



L'ÉCHANGE, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ

NOTICE D'INFORMATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

“ La Santé en entreprise,
c'est une volonté mutuelle ”

Siège social : 6 rue Galilée - Parc A10 Sud
41260 La Chaussée Saint-Victor
Tél. : 02 54 56 41 41 - Fax : 02 54 56 41 49



www.mutuale.fr

Mutuale soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et régie par ce code sous le numéro INSEE 775 369 887. Mutuelle soumise au contrôle de l'A.C.P.R. - 4 place de Budapest, CS 92459 75 436 Paris Cedex 09. Crédit photo : istock



Mutuale



AFNOR Cert. 10103
mutuelle



Confirmé ★★
AFNOR CERTIFICATION

CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE

Table des matières

NOTICE D'INFORMATION	2
Bénéficiaires :	5
Obligations et modalités d'adhésion	6
Maintien des garanties au titre de l'article 6 de la loi evin	6
Modalités de prise en charge et formalités a accomplir :	6
Nullités - déchéances –exclusions - limitations de garantie :	7
Prescription :	9
Subrogation :	9
Informations pratiques :	10
Réclamations et médiation :	10
Informatique et liberté :	11
Cessation des garanties	12
Résiliation infra annuelle	12
Autorité de contrôle :	12
Vente à distance	12
Dénonciation de l'adhésion	13
Conditions de versement de l'allocation obsèques (pour les contrats comportant la prestation)	13
Conditions de versement de l'allocation natalite (pour les contrats comportant la prestation)	14
Contrôle médical	14
Assistance vie quotidienne :	15
Œuvres sociales :	15
Contacts :	15
Prestations – cotisations :	16

NOTICE D'INFORMATION

MUTUALE est une Mutuelle régie par le code de la Mutualité, elle est à but non lucratif, dans ce cadre, en tant qu'adhérent, vous pouvez participer à la vie de la Mutuelle.

Le contrat groupe facultatif a pour objet de vous faire bénéficier d'une couverture, frais de santé, c'est-à-dire de compléter le remboursement des frais médicaux ou chirurgicaux effectué par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire. Les frais qui ne seraient pas pris en charge ne donneront lieu à aucun remboursement sauf, le cas échéant, pour certaines prestations prévues par le tableau des garanties.

Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par l'organisme obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle. La mutuelle rembourse le ticket modérateur et verse les éventuels forfaits sur justificatifs.

La mutuelle a souscrit un contrat collectif « natalité » et « obsèques » pour les adhérents bénéficiaires de ces garanties auprès de la Mutuelle Générale de Prévoyance, organisme assureur de ces risques. De ce fait les adhérents sont également membres de la Mutuelle Générale de Prévoyance, immatriculée à l'INSEE sous le n° 337 682 660, siège social 39 rue du Jourdil 74960 CRAN GEVRIER.

Les garanties du présent contrat sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire et pourront être traduites sous forme de forfait compte tenu de la mise en place par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie de la Classification Commune des Actes Médicaux.

Les prestations et les dispositions du contrat s'inscrivent dans le cadre de la législation et de la réglementation relatives aux « contrats responsables », définies aux articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ces garanties sont susceptibles d'évoluer en fonction des dispositions légales et réglementaires précitées et ce, afin de conserver le bénéfice des avantages sociaux et fiscaux accordés à ce type de contrats.

Le présent contrat d'assurance est qualifié de contrat solidaire et responsable.

Par « solidaire » : on entend un contrat dont l'adhésion des adhérents n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de ces derniers.

