et les montures susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par Mutame & Plus sont répartis dans 2 classes : la classe A et la classe B

12.1 Équipements appartenant à la classe A (100 % santé)¹

La mutuelle prend en charge les équipements d'Optique relevant de la classe A (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (Article L165-3 du Code de la Sécurité sociale).

Les verres et les montures appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables en vigueur.

¹ Il résulte de l'arrêté du 3 décembre 2018 que « chaque opticien lunetier, qu'il soit physique ou virtuel en ligne, présente dans son point de vente au moins 35 montures de classe A pour adultes et de 20 montures de classe A pour enfants. Pour satisfaire ce seuil, un même modèle de montures ne peut être comptabilisé que jusqu'à 2 fois, pour deux coloris différents. Au moins 17 modèles différents doivent être disponibles pour les adultes, et au moins 10 modèles différents pour les enfants ».

Prestation d'appairage - Suppléments pour verres avec filtres : La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la mutuelle à hauteur du prix limite de vente.

12.2 Équipements appartenant à la classe B

La mutuelle prend en charge les équipements d'Optique et leurs suppléments relevant de la classe B conformément aux taux/montants mentionnés sur le tableau de garanties figurant dans le présent livret. Ces taux/montants de prise en charge respectent les limites (planchers/plafonds) définis par la règlementation des Contrats Responsables en vigueur. La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée par la règlementation des Contrats Responsables à 100 €. Ce plafond inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Le bénéficiaire pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à cette classe B.

12.3 Équipements mixtes

Lorsque le bénéficiaire opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la règlementation de la Sécurité sociale.

12.4 Modalités de renouvellement des équipements d'Optique (Classes A - B - Équipements mixtes)

A Conditions générales de renouvellement des équipements²

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 24 mois.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 12 mois.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, le délai de 12 mois précédemment mentionné s'applique.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Elles s'apprécient à la date d'acquisition de l'équipement.

B Dérogations : renouvellements anticipés des équipements d'Optique

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Un renouvellement anticipé de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an en cas de dégradation des performances oculaires dans l'une des situations définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018, listées ci-dessous :

- + 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.

L'évolution de la vue est justifiée par une nouvelle prescription médicale ou lorsque l'opticien lunetier adapte la prescription lors du renouvellement.

Pour les enfants de moins de 16 ans

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires.

Cette dégradation des performances oculaires est objectivée par une nouvelle prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Dans tous les cas :

- + Il est tenu compte des éventuelles prises en charge antérieures.
- + Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies par l'arrêté du 3 décembre 2018, listées ci-dessous :
- + Les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

² On entend par équipement une monture et deux verres.

- Glaucome
- Hypertension intraoculaire isolée
- DMLA et atteintes maculaires évolutives
- Rétinopathie diabétique
- Opération de la cataracte datant de moins de 1 an
- Cataracte évolutive a 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
- Kérotocône évolutif
- Kérotopathies évolutives
- Dystrophies 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.

Cette évolution de la réfraction doit faire l'objet d'une nouvelle prescription de l'ophtalmologiste faisant mention du cas particulier.

ARTICLE 13. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES

Les soins dentaires prothétiques susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle au titre de la règlementation des Contrats Responsables sont répartis dans 2 classes :

- + Les soins dentaires prothétiques « 100 % santé »
- + Les prothèses entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres

13.5 Prothèses dentaires entrant dans le panier 100 % santé

La mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques exposés par le bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral, pour les actes définis par arrêté ministériel.

Les soins dentaires prothétiques appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la règlementation des Contrats Responsables.

13.6 Prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés³ ou libres⁴

La mutuelle prend en charge les prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres conformément aux taux/montants mentionnés sur le tableau de garantie figurant dans le présent livret.

Le bénéficiaire pourra avoir un reste à charge sur les actes entrant dans ces paniers.

ARTICLE 14. MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS AIDES AUDITIVES

Les dispositifs médicaux d'aides auditives susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle sont répartis dans 2 classes : la classe I et la classe II

14.7 Aides auditives appartenant à la classe I (100 % santé)

La mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives relevant de la classe I (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité⁵, dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (Article L165-3 du Code de la Sécurité sociale).

Les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la règlementation des Contrats Responsables.

³ Des honoraires limites de facturation sont prévus sur ces actes pouvant faire l'objet d'une entente directe par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux.

⁴ Les tarifs de ces actes sont librement fixés par les professionnels de santé.

⁵ On entend par « tarifs de responsabilité » les tarifs servant de base à la prise en charge de la prestation ou du dispositif par l'assurance maladie obligatoire.

14.8 Aides auditives appartenant à la classe II

La mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à la classe II conformément au taux/montant mentionné sur le tableau de garantie figurant dans le présent livret.

Ce taux/montant respecte le plafond fixé à 1 700 € par aide auditive par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur et qui inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Le bénéficiaire pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à une autre classe que la classe I.

14.9 Modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives (classes I et II)

Le renouvellement de la prise en charge par la mutuelle d'un dispositif médical d'aide auditive est possible au terme d'une période minimale de quatre ans suivant la date d'acquisition de cet appareil.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

ARTICLE 15. SOINS ENGAGÉS HORS DE FRANCE

La mutuelle prend en charge uniquement les soins effectués hors de France lorsqu'ils sont remboursés préalablement par le régime d'assurance maladie obligatoire français dont relève l'assuré ou l'ayant droit.

Les remboursements sont effectués sur la base des tarifs français, notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux. Le remboursement de la mutuelle n'est pas calculé sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ont été dispensés les soins. Les remboursements sont versés en France exprimés en euros et se limitent au ticket modérateur du forfait alloué par l'assurance maladie.

ARTICLE 16. PRÉVENTION

La mutuelle a la volonté de tout mettre en œuvre pour participer à la prévention de la santé. À ce titre, elle entreprend des initiatives personnelles ou s'associe à toutes les actions collectives entreprises par la Mutualité Française ou tout autre partenaire dès lors qu'elles visent à promouvoir la protection de la personne. La mutuelle peut aussi prendre l'initiative de l'organisation de manifestations citoyennes en lien avec la promotion de la santé. Elle peut accompagner des projets en lien avec la prévention. L'Assemblée Générale vote une enveloppe annuelle dédiée à la prévention et à la promotion de la santé.

