



# Notice d'information

## Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative

Remboursement de frais de soins de santé

## Table des matières

PREAMBULE.....	3
TITRE I. DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT.....	4
1- Objet du contrat et organismes assureurs.....	4
2- Bénéficiaires des prestations .....	5
3- Conditions d'adhésion.....	6
4- Suspension des garanties .....	6
5- Cessation des garanties.....	6
6- Représentation des membres participants au sein des mutuelles co-assureurs.....	7
7- Réticence ou fausse déclaration .....	7
8- Devis et expertise à la demande des co-assureurs .....	7
9- Prescription .....	7
10- Subrogation des mutuelles co-assureurs .....	8
11- Réclamations – Médiation.....	8
12- Données personnelles .....	9
TITRE II. COTISATION .....	12
13- Montant de la cotisation .....	12
14- Paiement de la cotisation.....	12
TITRE III. - GARANTIES .....	13
15- Objet et montant.....	13
16- Définition des prestations .....	13
17- Base de remboursement des prestations .....	14
18- Limite de remboursements .....	15
19- Exclusions .....	15
20- Paiement des sommes assurées .....	15
TITRE IV. – GARANTIES ASSISTANCE.....	16
<b>ANNEXE : TABLEAU DE GARANTIES.....</b>	<b>18</b>

## PREAMBULE

Le présent document constitue la Notice d'information du contrat collectif à adhésion facultative (ci-après dénommé « Contrat collectif ») souscrit par votre employeur (ci-après dénommé « le Souscripteur ou l'Employeur » selon le contexte) au profit de ses salariés.

Conformément à l'article L.221-6 du code de la mutualité, cette notice vous précise :

- les dispositions générales d'application du contrat,
- la définition des bénéficiaires de ce contrat,
- les formalités à accomplir pour bénéficier du remboursement de vos frais de santé,
- le rappel des mentions obligatoires.

Il appartient à l'employeur de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle ou de l'union à chaque membre participant.

## TITRE I. DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT

### 1- Objet du contrat et organismes assureurs

Le présent contrat collectif de santé est conclu entre :

- D'une part : le souscripteur, dont la dénomination sociale est mentionnée aux conditions particulières ;
- D'autre part :
  - La Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), organisme assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399 ;

Agissant pour son compte et pour celui de :

- La Mutuelle Nationale Territoriale (MNT), organisme assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé 4 rue d'Athènes, 75009 PARIS, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° SIREN 775 678 584.

MGEN et MNT sont co-assureurs des risques garantis par le présent contrat.

Les organismes assureurs sont désignés, aux fins des présentes : « les mutuelles co-assureurs ». Les relations entre les Mutuelles co-assureurs font l'objet d'une convention de co-assurance qui précise notamment les modalités de concertation entre elles.

Les garanties assistance sont assurées par Ressources Mutuelles Assistance (RMA).

MGEN est désignée comme apériteur. En conséquence, la MNT donne mandat à MGEN de la représenter et d'accomplir tous les actes nécessaires pour l'exécution du présent contrat de santé en leur nom et pour leur compte. Elle est désignée aux fins des présentes « l'apériteur » ou « MGEN ».

MGEN, en sa qualité d'apériteur est l'interlocuteur unique de la personne morale souscriptrice pour l'exécution du présent contrat de santé. Elle est chargée d'accomplir les missions suivantes :

- émission et signature du contrat collectif et de ses avenants,
- émission et diffusion auprès de la collectivité souscriptrice des notices d'information.

Les mutuelles co-assureurs délèguent la gestion du présent contrat à Gras Savoye qui est chargé d'accomplir les missions suivantes :

- liquidation des prestations,
- émission des appels de cotisations, encaissement et recouvrement des cotisations,
- instruction des dossiers de demandes de prestations,
- gestion habituelle et suivi administratif de la souscription et des affiliations.

Le présent contrat est souscrit par le souscripteur auprès des mutuelles co-assureurs, en liaison avec la convention de participation conclue avec les mutuelles co-assureurs.

Le présent contrat est à adhésion facultative pour les agents relevant des catégories mentionnées ci-dessous. Les conditions générales et particulières du présent contrat définissent les droits et obligations de chacune des deux parties.

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, le contrôle sur les mutuelles

régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4, place du Budapest CS 92459 75436 Paris Cedex 09.