Par « responsable » : on entend un contrat qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

A ce titre, et sous réserve des évolutions légales ou réglementaires, le présent contrat ne prend pas en charge :

- ✦ **la majoration du ticket modérateur appliquée au patient qui consulte un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans la coordination de ce dernier conformément à l'article L162-5-3 du code de la Sécurité Sociale,**
- ✦ **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,**
- ✦ **la participation forfaitaire sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses, mentionnée au II de l'article L 160-13 du Code de la Sécurité sociale,**
- ✦ **la majoration prévue à l'article L.1111-15 du code de la Sécurité Sociale,**
- ✦ **la franchise appliquée sur les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes d'auxiliaires médicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation) et le transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence conformément à l'article L160-13 III.**

En revanche, le présent contrat prend en charge :

- ↙ l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, à l'exception en principe des frais de cure thermale, des médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré et l'homéopathie, qui peuvent être expressément pris en charge par la garantie souscrite,
- ↙ la participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16. I du Code de la Sécurité sociale,
- ↙ le forfait journalier des établissements hospitaliers mentionné à l'article L174-4 du Code de la Sécurité sociale sans limitation de durée,
- ↙ les dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé. Si le contrat le prévoit, cette prise en charge s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé minoré d'un montant au moins égal à 20 % de la base de remboursement,
- ↙ Des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
- ↙ les frais de soins dentaires prothétiques et de soins d'orthopédie dentofaciale autres que ceux mentionnés ci-dessus à hauteur d'au moins 100% des tarifs servant de base au calcul des prestations (couramment dénommé tarif de responsabilité ou tarif opposable),
- ↙ Les dépenses d'acquisitions des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :
 - ✓ à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 (CLASSE A), la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
 - ✓ si la garantie choisie par le membre participant, l'entreprise ou la personne morale souscriptrice comporte la couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1° pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée (CLASSE B) et dans le respect des obligations de prises en charge définies par le contrat responsable (planchers et plafond) ci-dessous :

a) Au minimum à 50 euros et maximum à 420 euros dans les cas suivants :	<ul style="list-style-type: none">- par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;- par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;
---	--

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 560 euros	par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;
c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 700 euros dans les cas suivants :	<ul style="list-style-type: none"> - par équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - par équipement à verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries ;
d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros	- par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros	- par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros	<ul style="list-style-type: none"> - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - par équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Ces minima et maxima par équipement exprimés s'entendent y compris remboursement de l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré.

Lorsque cet équipement (de classe B) comporte des verres différents qui appartiennent à une même catégorie a c ou f définies ci-dessus, les montants minimum et maximum de prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'équipement sont ceux afférents à cette catégorie.

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture de classe B est limitée à 100 euros (Régime Obligatoire et Participation de l'assuré inclus).

L'assuré peut faire le choix d'un équipement composé de deux verres d'une part, et d'une monture d'autre part, appartenant à des classes différentes de prise en charge (Classe A et Classe B).

Ces garanties s'appliquent aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

La prestation d'appairage n'est pas remboursable pour les équipements de classe B.

- ✎ Des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
 - ✓ **A hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;**
 - ✓ **Si la garantie choisie par le membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'assuré en sus de la participation mentionnée au 1^o pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée : au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1^o pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.**

Ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

Les interdictions et obligations de couverture énumérées ci-dessus revêtent un caractère indicatif à la date de signature du contrat ; elles peuvent par la suite être modifiées pour demeurer en tous points conformes aux dispositions de l'article L 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et de ses décrets d'application.

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

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

Les taux de remboursements des frais de consultations et de visites de médecins non-conventionnés sont ceux appliqués aux frais de consultations et de visites de médecins conventionnés.

La présente notice est destinée à vous informer sur les garanties souscrites par votre association.

La cotisation Mutuelle est prélevée mensuellement sur votre compte bancaire ou payable par chèque, selon l'échéancier fixé par la Mutuelle.

MUTUALE est une Mutuelle régie par le code de la Mutualité, elle est à but non lucratif, dans ce cadre, en tant qu'adhérent, vous pouvez participer à la vie de la Mutuelle.

Bénéficiaires :

Le membre souscripteur dit chef de dossier ainsi que ses ayants droits affiliés au contrat peuvent être bénéficiaires des prestations définies dans les Conditions Particulières du contrat.

Dans un cadre général, les ayants droit sont définis tels que ci-dessous (en cas de contradiction, les dispositions réglementaires et contractuelles prévalent) :

- Le conjoint, le partenaire pacsé ou le concubin tel que défini à l'article 515-8 du code civil,
- Les enfants jusqu'à 25 ans inclus sans justificatifs (âge de l'enfant au 1^{er} janvier de l'année de cotisation concernée),
- L'enfant adulte handicapé sans limite d'âge sur présentation du justificatif prouvant le handicap,
- Les ascendants à charge fiscale.