S'agissant de la prévention individuelle, les forfaits prévention attribués par la mutuelle est valable pour l'année civile. Les sommes allouées ne sont pas reportables sur l'année suivante. Se reporter à l'Article 11. La mutuelle prend en charge également tous les actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale conformément à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 17. ACTION SOCIALE ET MÉCÉNAT

L'Assemblée Générale fixe chaque année une enveloppe budgétaire annuelle correspondant aux fonds sociaux devant être disponibles pour le financement de l'activité sociale de la mutuelle et l'attribution de dons aux diverses fondations et associations en lien avec la recherche médicale et le soutien aux malades.

Indépendamment des prestations et interventions répondant à ses diverses activités, Mutame & Plus peut à tout moment prendre les dispositions nécessaires en vue de faciliter le recours aux soins, l'achat d'équipements et de fournitures à caractère médical.

L'activité sociale peut aussi favoriser l'accompagnement des malades, soutenir les adhérents en situation de handicap, participer aux frais funéraires en cas de difficultés financières, et plus généralement contribuer au bien-être des personnes couvertes par la mutuelle.

Les sommes ainsi allouées peuvent être versées en diverses circonstances. Elles ne peuvent en aucune manière permettre au membre participant d'obtenir un dédommagement supérieur aux frais engagés. Si tel est le cas, la mutuelle se réserve a posteriori le droit de faire valoir la récupération des fonds sociaux.

17.1 Aide financière

La mutuelle tient à la disposition du membre participant un dossier de demande d'aide exceptionnelle qui doit être complété et accompagné de pièces justificatives. Un avis circonstancié peut être sollicité auprès du correspondant/référent local en collectivité ou auprès d'un travailleur social.

17.2 Avance de fonds

La mutuelle peut accorder à l'adhérent un « prêt santé » à caractère social sans intérêt, en cas de besoins graves et urgents, pour faciliter le règlement d'une dépense de santé d'un montant supérieur à sa propre capacité de financement, après déduction des éventuelles participations versées par l'assurance maladie, les régimes complémentaires ou par tout autre organisme.

L'avance gratuite de fonds est limitée à 4 680 euros par adhérent. Elle est remboursable au plus en 36 mensualités. Il n'est pas possible de cumuler plusieurs avances au cours d'une même période de remboursement d'échéances.

Une participation aux frais engagés par la mutuelle pour la constitution et la gestion du dossier de « prêt santé » est demandée à l'adhérent. Elle est égale à 2 % du montant de l'avance. Une exonération est possible selon les situations.

Le dossier à constituer pour solliciter un « prêt santé » est adressé au membre participant sur simple demande. Il comprend entre autres les conditions générales et particulières de l'offre auxquelles le membre participant doit se conformer.

Le Conseil d'administration et par délégation un ou plusieurs administrateurs décident souverainement de la suite à donner aux demandes d'aide financière ponctuelle ou d'avance de fonds. Le Conseil d'administration peut déléguer sous certaines conditions l'attribution des fonds sociaux à l'assistante sociale de la mutuelle ou à un membre du personnel mandaté à cet effet. La décision rendue ne peut faire l'objet d'aucune contestation ou de recours de la part du mutualiste.

17.3 Accompagnement à l'arrivée d'un enfant

Une prime est versée à l'adhérent pour l'affiliation au contrat d'un enfant en qualité d'ayant droit dès lors où l'inscription est sollicitée dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption.

17.4 Soutien aux parents d'enfant handicapé

La mutuelle règle une allocation annuelle au membre participant, parent d'un enfant atteint d'un handicap reconnu d'au moins 50 % inscrit à la mutuelle au 31 décembre de l'année. L'allocation est servie dès lors où les parents perçoivent l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) versée par la CAF ou si l'enfant perçoit l'allocation adulte handicapé. Le bénéfice de l'une ou l'autre de ces allocations en cours d'année justifie le droit à la totalité de la prestation annuelle de la mutuelle.

L'allocation est servie jusqu'à la fin de l'année où l'enfant atteint l'âge de 21 ans.

Son montant est forfaitaire et différencié en fonction du taux de reconnaissance de handicap par la MDPH (Maison Départementale pour les Personnes Handicapées). L'adhérent doit fournir les justificatifs attestant de la situation d'handicap de l'enfant.

ARTICLE 18. ASSISTANCE, PROTECTION JURIDIQUE, SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT

La mutuelle a souscrit pour le compte de ses bénéficiaires plusieurs contrats ouvrant droit à divers services.

Le résumé des garanties est annexé à la présente notice d'information.

18.1 Assistance au domicile

Le contrat est souscrit auprès de Ressources mutuelles Assistance, Union technique relevant du livre II du code de la Mutualité immatriculée sous le N° SIREN 444 269 682.

18.2 Protection juridique de recours médical

Le contrat est souscrit auprès de CFDP entreprise régie par le code des assurances immatriculée au RCS de Lyon sous le N° SIREN 958 506 156 B.

ARTICLE 19. OBLIGATIONS LÉGALES

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie.

Les garanties respectent les dispositions relatives au contrat responsable au sens des conditions de l'article L 871-1, R.871-1, R.871-2 du code de la Sécurité sociale et les dispositions relevant du Décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aide fiscale et sociale.

Les contrats complémentaires santé doivent :

- + Obligatoirement couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs servant à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible et modéré ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier.
- + Respecter les dispositions régissant les conditions de remboursements des dépassements d'honoraires en fonction de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO.
- + Respecter l'encadrement des prises en charge des dépenses optique, dentaire et audiologie définies aux Article 12. Article 13. Article 14. de la présente notice d'information.

Dans le cadre du respect du parcours de soins coordonnés défini à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, les garanties de la mutuelle ne prennent pas en charge :

- + La majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités.

- + La modulation de la participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter.
- + Les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.
- + Les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues aux paragraphes II et III de l'article L.322 du code de la Sécurité sociale.

