

CONDITIONS GENERALES
SANTE RESPONSABLE

Henner Particuliers Santé



LE CONTRAT HENNER PARTICULIERS SANTE

VOTRE NOTICE D'INFORMATION SANTE

GMC Association souhaite faire bénéficier ses adhérents d'une couverture complémentaire santé de bon niveau.

Pour réaliser cet objectif, GMC Association a fait le choix de souscrire un contrat collectif à adhésion facultative auprès de Mutualia Territoires Solidaires, Mutualia Alliance Santé et Mutualia Grand Ouest, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et membres de l'UMG Mutualia.

Le présent document constitue la notice d'information prévue à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

« GMC Association » est dénommée ci-après « Le Souscripteur », les entités du groupe Mutualia, sont nommées « la Mutuelle » ou « Mutualia » et la personne adhérente au contrat « Adhérent » ou « Membre participant ».

La notice définit les garanties prévues par ce contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et précise notamment le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

GMC association met à votre disposition :

La présente notice d'information que l'association est tenue de vous remettre accompagnée des statuts et, le cas échéant du règlement intérieur de la Mutuelle.

Dans le cadre d'une vente en agence ou hors établissement, le distributeur vous remettra directement l'ensemble des documents contractuels dont la présente notice.

En cas de modification de la présente notice, l'association ou le distributeur vous remettront une notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle.

Mutualia Territoires Solidaires, Mutualia Alliance Santé et Mutualia Grand Ouest, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et membres de l'UMG Mutualia.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : LE BENEFICE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE	5
1. Quel est l'objet du contrat souscrit par GMC association ?	5
2. Qui peut bénéficier du contrat ?	5
3. Comment adhérer et pour quelle durée ?	6
4. QUAND L'ADHÉSION PREND-T-ELLE FIN ?	10
5. COMMENT CHOISIR ET CHANGER SA FORMULE ?	11
6. Que faire en cas de modification intervenant dans votre situation ?	11
CHAPITRE 2 : PRISE D'EFFET ET TERME DES GARANTIES	13
1. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES EFFET ?	13
2. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES FIN ?	13
CHAPITRE 3 : VOS GARANTIES ET PRESTATIONS	14
1. QU'EST-CE QUE LE CONTRAT RESPONSABLE ?	14
2. A QUELLES GARANTIES AI-JE DROIT ?	15
3. REMBOURSEMENTS COMMENT FAIRE ?	16
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS GENERALES	18
1. COTISATIONS	18
2. PRESCRIPTION	18
3. SUBROGATION	19
4. CONTRÔLE MÉDICAL	20
5. FAUSSE DÉCLARATION	20
6. RÉCLAMATIONS	20
7. MEDIATION DES LITIGES DE LA CONSOMMATION	21
8. AUTORITÉ DE CONTRÔLE	21
9. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	22
CHAPITRE 5 : GARANTIE ASSISTANCE	23
1. GENERALITES	23
2. RESUME DES GARANTIES ACCORDÉES	26
3. DETAIL DES GARANTIES ACCORDEES	28
CHAPITRE 6 : GARANTIE OBSEQUES	35
ANNEXE 1 : GARANTIES, CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATION ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	39
ANNEXE 2 : LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ (LEXIQUE)	48

CHAPITRE 1 : LE BENEFICE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

1. Quel est l'objet du contrat souscrit par GMC association ?

Le contrat a pour objet de proposer des garanties de protection sociale complémentaire portant sur le risque « santé » au bénéfice des membres du souscripteur relevant du territoire d'exercice de la Mutuelle.

Les garanties santé qu'il propose répondent aux critères du cahier des charges des contrats dits « responsables » défini par les articles L. 871-1 et R. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les membres du Souscripteur qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « membre participant » de la Mutuelle ; leur adhésion est facultative.

Ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

2. Qui peut bénéficier du contrat ?

2.1. Adhérents : Conditions d'adhésion

Peuvent exclusivement adhérer au présent contrat :

- les personnes adhérentes à GMC Association
- affilié à un régime obligatoire de la sécurité sociale en conformité avec les statuts de celle-ci.
- Résidant en France métropolitaine, dans l'un des départements et régions d'outre-mer, ou en Nouvelle Calédonie
- Majeures civilement responsables

2.2. Ayants droit : Conditions de rattachement

Peuvent bénéficier de la garantie frais de santé, en tant qu'ayant droit de l'Adhérent :

- Son conjoint : est considéré comme conjoint de l'adhérent :

- o son époux ou épouse : non divorcé et non séparé(e) de corps judiciairement ;
- o son concubin : vit en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, c'est-à-dire une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes majeures qui vivent en couple. Les concubins doivent être libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés et ne pas être liés par un PACS ;
- o le partenaire lié au Membre Participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 à 515-7 du Code civil ;

- Ses enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve :

D'une part :

- o Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;

- Qu'ils soient âgés de moins de 28 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres d'une activité salariée, sauf emplois rémunérés mensuellement moins de 65% du SMIC ;
 - Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
 - Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré
- Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études.