Le présent contrat collectif à adhésion facultative a pour objet de faire bénéficier aux membres participants définis à l'article 4 ci-après, le versement de prestations frais de santé.

Le montant et les modalités des garanties sont établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à la date de prise d'effet de la convention de participation. Si ultérieurement, ces textes venaient à être modifiés, les mutuelles co-assureurs se réservent le droit de réviser leurs conditions de garanties, en accord avec le souscripteur. En cas de désaccord du souscripteur sur les nouvelles conditions proposées, la convention de participation sera résiliée en respectant un préavis de 2 mois. Pendant ce préavis, la convention de participation en cours sera maintenue.

## 2- Bénéficiaires des prestations

Les bénéficiaires des garanties frais de santé (dénommés « **membres participants** ») sont :

- **l'ensemble des agents** de la Région (fonctionnaires, stagiaires de la fonction publique territoriale, contractuels de droit public, contractuels de droit privé, les apprentis, les inscrits maritimes.....) ;
- les retraités de la Région (actuels et futurs) dont la Région était le dernier employeur avant la liquidation de leur pension de retraite.

Peuvent également adhérer au contrat les ayants droit des membres participants, ci-après dénommés « **bénéficiaires** ». Ce sont :

- **Le conjoint** de l'affilié principal (agent ou retraité) lié par les liens du mariage (au sens de l'article 143 du Code civil), non séparé(e) de corps ou non divorcé(e) par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- **Le partenaire de l'affilié lié par un PACS** tel que défini à l'article 515-1 et suivants du Code civil ;
- **La personne vivant en concubinage** (le concubin) avec l'affilié, au sens de l'article 515-8 du Code civil, au même domicile, de façon notoire. La preuve du lien se fera par la justification du domicile commun ;
- **Les enfants**, les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, recueillis, du membre participant ou de son conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin, qui remplissent les conditions suivantes :
  - condition d'âge :
    - être **âgé de moins de 18 ans** ;
    - ou être **âgé de 18 ans à 24 ans révolus**, en cas de **poursuites d'études** (études secondaires ou supérieures, cursus de formation professionnelle en alternance – dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, d'un contrat d'aide à l'insertion ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED) ; la période de garantie pour la dernière année d'études est fixée du 1er janvier au 31 décembre ;
    - **quel que soit leur âge** s'agissant des **enfants reconnus invalides ou handicapés avant leur 18e anniversaire** (ou avant leur 24e anniversaire pour ceux qui respectaient les conditions de l'alinéa précédent), sous réserve qu'ils perçoivent une allocation d'éducation pour enfant handicapé ou une allocation pour adulte handicapé, prévues aux articles L. 541-1 ou L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale.
- **Les ayants cause d'un agent ou d'un retraité** (conjoint et enfant) devront continuer à bénéficier du dispositif dans les mêmes conditions (garanties et tarifs) que les ayants droit et ceci jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le décès de l'agent ou du retraité a été constaté.

### 3- Conditions d'adhésion

Tous les agents actifs, ainsi que les retraités, demandant leur adhésion au régime de protection sociale en frais de santé et étant ou ayant été inscrits sur les listes du personnel de la région Occitanie bénéficient, sans délai et automatiquement de l'ensemble des garanties du contrat.

Afin d'adhérer aux présentes garanties, le membre participant doit retourner le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé.

L'adhésion intervient sans délai de carence ni questionnaire médical, sans limite d'âge et prend effet au 1<sup>er</sup> jour suivant le jour de réception de la demande par le gestionnaire.

### 4- Suspension des garanties

Le bénéfice des garanties est maintenu pendant toute la période de suspension du statut de la Fonction Publique Territoriale pour les agents titulaires ou stagiaires ou du contrat de travail pour les agents non titulaires pour congés maladie, maternité ou accident indemnisés ou non.

A l'exclusion des congés pour raisons médicales, les garanties sont suspendues de plein droit à compter de la date de suspension du statut de la Fonction Publique Territoriale pour les agents titulaires ou stagiaires ou du contrat de travail pour les agents non titulaires. Le bénéfice de la garantie frais de santé peut cependant être maintenu à la demande des membres participants (présentée dans les 2 mois précédant la suspension) dont le contrat de travail est suspendu, notamment pour les agents :

- en congé parental d'éducation ;
- en congé de formation professionnelle ;
- mis à disposition pour convenance personnelle ;
- en disponibilité pour motifs personnels ;
- mis à disposition d'office autre que pour raison de santé ;
- en congé pour présence parentale ;
- en cas d'accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- en congé pour création d'entreprise.