La mutuelle est tenue de proposer le remboursement de deux prestations de prévention. Ces dernières sont indiquées l'Article 11. de la présente notice d'information.

LE DÉTAIL DES GARANTIES FIGURE AU TABLEAU EN ANNEXES

Les taux de remboursements comprennent ceux de l'assurance maladie pour les assurés non exonérés du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée. Les taux de remboursement indiqués dans ces tableaux sont exprimés à législation constante.

ARTICLE 20. DÉLAIS DE STAGE

Le droit aux prestations prend effet immédiatement pour les prestations en nature.

ARTICLE 21. EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la mutuelle les sinistres résultant notamment de faits de guerre ou de catastrophe naturelle.

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux sinistres relevant des obligations de remboursement complémentaire de la mutuelle selon les dispositions du contrat responsable prévu par les articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 22. CLAUSES LÉGALES

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi N°89-1009 du 31 décembre 1989 : « *les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou du membre participant après tous les remboursements de toute nature auxquels il a droit* ».

Conformément à l'article 2 alinéa 1 du Décret N°90-769 du 30 août 1990 : « *pour l'application du deuxième alinéa de l'article 9 de la loi du 31 décembre 1989 susvisée, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix* ».

ARTICLE 23. VERSEMENT DES PRESTATIONS

23.1 Règlement des prestations

Les prestations de Mutame & Plus viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros. Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts.

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant, celui de l'ayant droit ou du professionnel de santé en cas de mise en œuvre du tiers payant. Ce règlement est conditionné :

- + À la réception des données informatisées télétransmises par les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire.
- + À la présentation des pièces justificatives suivantes :
 - o Décomptes originaux, délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie à défaut d'une télétransmission ;
 - o Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier ou autres, les praticiens et tout intervenant dans le domaine de la santé ;
 - o Photocopies des notifications du régime obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ;
 - o Acte de naissance ou certificat d'adoption.

Dans tous les cas de figure, des justificatifs originaux pourront être exigés, notamment :

- + Pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité et autres...
- + Pour les actes refusés, mais codifiés par le régime obligatoire.
- + Pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire

Par date des soins, il faut entendre soit :

- + Date de l'acte mentionnée sur le décompte de la Sécurité sociale.
- + Date de l'achat mentionnée sur le décompte de la Sécurité sociale ou sur la facture acquittée.
- + Date d'entrée à l'hôpital (1^{er} jour d'hospitalisation).

23.2 Tiers payant

Le service du tiers payant Almerys qui permet d'être dispensé de tout ou partie de l'avance des frais est accordé aux assurés pour les dépenses engagées auprès des professionnels de santé lorsque des conventions ont été conclues entre ces professionnels et ce service de tiers payant. Ce service Almerys délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement direct à l'établissement hospitalier public ou privé des frais médicaux et chirurgicaux et autres frais prévus aux garanties souscrites par l'adhérent et ses ayants droit. Le bénéfice du tiers payant peut-être conditionné au respect par le professionnel de santé de tarifs maximums ainsi que des tarifs contractuels, le cas échéant, dans des réseaux de soins.

Elle a par ailleurs conclu des accords avec les principaux centres de traitement informatique des caisses d'assurance maladie qui prévoient la télétransmission des données de liquidation des prestations dues par le régime obligatoire.

Lorsque cette liaison est opérationnelle, la mutuelle procède au règlement de ses prestations à partir des informations ainsi transmises par voie électronique par le centre de traitement informatique.

Si tel n'est pas le cas, le membre participant doit alors adresser à la mutuelle le décompte original établi par la caisse d'assurance maladie pour obtenir la participation du régime complémentaire.

En tout état de cause, les honoraires supplémentaires des chirurgiens et anesthésistes ne relèvent pas du dispositif de tiers payant. Les sommes versées au titre des dépassements d'honoraires sont exclusivement remboursées au membre participant sur présentation de la facture originale acquittée et de l'éventuel devis remis préalablement par la mutuelle.

23.3 Contrôle médical des prestations

Mutame & Plus se réserve le droit d'effectuer tout contrôle médical qu'elle juge nécessaire pour tout assuré demandant des prestations afin de se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations. En cas de refus de sa part de répondre au contrôle, le paiement des prestations pourra être suspendu tant qu'il n'aura pas justifié sa situation médicale.

En cas de contestation de la décision de refus de versement des prestations de Mutame & Plus liée à ces contrôles, l'assuré devra adresser dans les 30 jours suivant la notification de la décision de Mutame & Plus, une lettre recommandée mentionnant le nom du médecin chargé de le représenter dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de Mutame & Plus.

En cas de désaccord, il sera formé une commission d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal de grande instance de votre lieu de résidence, sur requête de la partie la plus diligente.

23.4 Forclusion

Pour être recevable, les demandes de prestations de la mutuelle doivent être présentées dans les 24 mois suivant la date du remboursement par le régime obligatoire ou du jour résultant du fait génératrice de la garantie. Passé ce délai, toute demande de prestation est considérée comme forcée et ne peut pas donner lieu à une indemnisation.

CHAPITRE 3.COTISATIONS

ARTICLE 24. MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées de manière forfaitaire en montant mensuel en euros et fixées aux conditions particulières du contrat.

La mutuelle s'engage à respecter les tarifs proposés et les limites de tranches d'âge, au-delà desquelles ils ne peuvent évoluer, pendant la durée de la convention.

L'évolution tarifaire du contrat est contractuellement définie aux documents contractuels du Souscripteur.

Les cotisations sont établies en fonction des garanties proposées qui tiennent compte de la législation et de la réglementation sociale en vigueur au moment de la conclusion de la convention signée par le Centre de gestion. Les parties signataires de la convention ont convenu de réviser garanties et cotisations sans délai en tout ou partie en cas de changement de ces textes. Jusqu'à la date d'effet du nouveau contrat ou de l'avenant qui formalise cette révision, les garanties restent acquises sur la base du contrat en cours.

En cas d'instauration ou de modification par les pouvoirs publics de taxes, contributions ou charges de toute nature, assises sur les cotisations, le tarif peut être immédiatement révisé dès lors ou ces changements entraînent une dépense nouvelle pour Mutame & Plus.