Et d'autre part :

- Qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle ;
- Et qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule dont bénéficie l'Adhérent.

3. Comment adhérer et pour quelle durée ?

3.1. Modalités d'adhésion

L'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative nécessite d'accomplir certaines formalités.

Pour cela, il vous est remis le Bulletin d'adhésion, les statuts de la Mutuelle et, le cas échéant, son règlement intérieur, ainsi que la présente notice d'information du contrat.

Vous devez compléter le Bulletin d'adhésion ainsi remis, pour vous-même et, le cas échéant, vos ayants droits. Pour bénéficier des prestations, doivent également être joints à ce bulletin, une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer datant de moins de 6 mois, un relevé d'identité bancaire, un mandat SEPA comportant votre numéro IBAN, ainsi que l'ensemble des autres éléments qui y sont visés.

Pièces justificatives à fournir pour enregistrer un ayant-droit :

STATUT		JUSTIFICATIFS
Conjoint et assimilés	Conjoint	Copie de l'attestation de la Carte Vitale
	Concubin Et Partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	
Enfant (s) du participant, du conjoint et assimilés	Pour tous les enfants quelle que soit leur situation	Copie de l'attestation Carte vitale de l'enfant
	Pour les enfants inscrits à pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou qui effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré	Copie de l'attestation d'inscription à pôle emploi ou copie de la convention de stage
	Pour les enfants de 28 ans poursuivant des études et affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale	Carte d'étudiant en vigueur pour l'année scolaire ou certificat de scolarité
	Pour les enfants en premier apprentissage âgés de moins de 28 ans vivant sous le même toit que le participant	Copie du contrat d'apprentissage
	Pour les enfants exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 65% du SMIC âgés de moins de 28 ans vivant sous le même toit que le participant	Copie du contrat de travail Copie du livret de famille
	Pour les enfants sans limitation d'âges ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes	Carte d'invalidité
Personnes à la charge du Membre participant	Ascendant à charge au sens du Régime Obligatoire et vivant sous le même toit que le Membre participant	Copie de l'attestation de la Carte Vitale

La signature du Bulletin d'adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis par les statuts, le règlement intérieur le cas échéant et la notice d'information.

La notion de signature recouvre tant la signature manuscrite apposée sur le bulletin d'adhésion, que la signature électronique dans le cas de souscription d'une garantie par voie électronique.

L'adhésion est matérialisée par le certificat d'adhésion.

3.2. Dispositions particulières aux adhésions réalisées à distance ou « hors établissement »

Mutualia reconnaît aux adhérents un droit de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage conformément aux articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la Mutualité et dans les conditions définies ci-dessous.

a. Vente à distance

Le membre participant qui a adhéré exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance (par exemple internet, vente par correspondance, téléphone) dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit :

- à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

- à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations prévues à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Pour les adhésions renouvelables par tacite reconduction, ce droit de renonciation ne s'applique qu'à l'adhésion initiale.

La prise d'effet de l'adhésion est retardée jusqu'à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus, sauf si le membre participant demande à La Mutuelle à bénéficier d'une prise d'effet antérieure à leur expiration. Est prise en compte à cette fin la date d'effet indiquée lors de l'adhésion.

Le membre participant qui a demandé une prise d'effet de son adhésion antérieure à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus reste redevable d'une somme égale au montant de la cotisation annuelle divisée par le nombre de jours séparant la prise d'effet de l'adhésion, de l'exercice de la renonciation.