Le maintien des garanties doit faire l'objet d'une demande expresse de la part de ces agents. Ces agents doivent alors régler la totalité de la cotisation, sans participation de l'employeur.

### 5- Cessation des garanties

Les garanties cessent de produire effet :

- à la date à laquelle l'assuré ne remplit plus les conditions prévues par l'article 3 du présent contrat ;
- en cas de non-paiement de la cotisation ;
- à la date d'effet de la résiliation du présent contrat ;
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant.

Les agents cessant d'appartenir à l'effectif du souscripteur par suite d'un décès, de démission, de licenciement, ou de survenance du terme d'un contrat de travail, sont radiés de la garantie à la date du décès ou à la fin du mois de la démission, du licenciement, du terme du contrat de travail.

A la condition d'en faire la demande à MGEN par lettre recommandée avec accusé de réception, l'agent en fin de contrat de travail ou en détachement, a la possibilité de bénéficier du maintien des garanties à titre individuel pendant 12 mois sous réserve de demander ce maintien des garanties dans les 6 mois par la signature d'un bulletin et en acquittant la même cotisation que celle payée par les personnes couvertes par le contrat, ; **il est précisé que la cotisation à acquitter ne bénéficiera alors pas de la participation de**

**l'employeur.** Le bénéfice du maintien cesse à la fin de la convention de participation.

En cas de décès du membre participant, les ayants droits ont la possibilité de souscrire, à la fin de la période de maintien prévue à l'article 4 (c'est-à-dire jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle le décès de l'agent ou du retraité a été constaté), auprès du même assureur un contrat individuel leur garantissant, pour le ou les mêmes risques, des prestations d'un niveau similaire à celui assuré par le présent contrat, et ce dans les conditions légales et réglementaires (Loi Evin). Les conditions d'adhésion et tarifs sont ceux applicables audit contrat individuel. La garantie prendra effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion au contrat individuel par le gestionnaire.

## **6- Représentation des membres participants au sein des mutuelles co-assureurs**

Les membres participants, du fait de leur adhésion au présent contrat, sont représentés à l'Assemblée générale de la mutuelle apéritrice (MGEN), dans les conditions définies par les statuts de cette dernière.

## **7- Réticence ou fausse déclaration**

Les conditions d'exécution du contrat à l'égard des membres participant et de leurs ayants-droits sont basées sur les déclarations transmises par le souscripteur.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener les mutuelles co-assureurs à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité.

Les cotisations payées demeureront alors acquises aux mutuelles co-assureurs qui auront droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les mutuelles co-assureurs peuvent également exiger une augmentation des cotisations proportionnelle.

## **8- Devis et expertise à la demande des co-assureurs**

Qu'ils soient demandés par les mutuelles co-assureurs ou produits spontanément par le membre participant, les mutuelles co-assureurs se réservent le droit de soumettre les devis à l'examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

Les mutuelles co-assureurs peuvent également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive des mutuelles co-assureurs.

## **9- Prescription**

**Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

- **en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.**
- **en cas de réalisation du risque décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là**
- **quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre les Mutuelles co-assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.**

**Par dérogation aux dispositions précédentes, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail, garantie ouvrant droit au versement d'indemnités journalières au Membre participant.**

La prescription est portée à dix ans pour la garantie décès lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant. En tout état de cause, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par les mutuelles co-assureurs au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le membre participant aux mutuelles co-assureurs en ce qui concerne le règlement de la prestation.

*Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :*

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.

## 10- Subrogation des mutuelles co-assureurs

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, les mutuelles co-assureurs sont subrogées de plein droit au membre participant et au bénéficiaire victimes d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que les mutuelles co-assureurs ont exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique du membre participant et/ou bénéficiaire.

## 11- Réclamations – Médiation

En cas de contestation relative aux garanties, les réclamations doivent être formulées par le Membre Participant à la mutuelle :

- Par email : [sante.adherent@grassavoye.com](mailto:sante.adherent@grassavoye.com) ou via le formulaire de contact disponible sur l'espace personnel,
- Par téléphone au 03 66 33 98 87,
- Par courrier à l'adresse suivante :

**Gras Savoye Santé**  
**TSA 90411**  
**69 303 LYON CEDEX 07**

- En points d'accueil.