À cette fin, la mutuelle adresse au Centre de gestion avant le 30 juin de l'année avant l'échéance sa demande de modifications des tarifs, accompagnée d'une étude justifiant de la nécessité de modifier les tarifs pour préserver l'équilibre du dispositif. Elle indique également les évolutions tarifaires, par tranche d'âge, sur lesquelles elle s'engage.

Le Centre de gestion dispose d'un délai de 90 jours pour faire part à la mutuelle de sa décision.

En cas d'accord sur les modifications tarifaires proposées, les nouveaux tarifs ainsi que leur taux d'évolution font l'objet d'un avenant au contrat collectif. La mutuelle informe les adhérents de la majoration dépassant les limites tarifaires. L'adhérent dispose alors de 30 jours pour résilier les garanties souscrites. À défaut d'une demande de résiliation présentée avant le 31 octobre de la même année, l'adhérent est réputé avoir accepté le changement de cotisations.

En cas de désaccord sur les modifications tarifaires proposées, le Centre de gestion, moyennant un préavis de 2 mois par lettre recommandée avec accusé de réception, peut mettre fin à la convention au 31 décembre de l'année. Le terme de la convention entraîne, de plein droit, à la même date, résiliation du contrat collectif à adhésion facultative au titre duquel elle a été conclue. Le Centre de gestion et l'employeur est tenu d'en informer les agents.

24.1 Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'Assurance Maladie impactant notamment les prestations et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes. Elles sont également déterminées en fonction des garanties et des options souscrites, du régime d'assurance maladie obligatoire.

Le montant des cotisations est indiqué dans l'échéancier remis au membre participant avec le certificat d'adhésion. La cotisation tient compte des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques (fédérations, unions...), des frais de gestion et des taxes de nature réglementaire en vigueur.

24.2 Cotisation enfant(s)

La cotisation de l'enfant inscrit à la naissance ou au jour de son adoption n'est due qu'à partir du premier jour du mois suivant son inscription.

La gratuité est accordée aux enfants à charge de moins de 25 ans de 3^e rang et plus, dans la mesure toutefois où tous les enfants sont inscrits sur un même contrat.

L'enfant majeur de plus de 21 ans en situation de handicap reconnu par la CDAPH « commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées » est maintenu sous le couvert de l'adhérent en qualité d'ayant droit, et ce, sans limite d'âge.

24.3 Principes de solidarité appliqués aux agents de la fonction publique territoriale

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi et du sexe de l'adhérent.

Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants.

Le rapport entre la cotisation hors participation due par l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par l'adhérent âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une option de garanties comparable, compte non tenu de la majoration de cotisation pour adhésion tardive de l'adhérent.

ARTICLE 25. PARTICIPATION FINANCIÈRE DE L'EMPLOYEUR ET PAIEMENT DES COTISATIONS

25.1 Participation financière

Votre employeur contribue au financement des garanties du contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de la mutuelle auquel vous adhérez, sous la forme d'une participation d'un montant unitaire par agent, qui vient en déduction de la cotisation due par les agents.

Selon le décret n°2022-581 du 20 avril 2022, la participation mensuelle, pour chaque agent, des garanties prévues ne peut être inférieure à la moitié d'un montant de référence, fixé à 30 euros, à compter du 1^{er} janvier 2026. La collectivité verse directement la participation aux agents.

Ce montant devra être communiqué à la mutuelle, en fournissant la copie de la décision de l'assemblée délibérante.

Le défaut de versement par la collectivité de la participation, entraîne, après mise en demeure restée sans effet, résiliation à la même date du contrat collectif à adhésion facultative qu'elle a souscrit auprès de la mutuelle. La collectivité est tenue d'en informer les agents.

25.2 Paiement des cotisations

Votre employeur s'engage à prélever par voie de précompte la cotisation à la charge de chacun de ses agents adhérent au contrat collectif à adhésion facultative et à verser à la mutuelle les sommes précomptées selon les modalités fixées audit contrat.

Pour les agents retraités et ou si vous êtes dans une des situations de maintien des garanties décrites à l'Article 8. les cotisations seront directement prélevées sur compte bancaire du membre participant par la mutuelle mensuellement à échéance du 5 du mois en cours. L'adhérent signe au moment de la souscription un mandat de prélèvement bancaire.

ARTICLE 26. DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En aucun cas, l'employeur n'est responsable du paiement des cotisations pour le compte des adhérents dont la cotisation est prélevée sur le compte bancaire.

Les conditions de suspension ou de résiliation du contrat sont précisées ci-dessus Article 7. et Article 8.

La mutuelle s'engage à ne pas appliquer les dispositions ci-avant relatives à la suspension ou à la résiliation des garanties (ou celles de même nature résultant des dispositions législatives ou réglementaires) si les retards sont imputables aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations.

La mutuelle se réserve la possibilité de faire supporter au membre participant les frais facturés par un établissement bancaire à l'occasion d'un rejet de prélèvement pour un motif dont il est entièrement responsable.

Selon l'article L221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie pourra être suspendue à l'issue d'une période de trente jours après la mise en demeure du membre participant.

La mutuelle a le droit de résilier les garanties souscrites dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu précédemment le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

ARTICLE 27. REMBOURSEMENT DES COTISATIONS

Le membre participant est tenu d'informer la mutuelle de tout changement de situation pouvant influer sur le montant de sa cotisation. À titre exceptionnel, le membre participant serait admis à faire valoir un éventuel versement de cotisations dues à la prise en compte tardive d'un changement de situation dès lors où la demande est présentée dans les 24 mois suivant la modification. En tout état de cause le versement des cotisations est limité à une période maximale de 24 mois.

CHAPITRE 4. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 28. FRAUDE ET MESURES DISCIPLINAIRES

28.1 Définition de la fraude

Est considérée comme une fraude toute action, omission ou déclaration intentionnelle visant à obtenir, de manière indue, le bénéfice des garanties ou des prestations prévues par le contrat santé individuel. La fraude peut inclure, sans s'y limiter :

- + La fourniture de fausses informations lors de la souscription du contrat ou de la mise à jour de la situation du membre participant et ses éventuels ayants droit,
- + L'altération ou la falsification de documents médicaux ou administratifs (ordonnances, factures, certificats médicaux, etc.),
- + La présentation de factures fictives ou modifiées,
- + La collusion avec des tiers, tels que des professionnels de santé, pour obtenir des remboursements induits,
- + La déclaration de soins non reçus ou la dissimulation de remboursements obtenus via un autre assureur ou organisme de santé.