Toutes modifications d'adresse, de bénéficiaires ... doivent être signalées la mutuelle.

L'adhésion s'effectue sans délai de carence, ni questionnaire médical

Obligations et modalités d'adhésion

L'affiliation du membre participant ne pourra produire ses effets que dans la mesure où celui-ci remplit et signe un Bulletin Individuel d'Adhésion qui lui est remis, via la personne morale signataire, ou par la Mutuelle.

En outre, chaque membre participant est tenu, pour bénéficier des prestations définies au contrat, de fournir à la Mutuelle toute déclaration et justificatifs nécessaires.

a) Lors de la souscription,

Le membre participant devra adresser un Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé accompagné d'une photocopie de l'attestation du régime obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire pour l'enregistrement du dossier par MUTUALE et de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'adhésion.

b) En cours d'exercice

Le membre participant devra adresser à la Mutuelle un bulletin d'affiliation dûment rempli, accompagné d'une photocopie de l'attestation du régime obligatoire, d'un relevé d'identité bancaire pour l'enregistrement du dossier par MUTUALE et de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'adhésion.

Ces éléments doivent être transmis à la Mutuelle dans les plus brefs délais. Les adhésions sont enregistrées à la date de réception du dossier complet.

L'adhésion est immédiate, elle n'est soumise à aucune sélection médicale ou exclusion liée à une pathologie antérieure à la date de prise d'effet du contrat.

Maintien des garanties au titre de l'article 6 de la loi evin

Sous réserve d'en faire la demande à la Mutuelle, les membres participants peuvent continuer à bénéficier de garanties identiques à titre individuel, moyennant le paiement de cotisations spécifiques dans les cas suivants :

- en cas de cessation de l'affiliation,
- en cas de résiliation ou non renouvellement du présent contrat.

La Mutuelle proposera aux membres participants de souscrire à un contrat individuel.

La Mutuelle ne serait en aucun cas responsable d'un défaut d'information des membres participants quant au maintien.

La nouvelle garantie prend effet au plus tard le lendemain de la demande.

Modalités de prise en charge et formalités à accomplir :

◆ La gestion des remboursements est effectuée par télétransmission automatique de vos décomptes Sécurité Sociale ou de tout autre organisme obligatoire à votre mutuelle (système NOEMIE).

Toutefois, l'adhérent a la possibilité de renoncer à la télétransmission en informant par écrit la mutuelle.

Dans ce cas, vous devrez adresser les décomptes Sécurité Sociale ou de tout autre organisme obligatoire à la mutuelle pour bénéficier du remboursement complémentaire.

Pour certains actes médicaux, y compris ceux traités par télétransmission, des informations complémentaires sont à adresser à votre mutuelle : notes d'honoraires, factures originales acquittées (détaillées et justifiant des frais réels), acte de naissance, bulletins de décès...

◆ Le suivi de vos remboursements :

Vous pouvez suivre vos remboursements sur Internet grâce à l'espace adhérent mis à votre disposition sur le site www.mutuale.fr.

◆ **Conditions de changement d'option (En cas de contradiction, les dispositions contractuelles prévalent) :**

→ **Possibilité de changer d'option après au moins un an de présence dans la garantie actuelle, à compter du 1^{er} janvier de chaque année. La demande doit être adressée un mois avant la prise d'effet. Un nouveau bulletin d'adhésion sera signé.**

Aucune limite d'âge n'est fixée pour solliciter un changement d'option.

◆ Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM/OPTAM-CO) : Ces dispositifs prennent aujourd'hui la forme de deux options de pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM-Co) qui sont des options ouvertes à certains médecins par la convention avec l'assurance maladie obligatoire pour les accompagner dans la limitation des pratiques excessives de dépassement d'honoraires. En adhérant à cette option, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention.

L'option de pratique tarifaire maîtrise (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et à certains médecins de secteur 1 (les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013).