Si le membre participant ou ses ayants droit sont en désaccord avec la réponse ou la solution apportée par le Service Adhérents, ils ont la possibilité d'adresser une réclamation à la mutuelle à l'adresse suivante :

**MGEN– Direction Relation Adhérents / Réclamations**  
**3, square Max-Hymans**  
**75748 Paris Cedex 15**

**IMPORTANT** : Tout recours au service réclamation de la mutuelle doit avoir fait l'objet au préalable d'au moins un contact avec le Service Adhérents (premier niveau de réclamation).

Si le litige persiste malgré les échanges avec la mutuelle, ou si le membre participant ou ses ayants droit n'obtiennent pas de réponse dans le délai de douze jours calendaires, ils peuvent saisir le Médiateur dans un délai maximum d'un an à compter de sa réclamation.

La demande de médiation peut être formulée :

- par voie postale à l'adresse suivante :

**CNPM – MÉDIATION-CONSOMMATION**  
**27, avenue de la Libération**  
**42400 SAINT-CHAMOND**

- via le site <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

Attention : le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance.

Conformément aux dispositions de l'article 2238 du Code civil, la prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

## **12- Données personnelles**

Dans le cadre de leurs activités, les mutuelles co-assureurs réalisent différents traitements de données à caractère personnel vous concernant et concernant vos ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, d'assurer la gestion de votre dossier et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts, ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Les données sont destinées aux personnels habilités des mutuelles co-assureurs et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être

transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Dans certains cas, les mutuelles co-assureurs, pour utiliser vos données personnelles, doivent requérir votre consentement. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. MGEN apéritrice vous informera alors de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant. MGEN apéritrice vous informera alors et, si nécessaire, vous demandera votre consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

**Dès lors que vous retirez votre consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, vous ne pouvez alors plus bénéficier de cette prestation.**

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de ses données après votre décès.

Sans opposition de votre part, vos données personnelles pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par les mutuelles co-assureurs.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant votre signature, par courrier postal par courrier postal à l'adresse :

MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Protection des données Gestion CNIL – CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Les demandes peuvent également faites sur le site de la MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

Vous pouvez enfin, à tout moment, vous inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr/>.

Dans le cadre de leurs activités, les mutuelles co-assureurs réalisent différents traitements de données à caractère personnel vous concernant et concernant vos ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, d'assurer la gestion de votre dossier et d'organiser la vie institutionnelle relevant des statuts,

ainsi que pour répondre à des prescriptions réglementaires parmi lesquelles :

- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- la lutte contre la fraude ;
- les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Les données sont destinées aux personnels habilités des mutuelles co-assureurs et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Dans certains cas, les mutuelles co-assureurs, pour utiliser vos données personnelles, doivent requérir votre consentement. Il peut en être ainsi par exemple :

- lorsque les finalités mentionnées ci-dessus donnent lieu à une prise de décision automatisée produisant des effets juridiques le concernant ou l'affectant de manière significative. MGEN apéritrice vous informera alors de la logique sous-jacente ainsi que de l'importance et des conséquences prévues de ce traitement ;
- s'il est procédé à un traitement à des fins autres que celles décrites ci-avant. MGEN apéritrice vous informera alors et, si nécessaire, vous demandera votre consentement.

Lorsque le consentement a été donné, celui-ci peut être retiré à tout moment. Ce retrait ne compromet pas la licéité du traitement fondé sur le consentement effectué avant ce retrait.

**Dès lors que vous retirez votre consentement au traitement de données nécessaires à la prestation de service, vous ne pouvez alors plus bénéficier de cette prestation.**

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de ses données après votre décès.

Sans opposition de votre part, vos données personnelles pourront être utilisées pour des actions commerciales et pour l'envoi d'information sur les produits et services proposés par les mutuelles co-assureurs.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant votre signature, par courrier postal par courrier postal à l'adresse :

MGEN - Centre de gestion de la Verrière- Protection des données Gestion CNIL – CS 10601 La Verrière – 6 bis avenue Joseph Rollo – 78321 Le Mesnil Saint Denis Cedex. Contact DPO : MGEN – Data Protection Officer – 3 square Max Hymans 75748 PARIS Cedex 15.