28.2 Obligations du membre participant

Le membre participant est tenu de fournir des informations exactes et complètes lors de la souscription du contrat, ainsi que lors de tout échange ultérieur avec la mutuelle, notamment concernant les soins reçus, les frais engagés et toute autre information susceptible d'avoir un impact sur les prestations ou les remboursements.

28.3 Détection de la fraude

La mutuelle procède à des vérifications périodiques pour s'assurer de la véracité des informations fournies et des dépenses présentées. Ces vérifications peuvent inclure :

- + L'examen des documents fournis par le membre,
- + La consultation des bases de données de santé ou d'assurances (dans le respect des règles de confidentialité en vigueur),
- + La demande d'informations supplémentaires auprès des prestataires de soins ou d'autres organismes concernés,
- + Le recours à des experts ou enquêteurs indépendants.

28.4 Sanctions en cas de fraude

En cas de détection de fraude avérée ou de tentative de fraude, la mutuelle se réserve le droit de prendre les mesures suivantes :

- + Suspension temporaire des garanties ou partie des garanties du membre participant et ses bénéficiaires, dans l'attente des résultats de l'enquête,
- + Exigence du remboursement des prestations indûment perçues par le membre participant, avec application éventuelle de pénalités,
- + Résiliation immédiate et définitive du contrat santé sans préavis, entraînant la perte du bénéfice des prestations futures,
- + Information éventuelle, le cas échéant, à l'employeur.
- + Inscription sur un fichier de fraudeurs, partagé avec d'autres organismes de santé et d'assurances, conformément aux dispositions légales,
- + Déclaration aux autorités compétentes en cas de fraude pénale, entraînant des poursuites judiciaires.

28.5 Droit de défense du membre participant

La mutuelle informera le membre participant des faits reprochés, des sanctions prises. Il devra dans un délai de 10 jours ouvrés s'expliquer et fournir tout élément de preuve susceptible de clarifier la situation.

28.6 Confidentialité et respect des données personnelles

Les informations recueillies dans le cadre de la lutte contre la fraude sont traitées dans le respect de la législation en vigueur en matière de protection des données personnelles. Elles sont utilisées exclusivement pour la gestion des dossiers et la prévention des abus.

ARTICLE 29. RE COURS SUBROGATOIRE

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant, 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.

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle lorsque la demande de prestations fait suite à un accident mettant en cause la responsabilité d'un tiers.

ARTICLE 30. PRESCRIPTION

Toute action dérivant de la présente garantie est prescrite par 24 mois à compter de l'événement qui y donne naissance.

ARTICLE 32. SECRET PROFESSIONNEL

Conformément à l'article 226-13 du code pénal, la mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère pour l'exécution des contrats, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

ARTICLE 33. PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

La mutuelle s'engage dans le cadre de ses activités et conformément aux dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, et du RGPD 2016/679 à assurer la protection, la confidentialité et la sécurité des données personnelles.

Le membre participant bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement (des données inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement serait illicite), d'opposition, de limitation du traitement (dans les cas prévus par la loi) et de portabilité (dans les cas prévus par la loi) des données qui vous concernent, ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MUTAME & PLUS – DONNÉES PERSONNELLES – 4, RUE EMILE ENAULT – 50000 SAINT-LÔ ou à dpo@mutame-plus.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données à caractère personnel, rendez-vous sur www.mutame-plus.fr.

ARTICLE 34. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au code de la mutualité, Mutame & Plus est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

ARTICLE 35. TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS, CONCILIATION ET MÉDIATION

Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant un courrier à l'adresse suivante : MUTAME & PLUS - SERVICE RÉCLAMATIONS - 4, RUE EMILE ENAULT – 50000 SAINT-LÔ ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact@mutame-plus.fr ou par téléphone au 02 33 05 29 20.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la mutuelle désignée par le Conseil d'administration, en adressant un courrier au Secrétariat général de la mutuelle, MUTAME & PLUS - SERVICE CONCILIATION - 4, RUE EMILE ENAULT – CS 72208 – 50000 SAINT-LÔ CEDEX ou un courrier électronique à l'adresse suivante : contact@mutame-plus.fr

Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir gratuitement le service fédéral de médiation de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS. La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de Mutame & Plus.

Conformément à l'article R. 612-5 du code de la consommation, un avis sera rendu au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe.

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.

La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été préalablement engagée.

ARTICLE 36. RELATIONS AVEC LE MUTUALISTE

Pour tout renseignement le membre participant peut contacter :

MUTAME & PLUS

4 rue Emile Enault - 50000 SAINT-LÔ

contact@mutame-plus.fr

Espace adhérent : www.mutame-plus.fr

ARTICLE 37. OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si le membre participant ne souhaite pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, conformément à l'article L.223-1 du code de la consommation, il peut s'inscrire gratuitement sur une liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique.

Selon la réglementation en vigueur, cette demande ne sera prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui le lie avec Mutame & Plus.