L'option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co), est ouverte aux médecins de secteur 2 et à certains médecins de secteur 1 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en soutenant une part substantielle d'activité à tarif opposable par l'amélioration du niveau de remboursement par l'assurance maladie obligatoire et la limitation des dépassements d'honoraires.

En outre, lorsqu'ils prennent en charge les dépassements d'honoraires, les contrats de complémentaire santé, responsables doivent mieux rembourser les dépassements d'honoraires d'un médecin adhérent à l'Optam ou à l'Optam-Co que ceux d'un médecin non adhérent. En outre, un maximum de remboursement des dépassements d'honoraires est introduit pour les médecins non adhérents à l'Optam ou l'Optam-Co.

Nullités - déchéances –exclusions - limitations de garantie :

◆ **Nullités : Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.**

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

◆ Déchéances :

1) Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle adresse un courrier de mise en demeure à la personne morale effectuée par pli recommandé l'informant que la garantie sera suspendue à défaut de règlement dans les 30 jours.

MUTUALE sera en droit de résilier le contrat passer un nouveau délai de 10 jours sans régularisation.

Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par la personne morale est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

2) Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, la personne morale n'assure pas le précompte des cotisations, toute échéance impayée au titre du mois M entraîne une lettre de relance émise le 15 du mois M.

A défaut de régularisation de la cotisation, une mise en demeure au 15 du mois M+1 est envoyée entraînant l'exclusion du membre participant à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant la mise en demeure en l'absence de régularisation.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé des conséquences du défaut de paiement des cotisations, à savoir son exclusion.

Après la mise en demeure et la radiation, la Mutuelle mettra tout en œuvre pour procéder au recouvrement des cotisations restant dues, soit par ses propres moyens, soit en faisant appel à des prestataires extérieurs qui se chargeront, pour son compte, de la gestion du contentieux.

La procédure prévue au 1. est applicable à la personne morale qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au 1. et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

◆ Exclusions :

Sont exclues les prestations qui interviendraient au titre :

- ✓ **Des frais inhérents, ou étant les conséquences de maladies professionnelles, accidents du travail ou trajet à l'exclusion du forfait journalier hospitalier et les actes non remboursés par la sécurité sociale et prévus au contrat qui devront être pris en charge,**
- ✓ **Des traitements de cures de rajeunissement et d'esthétiques non pris en charge par le Régime Obligatoire,**
- ✓ **Des longs séjours en gériatrie conformément aux limites et exclusions fixées aux tableaux de garanties.**

Dans le cas où la Mutuelle ferait l'avance des prestations au titre des cas énoncés ci-dessus, et des accidents de la circulation, elle recourra à toutes actions auprès du membre participant, tiers responsables ou organismes pour le recouvrement des frais supportés.

- ◆ **Limitations de garantie :** Les prestations garanties par ledit régime seront servies conformément aux conditions générales et particulières du contrat.

Ce contrat a pour objet principal de compléter le remboursement des frais médicaux ou chirurgicaux effectué par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire.

Les frais qui ne seraient pas pris en charge par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire ne donneront lieu à aucun remboursement sauf, le cas échéant, pour certaines garanties déterminées par les conditions particulières.

Seuls seront pris en charge les frais médicaux ou chirurgicaux effectués postérieurement à la date de prise d'effet du contrat applicable aux salariés.

Pour les soins à caractère successifs engagés antérieurement, et faisant l'objet d'un remboursement à date unique de la sécurité sociale ou tout autre organisme obligatoire, un justificatif devra être produit stipulant le calendrier des soins et leurs montants.

En aucun cas, les prestations servies en application du présent contrat ne pourront, en s'ajoutant à celles de même nature qui seraient servies par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme obligatoire, permettre à l'intéressé de recevoir des sommes supérieures à la dépense réellement engagée.

- ◆ **Forclusion :** Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs devront, sous peine de forclusion, être produites dans un délai maximal de 24 mois à compter de la date des soins.

Prescription :

Toutes actions dérivant des opérations régies par la présente notice sont prescrites par 24 mois à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2. En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à 10 ans lorsque le bénéficiaire n'est pas le membre participant (garantie obsèques et décès) et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

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

Subrogation :

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du même Code, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(ent) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

Informations pratiques :

Sont mis à disposition des adhérents leur code d'accès à internet pour leur espace individuel et leur carte d'adhérent. Les statuts et règlements de MUTUALE et de la Mutuelle Familiale des Œuvres Sociales sont disponibles et consultables sur leur espace adhérent.