Les demandes peuvent également faites sur le site de la MGEN à la page : <https://www.mgen.fr/mes-donnees>

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07, par courrier postal, en ligne en utilisant le formulaire disponible à l'adresse <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> ou par téléphone au +33 (0)1 53 73 22 22.

Vous pouvez enfin, à tout moment, vous inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr/>.

## TITRE II. COTISATION

### 13- Montant de la cotisation

Les cotisations sont fixées aux conditions particulières du contrat. Elles ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé, de la nature de l'emploi, et du sexe de l'assuré. Les cotisations des familles les plus nombreuses ne peuvent excéder celles prévues pour les familles comprenant trois enfants. La cotisation est due par tous les membres participants du souscripteur.

Son montant est établi sur la base des taxes connues à la date de son émission et est susceptible de modification en cours d'année en fonction de l'évolution de la réglementation fiscale et sociale. Toute taxe qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à charge du Souscripteur et payable en même temps que la cotisation.

Conformément au décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011. Le taux de cotisation peut évoluer en cas :

- d'aggravation de la sinistralité,
- de variation du nombre d'agents adhérents,
- d'évolutions démographiques,
- de modifications de la réglementation.

### 14- Paiement de la cotisation

#### a. Adhérents précomptés

Le paiement des cotisations s'effectue mensuellement.

Les cotisations sont prélevées sur les traitements des agents permanents à terme réel (ex : cotisation de janvier sur la paye de janvier). Les cotisations sont versées au gestionnaire des mutuelles dans un délai de **30 jours** suivant le dernier jour du mois, au titre duquel les prélèvements ont été effectués.

A cette fin, MGEN s'engage à établir des quittances ou des attestations d'appel de prime et les transmettre mensuellement à la Région Occitanie au plus tard le **20** du mois précédent, avec un fichier comprenant les informations nécessaires pour le calcul des précomptes.

#### b. Adhérents prélevés

Pour les agents en contrat à durée déterminée ayant au moins 3 mois d'ancienneté, pour les retraités et pour l'ensemble des ayants droit, les cotisations seront payées mensuellement à terme échu et seront versées directement par l'adhérent à l'organisme assureur.

De plus, concernant les agents en contrat à durée déterminée ayant au moins 3 mois d'ancienneté, le gestionnaire adressera à la Région, la liste des agents concernés avec le montant de la cotisation à acquitter.

#### c. Défaut de paiement des cotisations précomptées sur salaire

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour les mutuelles co-assureurs d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive du souscripteur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi par la MGEN au souscripteur, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, les mutuelles co-assureurs l'informent

des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

Les mutuelles co-assureurs ont le droit de résilier le contrat dix jours après le délai de trente jours mentionnés ci-dessus. Le contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi, que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Les frais médicaux engagés durant la période de suspension de la garantie ne donnent lieu à aucune prise en charge par les mutuelles co-assureurs.

#### **d. Défaut de paiement des cotisations prélevées sur compte bancaire**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, lorsque le souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

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

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement.

## **TITRE III. - GARANTIES**

### **15- Objet et montant**

La garantie a pour objet de servir des prestations en complément du régime Général de Sécurité sociale à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité, qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

L'étendue et le montant des garanties sont précisés aux Conditions Particulières : celles-ci peuvent prévoir la prise en charge de tous les frais qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement du régime français de la Sécurité sociale. Les Conditions Particulières précisent les modalités du remboursement complémentaire.

### **16- Définition des prestations**

Conformément à la législation en vigueur relative au panier de soins dit « minimal » et aux « contrats responsables », la présente garantie Frais de santé prend en charge :

– sous réserve des dispositions relatives aux équipements optiques et au dentaire, l'intégralité de la participation des assurés prévue à l'article R. 160-5 pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, y compris les prestations liées à la prévention, à l'exception de celle due au titre de la pharmacie remboursée à 30% et 15%, des spécialités et préparations homéopathiques et des frais de cures thermales, sauf si la prise en charge est expressément prévue dans le tableau des prestations inclus aux conditions particulières ;

– la participation forfaitaire pour les actes coûteux en ville et en hôpital, dont le tarif est égal ou supérieur

à 120 €, prévue par l'article R. 160-16 du Code de la sécurité sociale ;

– l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale, sans limitation de durée ;

– des garanties sur les équipements optiques complets (composés d'une monture et de deux verres) conformes à l'encadrement des tarifs prévus par les textes ;

– des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans le respect des minima et maxima (qui dépendent de la nature des verres) fixés par la législation, incluant le montant du ticket modérateur. Pour l'application des maxima, la prise en charge des montures de l'équipement est limitée à 100 euros maximum (incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire).