ARTICLE 38. INTERPRÉTATION

Les statuts, la notice d'information, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

ARTICLE 39. LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

Dernières mises à jour :
1^{er} janvier 2026

TABLEAU DES GARANTIES

Régime général et Régime local Alsace-Moselle

MUTAME SANTÉ TERRITORIAL CENTRE DE GESTION DU TERRITOIRE DE BELFORT | Contrat collectif à adhésion facultative

Sauf précision contraire, les forfaits sont versés par bénéficiaire et par année civile. Dans tous les cas, les remboursements sont limités aux frais réels engagés. Les barèmes comprennent le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire selon le tarif de responsabilité applicable au 1er janvier de l'année en cours.	Base	Niveau 1	Niveau 2			
Soins courants						
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr						
Honoraires						
Consultation, Visite, Acte Technique Médical, Échographie, Acte de Chirurgie, Anesthésie hors majoration - Praticien adhérent à un DPTAM	150 % BR	175 % BR	200 % BR			
Consultation, Visite, Acte Technique Médical, Échographie, Acte de Chirurgie, Anesthésie hors majoration - Praticien non adhérent à un DPTAM	130 % BR	155 % BR	180 % BR			
Imagerie médicale	100 % BR					
Ostéodensitométrie - Non remboursée Sécurité sociale	40 €/examen					
Ostéodensitométrie - Remboursée Sécurité sociale	100 % BR					
Auxiliaires médicaux	120 % BR					
Soins de pédicurie - Remboursés Sécurité sociale	100 % BR	AMO + 28 € / an	AMO + 42 € / an			
Dispositif MonPsy, remboursé par la Sécurité Sociale : Sur prescription médicale ; choix d'un psychologue partenaire de l'annuaire MonPsy. 12 séances maximum / an.	100 % BR					
Analyses, actes de biologie et prélevements	100 % BR					
Pharmacie						
Médicaments, accessoires et pansements - Remboursés Sécurité sociale	100 % BR					
Médicaments, accessoires et pansements - Non remboursés Sécurité sociale	50 € / an					
Contraception sur prescription	80 € / an					
Substituts nicotiniques sur prescription	100 € / an					
Matériel médical (sauf dentaire, optique, auditif)						
Petit appareillage (fourniture de contention, semelles orthopédiques...) - Remboursé Sécurité sociale	200 % BR	220 % BR	240 % BR			
Prothèse externe non orthopédique	AMO + 238 €	AMO + 280 €	AMO + 305 €			
Prothèse capillaire	AMO + 375 €	AMO + 450 €	AMO + 500 €			
Lit médicalisé	AMO + 1 500 € / an					
Véhicule à propulsion manuelle et Motorisation d'un fauteuil roulant	AMO + 1 000 € / an					
Véhicule à propulsion électrique	AMO + 4 000 € / an					
Autres						
Frais de transport	100 % BR					
Participation forfaitaire pour actes coûteux	Frais réels					
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité						
Les dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhérés aux dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (DPTAM) sont pris en charge dans la double limite de 100% du tarif de responsabilité et des montants pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhérés à ces dispositifs, tel qu'indiqués ci-dessous, minorés de 20% du tarif de responsabilité. Les DPTAM sont des dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels des santé conventionnés (CAS, OPTAM, OPTAM-CO...). La liste des professionnels adhérents à ces dispositifs est consultable sur : http://annuairesante.ameli.fr						
Forfait journalier						
Forfait journalier dans tous les établissements	Frais réels					
Honoraires						
Honoraires médicaux & chirurgicaux, Acte Technique Médical, Échographie, hors majoration, Praticien adhérent à un DPTAM	150 % BR	175 % BR	200 % BR			
Honoraires médicaux & chirurgicaux, Acte Technique Médical, Échographie, hors majoration, Praticien non adhérent à un DPTAM	130 % BR	155 % BR	180 % BR			
Autres						
Frais de séjour - sur demande de prise en charge préalable	100 % BR					
Forfait en hospitalisation ambulatoire	25 € / jour	30 € / jour	40 € / jour			
Chambre particulière en Chirurgie, Maladie, Obstétrique - sans limitation de durée	80 € / jour	100 € / jour	120 € / jour			
Chambre particulière en SSR et en Psychiatrie - Plafonnée à 30 jours / an	60 € / jour	80 € / jour	100 € / jour			
Forfait accompagnant pour hospitalisation enfant moins de 16 ans						
Repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation	40 € / jour	50 € / jour	60 € / jour			
Participation forfaitaire pour actes coûteux	Frais réels					
Forfait Patient Urgence	Frais réels					

Optique

Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, cette dernière étant limitée à 100€. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période annuelle (article R 871-2 du code de la Sécurité sociale).

Prestations remboursées par l'Assurance maladie :**Equipement 100% santé - Classe A****Équipement complet****Remboursement intégral****Équipements et Prestations optiques à tarifs libres - Classe B**

Remboursement de l'équipement : le remboursement de la monture est réglementairement limité à 100 €.

Les forfaits sont égaux par option

Monture - Le forfait comprend le remboursement du ticket modérateur.

100 €

Verre unifocal sphérique

Sphère de -6 à +6

90 €

Sphère < 6 ou > 6

165 €

Verre unifocal sphéro-cylindrique

Cylindres +4, sphère de -6 à 0

90 €

Sphère >0 et (sphère + cylindre) : 5 + 6

90 €

Sphère >0 et (sphère + cylindre) >+ 6

165 €

Cylindre +0,25 et sphère < -6

165 €

Cylindre +4 et sphère de -6 à 0

165 €

Verre multifocal ou progressif sphérique

Sphère de -4 à +4

225 €

Sphère < -4 ou > + 4

300 €

Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique

Cylindre :5 +4, sphère de -8 à 0

225 €

Sphère >0 et (sphère + cylindre) :5 + 8

225 €

Cylindre >+4, sphère de -8 à 0

300 €

Sphère >0 et (sphère + cylindre) >+ 8

300 €

Cylindre +0,25, sphère < -8

300 €

Adaptation de la prescription de verres correcteurs

100 % BR

Verres avec filtres

100 % BR

Autres suppléments

100 % BR

Autres

Lentilles remboursées ou non Sécurité sociale

AMO + 122 € / an

Chirurgie de l'œil

400 € / œil / an

Aides auditives

La garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans.

Équipements 100 % Santé - Classe I**Équipement complet****Remboursement intégral****Équipements à tarifs libres - Classe II**

Prothèse auditive - Classe II

AMO + 1 500 € / oreille

Le forfait comprend le remboursement du Ticket Modérateur. Dans la limite de 1 700 € AMO + mutuelle.

Autres

Piles, accessoires et entretien de la prothèse remboursée Sécurité sociale

100 % BR

AMO + 40 € / an

AMO + 50 € / an

Dentaire**Soins et Prothèses 100 % Santé**

Soins, Inlay Core et prothèses dentaires fixes

Remboursement intégral**Soins et Prothèses à tarifs maîtrisés et libres**

En l'absence de liaison NOÉMIE, prise en charge sur présentation du décompte de la Sécurité sociale accompagné de la facture acquittée, détaillée et codifiée des actes pratiqués selon la nomenclature de la Sécurité sociale.