Vous bénéficiez de tous les services soit :

- La télétransmission directe des décomptes entre les caisses de Sécurité Sociale et la mutuelle.
- Le tiers payant avec des professionnels de santé au niveau national (hospitalisation, pharmacie), ainsi que des accords de conventions locaux qui sont passés avec les professionnels de santé sur leur demande ou celle des adhérents.
- La possibilité de présenter des dossiers de demandes exceptionnelles à la commission de fonds sociaux pour des frais inhérents à la maladie et à ses conséquences.
- une information Mutualiste avec magazines et les journaux prévus à cet effet vous sera adressée personnellement à votre domicile.

Réclamations et médiation :

Pour toute réclamation et notamment celles relatives aux bulletins d'adhésion, règlement et contrat, l'adhérent ou le bénéficiaire envoie par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

MUTUALE
Service réclamation
6 rue Galilée Parc A10 Sud
41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR

Tél. 02 54 56 41 41 (appel non surtaxé)

A compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accuse réception ou apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrables. Et dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait être fournie dans ce délai, la Mutuelle adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra être apportée à la réclamation sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si le désaccord persiste à l'issue de la procédure de réclamation et après épuisement des voies de recours internes, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur interne de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

MUTUALE
Service Médiation
6 rue Galilée Parc A10 Sud
41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR

Le dossier sera transmis au médiateur pour examen. Ce dernier a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans un délai de deux semaines suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

Et si le désaccord persiste toujours à l'issue de la première procédure de médiation, l'adhérent ou le bénéficiaire pourra saisir le médiateur externe de la Mutuelle, désigné en Conseil d'Administration, en envoyant son dossier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur
39 rue du Jourdil
74960 Cran Gevrier
Email : mediation@mutuelles-entis.fr

Le médiateur externe a la possibilité d'interroger l'une ou l'autre des parties au litige.

Il rendra sa réponse, en toute indépendance, dans les meilleurs délais suivant réception du dossier.

Si la demande est plus complexe et demande la fourniture de renseignements supplémentaires, le médiateur envoie sous quinze jours une demande à la partie concernée et en informe la deuxième partie. En ce cas il rendra sa réponse définitive par courrier aux deux parties sous un nouveau délai de quinze jours suivant la demande de complément d'informations.

Les adhérents peuvent saisir le service prévu pour le traitement de la médiation, sans préjudice pour eux d'intenter une action en justice.

Informatique et liberté :

Les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par Mutuale conformément à la loi n°78-17 Informatiques et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données, 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et de gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire des obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement, l'exécution contractuelle, les obligations légales et l'intérêt légitime de la Mutuelle.

Ces données peuvent être destinées aux salariés de la Mutuelle en charge de la préparation et de la gestion des adhésions, de l'exécution des contrats, de la prospection commerciale, des organismes de Sécurité Sociale, des professionnels de santé, des sous-traitants, partenaires, réassureurs, coassureurs, services et autorité de contrôle de la Mutuelle ainsi qu'à l'administration fiscale, sociale et aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

Vos données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité de leur recueil et de leurs traitements. Les données utilisées à des fins de prospections commerciales sont conservées pendant une durée de trois ans à compter de leur collecte par la Mutuelle ou du dernier contact émanant du prospect. Les données nécessaires à l'exécution des contrats sont conservées pendant toute la durée de l'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux applicables à l'activité de la Mutuelle.

Vous et vos ayants droit disposez d'un droit d'accès et de communication, de limitation du traitement de vos données, d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit à la portabilité, d'un droit de rectification avec possibilité de compléter, mettre à jour, ou verrouiller, et d'un droit de modification et de suppression des données vous concernant. Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier à l'adresse suivante : Mutuale – 6 rue Galilée Parc A10 Sud – 41260 La Chaussée Saint Victor.

La Mutuelle vous répondra dans un délai d'un mois maximum sauf demandes complexes.