Les garanties s'appliquent, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans. Toutefois, pour les enfants de moins de 16 ans ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur complémentaire.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique et s'achèvent deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue). Lorsque le membre participant effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue).

Le reliquat de prestations non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

Pour les prestations « aides auditives », le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de délivrance quel que soit l'âge du bénéficiaire. Le niveau de prise en charge est limité par les conditions du contrat responsable à un plafond maximum de 1700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour les aides auditives hors panier 100% Santé (décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019).

## **17- Base de remboursement des prestations**

Les actes et prescriptions médicales ou chirurgicales antérieures à la date de prise d'effet des garanties ou dont la date de première proposition, de prescription ou d'exécution se situe avant la date de prise d'effet des garanties visées à l'article 2 du présent contrat, ne peuvent donner lieu à remboursement par les mutuelles co-assureurs.

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Les pourcentages indiqués dans les différents tableaux de prestations annexés à la présente notice sont exprimés par rapport au tarif de convention de la Sécurité sociale.

Les indemnités forfaitaires sont exprimées aux Conditions Particulières en euros.

## 18- Limite de remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre Participant ou des bénéficiaires, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale.

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.

## 19- Exclusions

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 160-13, II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13, III du Code de la sécurité sociale;
- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;
- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Par ailleurs, et sous réserve de respecter les obligations de garanties résultant de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables », ne peuvent donner lieu à remboursement les actes ou prescriptions non pris en charge par la sécurité sociale ou hors nomenclature, sauf s'ils sont prévus dans le tableau des prestations figurant aux conditions particulières du contrat.

## 20- Paiement des sommes assurées

### Formalités

Les demandes de prestations doivent être adressées au gestionnaire dans les deux ans suivant la date de règlement de la Sécurité sociale ou de notification de refus de celle-ci.

Ne sont transmises au gestionnaire que les demandes concernant les prestations prises en charge au titre du contrat.

### Echanges d'informations Noémie

Le gestionnaire a développé des échanges d'informations par télétransmission (norme Noémie) avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et autres organismes de gestion du régime obligatoire. Vous bénéficiez des traitements d'échanges informatisés entre le Gestionnaire et les organismes de gestion du régime obligatoire. Ces échanges vous dispensent de l'envoi au Gestionnaire des décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie, et ont pour objet d'accélérer les délais de remboursement.

Vous avez la possibilité de renoncer à ces échanges. Dans ce cas, vous devrez systématiquement adresser au Gestionnaire les décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie, auxquels devront être jointes les éventuelles factures acquittées.

### **Pièces justificatives**

En cas de besoin, le gestionnaire peut être amenée à demander les pièces justificatives suivantes :

- le décompte de Sécurité sociale (original ou dématérialisé-télétransmission Noémie) ou de tout autre organisme,
- les pièces demandées conformément aux règles applicables dans le réseau de professionnels de santé conventionnés avec la Mutuelle après accord de prise en charge pour les frais relatifs aux prestations conventionnelles en optique et audioprothèse,
- pour les frais dentaires, prothétiques et orthodontiques, l'original de la note d'honoraires nominative acquittée, détaillée et codifiée des actes mentionnant le numéro de dents concernés, ou un devis préalable dès lors qu'il a été accepté et que les soins réalisés en sont similaires en tous points,
- pour les frais d'optique en dehors du réseau Kalixia Optique des opticiens partenaires, l'original de la facture détaillée mentionnant les équipements d'optique délivrés, le prix, la marque, la codification des verres, de la monture ou des lentilles, ainsi que la date de délivrance,
- pour les prestations d'audioprothèse, en dehors du réseau Kalixia Audio des audioprothésistes partenaires, l'original de la facture nominative acquittée et détaillée du fournisseur précisant les équipements ou les prestations d'entretien et réparation délivrées, et mentionnant le prix, la marque, la codification ainsi que la date de délivrance, le numéro FINESS du centre d'audition et l'identification de l'audioprothésiste,
- pour l'hospitalisation (dont la chambre particulière), l'original de la facture nominative acquittée. Si le forfait Sécurité sociale est épuisé, la prestation médicale et l'ensemble des factures nominatives acquittées,
- pour le transport ou les cures thermales, l'ensemble des factures originales relatives aux frais engagés portant le détail des actes et prestations réalisés,
- consultations acupuncture, chiropractie, homéopathie, mésothérapie, micro kiné, ostéopathie, podologie, psychologie, sophrologie, étio-pathie, réflexologie, naturopathie: original de la facture nominative acquittée, portant l'identification professionnelle du praticien, son cachet, sa signature et son numéro ADELI, et précisant la date des séances ;
- pour les traitements nicotiques de substitution, l'ensemble des factures nominatives acquittées.

La mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce supplémentaire nécessaire au traitement du dossier.

## **TITRE IV. – GARANTIES ASSISTANCE**

En application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, les mutuelles co-assureurs ont souscrit un contrat collectif auprès de **Ressources Mutuelles Assistance (RMA)**, Union d'assistance régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, ayant son siège social 46 rue du Moulin – CS 32427 – 44124 VERTOU cedex, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro SIREN 444 269 682, en vue de faire bénéficier les membres participants des prestations d'assistance.

Ces prestations sont définies par la notice d'information rédigée par l'organisme d'assurance en charge du

service des prestations d'assistance.

Contrat coassuré par :

Mutuelle Générale de l'Education Nationale, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399, Siège social : 3 Square Max Hymans - 75748 PARIS cedex 15 ;

Mutuelle Nationale Territoriale, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 678 584. Siège social : 4, rue d'Athènes 75009 PARIS.

## ANNEXE : TABLEAU DE GARANTIES



### TABLEAUX DES GARANTIES SANTÉ 2022

Les prestations indiquées incluent la part de la Sécurité sociale. Les % sont appliqués sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). En cas d'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, la participation de la Mutuelle est réduite à due proportion.

SOINS COURANTS	RÉGIME N°1 sous déduction des prestations de la SS		RÉGIME N°2 sous déduction des prestations de la SS	
	<b>HONORAIRES MÉDICAUX</b>			
Consultations & Visites Généralistes	OPTAM : 130 % BR	Non OPTAM : 110 % BR	OPTAM : 170 % BR	Non OPTAM : 150 % BR
Consultations & Visites Spécialistes	OPTAM : 160 % BR	Non OPTAM : 140 % BR	OPTAM : 200 % BR	Non OPTAM : 180 % BR
Actes Techniques Médicaux	OPTAM : 150 % BR	Non OPTAM : 130 % BR	OPTAM : 200 % BR	Non OPTAM : 180 % BR
Actes d'Imagerie Médicale	OPTAM : 150 % BR	Non OPTAM : 130 % BR	OPTAM : 200 % BR	Non OPTAM : 180 % BR
Analyses Médicales et Examens de Laboratoires	100 % BR		OPTAM : 150 % BR	Non OPTAM : 130 % BR
<b>HONORAIRES PARAMÉDICAUX</b>				
Auxiliaires Médicaux & Sages-Femmes	100 % BR		100 % BR	
<b>TRANSPORT</b>				
Frais de transports	100 % BR		100 % BR	
<b>MATÉRIEL MÉDICAL</b>				
Autres prothèses (hors optique et aides auditives)	150 % BR		200 % BR	
<b>MÉDICAMENTS</b>				
Pharmacie	100 % BR		100 % BR	
Sevrage tabagique	Forfait complémentaire de 75 € / an		Forfait complémentaire de 100 € / an	
Vaccin antigrippal	100 % FR		100 % FR	
Autres vaccins	Forfait complémentaire de 50 € / an		Forfait complémentaire de 50 € / an	
Contraception prescrite et non remboursée	50 € / an		100 € / an	

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITÉ	RÉGIME N°1 sous déduction des prestations de la SS		RÉGIME N°2 sous déduction des prestations de la SS	
	Honoraires médicaux et chirurgicaux, Obstétrique et Anesthésie	OPTAM : 150 % BR	Non OPTAM : 130 % BR	OPTAM : 200 % BR
Frais de séjour	100 % BR		100 % BR	
Forfait journalier hospitalier	100 % FR		100 % FR	
Chambre particulière hors psychiatrie	30 € / jour		50 € / jour	
Chambre particulière en psychiatrie (max 30 jours)	15 € / jour		15 € / jour	
Lit d'accompagnement : enfant < 16 ans ou adulte > 70 ans ou handicapé	30 € / jour		50 € / jour	