Les actes et soins non remboursés Sécurité sociale doivent être inscrits à la Classification Commune des Actes Médicaux dentaires (CCAM).

Soins dentaires

100 % BR

Prothèse amovible métal et Prothèse dentaire transitoire

250 % BR

295 % BR

345 % BR

Prothèse amovible résine

250 % BR

320 % BR

370 % BR

Couronne et Bridge métal, Inlay, Inlay core, Onlay et Réparation de prothèse

Couronne céramique ou sur implant, Bridge résine

175 % BR

200 % BR

225 % BR

Bridge métal

200 % BR

250 % BR

300 % BR

Bridge résine

400 € / implant

500 € / implant

600 € / implant

Implantologie

150 € / an

200 € / an

250 € / an

Parodontologie

50 € / an

100 € / an

150 € / an

Autre acte dentaire

Orthodontie

Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale

250 % BR

300 % BR

300 % BR

Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale

400 € / an

Autres prestations**Prévention**

Actes de prévention remboursés par la Sécurité sociale

100 % BR

Conformément au cahier des charges des contrats responsables, défini par l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application.

Bilan nutritionnel

40 € / an

Consultation diététicien

15 € / séance

(Maxi 2 séances / an)

Bien-être Médecines alternatives : forfait attribué pour les disciplines suivantes réalisées par un praticien diplômé. Ostéopathie, Chiropractie, Étiopathie, Hypnose, Réflexologie, Acupuncture, Psychologie Sur présentation d'une facture ou d'une note d'honoraires du praticien justifiant de sa spécialité (cachet, n° ADELI, ...)	150 € / an
Cure thermale Cure thermale remboursée Sécurité sociale : honoraires, soins, transports et hébergement Sur prescription médicale et présentation d'une facture acquittée de séjour. Forfait cure thermale Sur prescription médicale et présentation de justificatifs de frais Limité aux frais de transport et d'hébergement liés à la cure thermale.	100 % BR
	100 € / an 150 € / an 200 € / an
Prestations complémentaires	
Allocation annuelle enfant handicapé Montant forfaitaire selon le taux de reconnaissance d'handicap par la MDPH	250 € pour 50 à 79 % BR 350 € pour 80 % BR et +
Aide familiale Subordonnée au versement préalable d'une aide financière accordée par la CAF	1,50 € / heure
Aide-ménagère au domicile Subordonnée au versement préalable d'une aide financière accordée par la caisse de retraite	4,90 € / heure
Aide exceptionnelle et Prêt Santé (Soutien pour dépense importante de santé, accordé sur dossier par la commission spécialisée de la mutuelle)	Inclus
Assistance au domicile en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation ou de maternité Le service est accessible 7 jours 7, 24h sur 24. Protection juridique Le service est accessible de 09H00 à 17H45, du lundi au vendredi (sauf jours fériés).	Se reporter à la notice d'information 09 69 39 99 76 (appel non surtaxé)

LEXIQUE

BR : Base de remboursement de l'Assurance maladie Obligatoire

DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

AMO : Remboursement uniquement de l'Assurance Maladie Obligatoire

HLF : Honoraire Limite de Facturation fixé règlementairement

SSR : Soins de suite et de réadaptation

PLV : Prix Limite de Vente fixé règlementairement

TM : Ticket Modérateur, part complémentaire au remboursement de la Sécurité sociale

Ce contrat respecte le cahier des charges des contrats responsables et répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes réglementaires en vigueur.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage et s'appliquent à la base de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de soins, dans la limite des frais réels engagés. Les taux de remboursement de la Sécurité sociale sont ceux applicables au 1^{er} janvier de l'année en cours, sous réserve du respect du parcours de soins. Sauf indication contraire, les garanties en euros sont des forfaits par année civile et par personne protégée. Les remboursements de Mutame & Plus sont toujours limités aux frais réels engagés, déduction faite des interventions des régimes obligatoires et autres complémentaires santé.

*Retrouvez les explications du 100 % Santé sur votre espace adhérent depuis le site www.mutame-plus.fr

ASSISTANCE & PROTECTION JURIDIQUE

L'Adhérent, à jour de sa cotisation lors de l'appel téléphonique auprès de l'Assisteur, doit communiquer son propre numéro d'Adhérent.

GARANTIES		MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE		
DÈS LA SOUSCRITION				
Conseils, écoute, orientation			Illimités	
Informations juridiques			Illimitées	
Conseils et informations médicales			Illimités	
ACCOMPAGNEMENT PSYCHO-SOCIAL				
Appels de convivialité			Illimités	
Conseil social			Illimité	
Soutien psychologique			Illimité	
PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ				
Accès à la protection juridique santé			Illimité	
EN CAS D'HOSPITALISATION, D'IMMOBILISATION ET DE MATERNITÉ				
	Hospitalisation dès l'ambulatoire	Hospitalisation ou immobilisation + 14J de l'enfant	Immobilisation imprévue + 5J ou prévue + 10J	Maternité + 4J, Césarienne, multiples
Aide à domicile	10 heures		10 heures	10 heures
Prestations de bien-être et soutien (auxiliaire de vie, entretien du linge, petit jardinage, livraison de courses, coiffure et pédicure à domicile, portage de repas, coaching santé ou coaching nutrition)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile		Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des personnes dépendantes à charge	40 heures		40 heures	40 heures
Garde des animaux de compagnie	30 jours		30 jours	30 jours
Téléassistance	3 mois		3 mois	3 mois
Présence d'un proche au chevet	500 euros TTC		500 euros TTC	500 euros TTC
Ecole à domicile		10 heures/semaine		
EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE À PLUS DE 50KM DU DOMICILE				
	Hospitalisation imprévue (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile		Hospitalisation imprévue + 5J (maladie, accident ou blessure) lors d'un déplacement à + de 50KM du domicile	
Conseil médical		Illimité		
Transfert médical		Coûts réels du reste à charge après remboursement du régime obligatoire et organismes complémentaires.		
Retour des accompagnants		500 euros TTC		
Déplacement et hébergement d'un proche			Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 nuits à 125 euros TTC/nuit	
EN CAS DE TRAITEMENT ANTICANCÉREUX				
Aide à domicile		Pendant toute la durée du traitement		