Vous bénéficiez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenay – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

Cessation des garanties

Les garanties du Contrat cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations, à l'issue de la procédure prévue au paragraphe « Défaut de paiement des cotisations » des Conditions Générales du contrat ;
- en cas de désaccord entre les parties sur les augmentations proposées par la mutuelle et prévue à l'article 11 des Conditions Générales,
- à la date d'effet de la perte de la qualité de membre de la Personne Morale sauf en cas de maintien des garanties à titre individuel,
- à la date à compter de laquelle le membre participant ne remplit plus les conditions requises pour adhérer au contrat ou de passage dans une catégorie de bénéficiaires non visée par les conditions particulières ;
- et en tout état de cause, à la date de résiliation du Contrat ou du décès du membre participant.

Seuls les frais médico-chirurgicaux dont la date des soins figurant sur les décomptes de Sécurité sociale est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties, pourront être pris en charge.

Résiliation infra annuelle

En application des dispositions de l'article L.221-10-2, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment à compter de la première année d'adhésion à la garantie sans frais, ni pénalités, en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3. Tout changement d'option ou de garantie fait courir un nouveau délai de 12 mois. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Autorité de contrôle :

Les garanties proposées par la mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. L'autorité chargée du contrôle de la mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise **4 Place de Budapest. CS 92459. 75436 PARIS CEDEX 09**

Vente à distance

Conditions applicables en cas de vente à distance :

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat.

Modèle de lettre de renonciation à adresser en RAR à la mutuelle en cas de vente à distance :

« Messieurs,

En application de l'article 221-18 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ..., le cachet de la poste faisant foi.

Cette rétractation prend effet à la date prévue au contrat.

Veillez agréer,.... / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

Conditions applicables en cas de démarchage :

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 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.

Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, le membre participant ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle ou l'union est tenue de rembourser au membre participant le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle ou à l'union si le membre participant exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement ou du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

L'exercice de ce délai de renonciation s'effectuera, sous peine de nullité, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle ci-après.

Modèle de courrier de rétractation à adresser en RAR à la mutuelle en cas de démarchage à domicile :

« Messieurs,

En application de l'article L221-18-1 du Code de la Mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties souscrites à mon domicile en date du.....

Cette rétractation prend effet à la date de signature du contrat d'adhésion.

Veillez agréer,..... / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

Dénonciation de l'adhésion

Le membre participant peut dénoncer son adhésion tous les ans en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

En outre en application des dispositions de l'article L.221-10-2, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment à compter de la première année d'adhésion à la garantie sans frais, ni pénalités, en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3. Tout changement d'option ou de garantie fait courir un nouveau délai de 12 mois. La résiliation prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

Par ailleurs, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de la modification de des droits et obligations.

Conditions de versement de l'allocation obsèques (pour les contrats comportant la prestation)

Il est inséré au contrat le présent article rédigé comme suit :

La Mutuelle pourra accorder à ses adhérents une allocation obsèques dont le montant varie en fonction de la garantie souscrite.

Pour tous les bénéficiaires au contrat, y compris les enfants de moins de 12 ans, cette allocation sera versée dans la limite des dépenses engagées et sera accordée sans période de stage.

Pour un « enfant présentement sans vie », la mutuelle versera une allocation obsèques sur présentation de justificatifs.

Conditions de versement :

- Le versement pourra être alloué sur justificatifs toute personne ayant supporté les frais d'obsèques.
- En cas de convention entre un ou plusieurs organismes funéraires et la Mutuelle, celle-ci versera directement l'allocation aux organismes funéraires dans la limite du forfait et dans la limite des dépenses engagées. La famille payera le supplément dépassant le montant du forfait le cas échéant.
- Dans le cas où un Notaire est en charge de la succession, la famille devra transmettre à la Mutuelle les coordonnées de celui-ci. L'allocation lui sera alors versée sur justificatifs (cf. ci-dessous).
- Si les frais d'obsèques ont été acquittés via un compte bancaire ouvert au nom du défunt, le montant de l'allocation obsèques sera versé au notaire en charge de la succession ou à défaut à ses ayants-droit, dans la limite des frais engagés pour les obsèques et du montant disponible. Une attestation de porte fort sera demandée en cas de pluralité d'ayants droit et un certificat d'hérédité si un Notaire n'a pas été désigné.