DENTAIRE	RÉGIME N°1 sous déduction des prestations de la SS		RÉGIME N°2 sous déduction des prestations de la SS	
	<b>100 % SANTÉ</b> Soins et prothèses entrant dans le panier 100 % Santé	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un traitement et un tarif définis par les pouvoirs publics* 100 % FR		
Soins Dentaires	100 % BR		100 % BR	
Prothèse dentaire prise en charge par la Sécurité sociale	200 % BR		375 % BR	
Inlays / Onlays	200 % BR		250 % BR	
Implantologie	200 € / implant (max 2 implants / an)		300 € / implant (max 3 implants / an)	
Parodontologie	150 € / an		200 € / an	
Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	200 % BR		250 % BR	
Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	200 € / an		400 € / an	

## TABLEAUX DES GARANTIES SANTÉ 2022 (SUITE)

OPTIQUE <sup>(1)</sup>		RÉGIME N°1 sous déduction des prestations de la SS	RÉGIME N°2 sous déduction des prestations de la SS
100 % SANTÉ	<b>Équipements (monture et verres) entrant dans le panier 100 % Santé **</b>	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics * 100 % FR	
	Monture (plafond de prise en charge)	max. 100 €	max. 100 €
	Équipement : 1 monture avec 2 verres unifocaux (simples et/ou complexes)	150 €	200 €
	Équipement : 1 monture avec 1 verre unifocal et 1 verre multifocal	250 €	300 €
	Équipement : 1 monture avec 2 verres multifocaux (simples ou complexes)	350 €	400 €
	Forfait Lentilles remboursées et non remboursées par la Sécurité sociale (au-delà du forfait prise en charge à hauteur du ticket modérateur pour les lentilles remboursées par la Sécurité sociale)	100 € / an	200 € / an
	Chirurgie réfractive	350 € / œil / an	450 € / œil / an

AIDES AUDITIVES <sup>(2)</sup>		RÉGIME N°1 sous déduction des prestations de la SS	RÉGIME N°2 sous déduction des prestations de la SS
100 % SANTÉ	<b>Aides auditives entrant dans le panier 100 % Santé ***</b>	<b>Remboursement total de la dépense engagée</b> Pour un équipement et des tarifs définis par les pouvoirs publics * 100 % FR	
	Prothèses auditives (audioprothèse, entretien et réparation) Prise en charge à minima à hauteur du ticket modérateur	800 € / prothèse	900 € / prothèse
	Piles auditives/accessoires et frais d'entretien (si épuisement du forfait)	100 % BR	100 % BR

BIEN ÊTRE		RÉGIME N°1 sous déduction des prestations de la SS	RÉGIME N°2 sous déduction des prestations de la SS
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale : soins + transports + hébergement		100 % BR	100 % BR
Médecine Douce : acupuncture, chiropractie, homéopathie, mésothérapie, micro kiné, ostéopathie, podologie, psychologie, sophrologie, étiothérapie, réflexologie, naturopathie		20 € / séance (max 3 / an)	30 € / séance (max 3 / an)

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels  
\* Tel que défini réglementairement.

\*\* Pour les mutualistes de moins de 6 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de 6 mois à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique et 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.

\*\*\* Pour les mutualistes de 6 ans à moins de 16 ans : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période d'un an à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique.

Pour les mutualistes de 16 ans et plus : remboursement limité à l'achat d'un équipement composé d'une monture et de deux verres par période de deux ans à compter de la date de facturation du dernier élément de l'équipement optique. Par dérogation, cette période est réduite à un an en cas de

renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. De plus, il est prévu d'autres cas dérogatoires aux périodes sus mentionnées pour l'achat de verres uniquement lorsque l'évolution de la vue est liée à des situations médicales particulières. La justification de l'évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription médicale initiale comportant les mentions d'adaptation portées par l'opticien. Afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.  
Le remboursement total pour un équipement composé d'une monture et de deux verres, est garanti au minimum à hauteur des plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dans la limite des frais réels engagés.  
\*\*\* Le remboursement est limité à l'achat d'une aide auditive par oreille tous les 4 ans à partir de la date de facturation quel que soit l'âge du mutualiste.