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES EN SOUTIEN À LA MATERNITÉ ET PARENTALITÉ

	Maternité	Grossesse pathologique	Hospitalisation imprévue + 4J ou immobilisation imprévue + 5J de la « garde d'enfant »
Informations, conseils et soutien	Illimités	Illimités	Illimités
Intervenant qualifié (auxiliaire de puériculture, sage-femme, TISF)	4 heures		
Aide à domicile		12 heures	
Garde des enfants ou petits enfants		40 heures	40 heures

ASSISTANCE À L'ÉTRANGER

	À TOUT MOMENT
Information et prévention médicale	Illimitée
MALADIE, BLESSURE, ACCIDENT ET HOSPITALISATION IMPRÉVUS À L'ÉTRANGER	
Service d'accompagnement et d'écoute	Illimité
Mise à disposition d'un médecin sur place	Illimitée
Avance des frais médicaux	4600 euros TTC
Prise en charge du reste à charge des frais médicaux	4600 euros TTC
Remboursement des frais téléphoniques	100 euros TTC

PRESTATIONS D'ASSISTANCE EN CAS DE DÉCÈS

	ACCOMPAGNEMENT EN CAS DE DÉCÈS	
Enregistrement et respect des volontés	Illimité	
Aide à l'organisation des obsèques	Illimitée	
Accompagnement psycho-social	Illimité	
Accompagnement et écoute	Illimité	
	PRESTATIONS EN CAS DE DÉCÈS	
	En cas de décès en France	En cas de décès à + de 50KM du domicile en France
Aide à domicile	10 heures	
Prestations de bien-être et de soutien : (auxiliaire de vie, entretien du linge, petit jardinage, livraison de courses, coiffure et pédicure à domicile, portage de repas, coaching santé ou coaching nutrition)	Équivalente à l'enveloppe financière de l'aide à domicile	
Garde des enfants ou petits enfants	40 heures	
Garde des personnes dépendantes	40 heures	
Garde des animaux	30 jours	
Téléassistance	3 mois	
Avance de fonds	3050 euros TTC	
Transfert du corps ou de l'urne cinéraire		Frais de transport : 3000 euros TTC Frais de cercueil : 800 euros TTC
Assistance des proches		Déplacement : 500 euros TTC Hébergement : 5 jours à 125 euros TTC/nuit
Retour des bénéficiaires ou de l'accompagnant		500 euros TTC
Taxi		155 euros TTC

GLOSSAIRE

Adhérent : désigne le membre participant inscrit à la mutuelle tel que défini aux Statuts.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie.

Ayant droit : désigne l'ayant droit du membre participant, c'est-à-dire la personne inscrite sous son couvert et qui peut à ce titre prétendre au versement des prestations servies par la mutuelle.

Bénéficiaire : est considéré bénéficiaire la personne qui peut prétendre à la prestation due par la mutuelle en cas de réalisation des risques garantis par le présent règlement.

Complémentaire santé solidaire (CSS) : La CSS complète la couverture de base de l'assurance maladie accordée à toute personne résidant de façon régulière en France. Ce dispositif permet de bénéficier de la prise en charge de la part complémentaire de ses frais de santé sans avoir à faire l'avance des frais, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière selon le niveau de ressources de l'assuré.

Enfant à charge : désigne l'enfant rattaché directement au foyer fiscal de l'adhérent en qualité de personne à charge ou de bénéficiaire d'une pension alimentaire versée par le membre participant.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : personne qui, en remplissant et signant le bulletin d'adhésion, fait acte d'adhésion aux statuts de la mutuelle et aux dispositions contenues dans le présent règlement.

Mutuelle : désigne Mutame & Plus, mutuelle régie par le code de la mutualité immatriculée au Répertoire Sirene sous le numéro SIREN 780 915 898 dont le siège social se situe à Saint-Lô.

Prestations en nature : Remboursement des soins pour maladie, accident, maternité.

OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maitrisée signée par le médecin généraliste ou spécialiste avec l'assurance maladie. Le praticien s'engage à limiter le montant des dépassements d'honoraires

OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maitrisée signée par les Chirurgiens et les Obstétriciens avec l'assurance maladie. Le praticien s'engage à limiter le montant des dépassements d'honoraires

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux.

TAA : Tarification à l'activité.

PACS : sigle désignant le Pacte Civil de Solidarité.

Prestation : correspond à l'exécution de la garantie par la mutuelle.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : correspond à la réalisation du risque.

TC Tarif de convention : Tarif négocié entre la Sécurité sociale et le corps médical, praticiens ou établissements qui s'engagent à le respecter. Cependant, ce tarif peut être dépassé par le praticien avec des dépassements autorisés ou à honoraires libres. La base de remboursement de la Sécurité sociale dans ce cas est limitée au tarif négocié.

BRSS : base servant au calcul du remboursement de la Sécurité sociale pour l'ensemble des prestations en nature.

BRYSS : remboursement comprenant la participation des régimes obligatoire et complémentaire maladie.

TA Tarif d'autorité : Tarif appliqué par la Sécurité sociale pour ce qui concerne les actes pratiqués dans le cadre du secteur non conventionné.

TM (Ticket modérateur) : La charge laissée à l'assuré par l'assurance maladie après le remboursement des soins sur la BRSS.

LPPR : Liste des Produits et Prestations Remboursables.

Support durable : courrier, email, message sur espace extranet.



Protéger, accompagner et améliorer le bien-être de tous adapté à chacun

mutame-plus.fr



Suivez-nous sur les réseaux sociaux !

COORDONNÉES

MUTAME & PLUS

4, rue Emile Enault
50000 SAINT-LÔ

02 33 05 29 20

contact@mutame-plus.fr

Mutame & Plus, 4 rue Emile Enault 50000 Saint-Lô

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire

SIRENE sous le numéro SIREN 780 915 898.

LEI : 969500IQ7L48908G0C96