Les pièces justificatives à fournir sont :

- l'extrait d'acte de décès,
- la facture acquittée des frais d'obsèques mentionnant l'identité de la personne ayant réglé.

Conditions de versement de l'allocation natalité (pour les contrats comportant la prestation)

Selon les dispositions contractuelles, la mutuelle en cas de maternité ou d'adoption ou de paternité, pourra accorder un forfait par adhérent chef de dossier sur présentation d'un bulletin de naissance ou d'adoption dans les 6 mois.

En cas de naissances multiples, il pourra être payé un forfait naissance pour chaque enfant né viable.

Pas d'allocation natalité pour les « enfants » présentement « sans vie ».

En cas d'adoption : attribution de l'allocation natalité / adoption si l'enfant adopté a moins d'un an.
Le droit au forfait naissance est ouvert sans délai de stage.

Contrôle médical

Nous pouvons effectuer un contrôle pour toute demande de prestations notamment pour les garanties dentaire ou optique, avant ou après le paiement des prestations.

Nous pouvons avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de notre choix, dont les honoraires sont à notre charge. Si le membre participant refuse de se soumettre à cette expertise, la prise en charge des actes, prescriptions et généralement de toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise, sera suspendue.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, le membre participant devra adresser à notre médecin conseil ou dentiste consultant, dans les trente jours suivant la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise 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 la résidence de l'assuré, sur requête de la partie la plus diligente.

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

Assistance vie quotidienne :

MUTUALE ASSISTANCE
24 heures / 24 - 7 jours / 7
108 Bureaux de la Colline - 92213 SAINT CLOUD

N°Cristal ☎ 09 69 32 03 77 (appel non surtaxé)

*Prestations d'Assistance Santé assurées et gérées par
FILASSISTANCE INTERNATIONAL*

*SA au capital de 4.100.000€
Entreprise régie par le code des assurances
immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689
Siège social : 108 Bureaux de la Colline 92213 SAINT CLOUD*

Œuvres sociales :

MUTUELLE FAMILIALE DES ŒUVRES SOCIALES

Sur présentation de la carte d'assuré social et de la carte de la Mutuelle,
les adhérents ont des droits ouverts à la Mutuelle Familiale des Œuvres sociales:

Soumise aux dispositions du livre III du code de la mutualité et régie par ce code sous le numéro INSEE 442 609 897

• **CENTRES OPTIQUES**

COMPTOIR VISUEL	181 rue des Perrières à St GERVAIS LA FORET	☎ 02 54 78 04 40
COMPTOIR VISUEL	9 rue Georges Clémenceau à ROMORANTIN	☎ 02 54 76 33 80
COMPTOIR VISUEL	1 rue du Général de Gaulle à VENDOME	☎ 02 54 73 11 59

• **CENTRES MUTUALISTES DE SANTE DENTAIRE**

8 rue Galilée Parc A10 Sud à LA CHAUSSEE ST VICTOR	☎ 02 54 78 04 46
2 bis rue de la Résistance à ROMORANTIN	☎ 02 54 76 90 77
22 rue Marcel Proust à VENDOME	☎ 02 54 89 01 01

Contacts :

<u>CONTACT</u>	<u>COORDONNEES</u>
SIEGE SOCIAL	
SIEGE SOCIAL – LA CHAUSSEE ST VICTOR	6 rue Galilée - Parc A10 Sud 41260 LA CHAUSSEE ST VICTOR
SERVICE RELATION ADHERENTS	
SERVICE RELATION ADHERENT	Téléphone : 02 54 56 41 41 Courriel : contact@mutuale.fr
SERVICE GESTION	
GESTION INDIVIDUEL	Courriel : service.gestion@mutuale.fr
SERVICE PRESTATIONS	Courriel : service.prestation@mutuale.fr

Bureaux d'accueil

<u>AGENCES</u>	<u>COORDONNEES</u>
AUVERGNE	
MONTLUCON	73, Avenue de la République
MOULINS	87 Rue d'Allier
VICHY	30 Boulevard Gambetta
BRETAGNE	
LORIENT	72 Rue Lazare Carnot
PLESCOP	1 Rue Marguerite Perey
CENTRE	
BLOIS	26 Avenue de Verdun
BOURGES	11 Avenue du 11 Novembre 1918
ROMORANTIN	4 Rue de la Tour
SAINT GERVAIS LA FORET	129 Route Nationale
TOURS	13/15 Rue Marceau
VENDOME	43 Rue du Change
HAUT DE FRANCE / NORMANDIE	
ABBEVILLE	18 Place Max Lejeune
AMIENS	16 Rue jean Catelas
CALAIS	34 Place d'Armes
GRAND COURONNE	8 Chemin de l'Antenne

Prestations – cotisations :

Vous trouverez les prestations, fiche Ipid et les cotisations en annexe 1, 2 et 3.

ANNEXE 4 : Pièces justificatives pour le versement des prestations

Cette liste est donnée à titre indicatif et ne saurait être considérée comme exhaustive. La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes autres pièces justificatives qu'elle juge nécessaires pour le déblocage des prestations. Il est expressément précisé qu'en cas de mise en œuvre du tiers payant, la fourniture des pièces justificatives ne sera nécessaire et sera attendue du Régime Obligatoire

PRESTATIONS	PIECES JUSTIFICATIVES
OPTIQUE *	
Monture et Verres	Ordonnances / facture de l'équipement / décompte ou flux
Lentilles prises en charge par le Régime Obligatoire	Facture lentilles si dépassements
Lentilles non prises en charge par le Régime Obligatoire	Facture lentilles
Chirurgie réfractive	Facture de l'intervention
MEDECINES DOUCES	
Médecines douces prévues par la garantie	Facture : Nominative détaillée par type de spécialité datée, acquittée et tamponnée (si ce n'est pas le cas vérification web)
CURES THERMALES	
La cure	Facture détaillée de l'établissement
L'hébergement	
Le transport	
PHARMACIE	
Pharmacie remboursée	Flux ou décompte ou Facture détaillée si règlement uniquement du Ticket Modérateur
Pharmacie non remboursée	Ordonnance plus factures acquittées
Contraceptions	Ordonnances plus factures acquittées selon les cas
DENTAIRE	
Soins, actes chirurgicaux, inlays onlays, parodontologie remboursés	Décompte ou flux et/ ou facture
Prothèses remboursées / Inlays core	Décompte ou flux plus facture précisant les numéros de dents
Actes dentaires non remboursés	Facture avec CODE CCAM à spécifier <u>obligatoirement, si pas de code ccam : refus remboursement.</u>
Orthodontie	Décompte ou Flux et/ou Facture
MATERIEL MEDICAL	
Appareillages divers et prothèses médicales autres	Flux/décompte et facture acquittée du dépassement
Prothèses capillaires ou mammaires	
Fauteuil roulant, lit médicalisé	

HOSPITALISATION

Frais de séjour	Facture acquittée par l'adhérent ou Prise en charge /facturation établissement
Dépassement d'honoraires	Flux et/ou bordereau de facturation détaillé et/ou reçu d'honoraires
Chambre particulière	Facture détaillée distinguant le prix de la chambre et les frais annexes
Frais d'accompagnement	Facture acquittée et bulletin de situation de la personne hospitalisée

PREVENTION

Prévention obligatoire	Flux et Facture acquittée
Forfait sport	Facture nominative détaillée et acquittée ou présentation d'une licence sportive ...
Atelier Prévention	Facture de l'atelier, facture transport

GARANTIES INDUITES

Allocation obsèques	Facture acquittée et acte de décès
Allocation naissance ou adoption	Acte de naissance
Allocation Nuptialité	Acte de mariage
Accident TNS	Facture acquittée Rapport légal d'accident

AIDES AUDITIVES

Prothèses	Flux ou décompte ou facture
Accessoires	

**En fonction du remboursement demandé (deux équipements visions de près et de loin, renouvellement anticipé à la suite d'une pathologie ou d'une évolution de la vue), la Mutuelle se réserve le droit tout document supplémentaire.*