En cas de renonciation dans les délais ci-dessus, La Mutuelle restituera au membre participant les sommes qu'il lui a versées, dans les trente jours de la réception de sa renonciation, diminuées de la quote-part correspondant à la durée de la garantie dont il a bénéficié si le membre participant avait demandé une prise d'effet anticipé de son adhésion. La Mutuelle lui versera en outre, en cas de retard, des intérêts au taux légal à compter du trente-et-unième jour suivant cette renonciation.

b. Démarchage

Tout membre participant qui a fait l'objet d'un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, même à sa demande, le Membre Participant a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai légal met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

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 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.

c. Perte du droit à renonciation

Que ce soit dans le cadre d'un démarchage ou d'une vente à distance, 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.

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

d. Modèle de courrier de renonciation

Le membre participant qui souhaite exercer son droit de renonciation peut exprimer sa décision par toutes déclarations sous toutes formes, sous réserve qu'elle soit dénuée d'ambiguïté, le modèle figurant ci-dessous ayant un caractère facultatif.

Il est rappelé que la charge de la preuve de l'envoi de la renonciation pèse sur le Membre Participant (article 1315 du Code civil).

*** Modèle de lettre de renonciation :**

«Madame, Monsieur,

Je soussigné (nom - prénoms).....déclare renoncer à mon adhésion au Contrat HENNER PARTICULIERS SANTE assuré par Mutualia, conclu à distance ou dans le cadre d'un démarchage.

Mon adhésion prendra fin à la date de réception, par votre organisme, de la présente lettre de renonciation, conformément au dispositif de renonciation applicable et décrit au sein de ma notice.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

En vous en remerciant par avance je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes

Salutations distinguées.

Fait à, le

Signature»

3.3. Date d'effet de l'adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- A la date inscrite sur la demande d'adhésion ou ;
- A une date ultérieure fixée sur celle-ci, n'excédant pas 12 mois au-delà la date de réception de votre demande, le cachet de la poste faisant foi.

3.4. Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion soit 12 mois après la prise d'effet des garanties. L'adhésion se renouvelle ensuite d'année en année, par tacite reconduction.

3.5. Mutuelle d'adhésion

La mutuelle d'adhésion est déterminée par le code postal de la résidence déclarée sur le bulletin d'adhésion, selon les modalités suivantes :

Vous êtes adhérent à MUTUALIA GRAND OUEST pour les départements: 14, 18, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85. Adresse postale : Mutualia Grand Ouest - 6 rue Anita Conti - CS 82320 – 56008 VANNES CEDEX

Vous êtes adhérent à MUTUALIA ALLIANCE SANTE pour les départements: 2, 7, 11, 12, 13, 17, 19, 23, 30, 34, 42, 43, 46, 48, 59, 60, 62, 66, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95. Adresse postale : Mutualia Alliance Santé - Service Adhérent - 1 rue André Gatoux - CS 10905 - 62033 ARRAS Cedex

Vous êtes adhérent à MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES pour les départements: 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13 (collectif), 15, 16, 21, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 47, 63, 69, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 74, 83, 84, 88, 89, 90. Adresse postale : Mutualia Territoires Solidaires - 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES CEDEX

4. QUAND L'ADHÉSION PREND-T-ELLE FIN ?

4.1. Résiliation annuelle

a. Adhésion

Dans tous les cas, vous avez un préavis de deux mois précédant la date d'anniversaire de la prise d'effet de votre adhésion pour résilier votre affiliation au contrat par lettre recommandée.

b. Ayants droit

Vous pouvez, de la même manière, résilier le rattachement de l'un de vos ayants droit avec un préavis de deux mois précédant la date d'anniversaire de la prise d'effet de votre adhésion pour résilier son affiliation au contrat par lettre recommandée.

4.2. Résiliation en cas de modification

En cas de modification de vos droits et obligations, vous pouvez résilier votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice informant de ces modifications, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

L'adhésion prend alors fin le 1er jour du mois qui suit la date de réception par le gestionnaire de la lettre de résiliation.

4.3. Perte des conditions d'adhésion

L'adhésion prend fin lorsque les conditions prévues au « I. 2.1 Adhérents : Conditions d'adhésion » ne sont plus remplies par l'Adhérent.

4.4. Résiliation en cas de non-paiement des cotisations

Les garanties prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes, dans les conditions prévues au « IV. 1.3. Défaut de paiement des cotisations ».

4.5. Résiliation du contrat

Les adhésions prennent fin dans tous leurs effets en cas de résiliation du contrat souscrit par le Souscripteur.

5. COMMENT CHOISIR ET CHANGER SA FORMULE ?

5.1. Choix de la formule

Vous pouvez opter pour l'une des formules proposés en remplissant la partie qui leur est dédiée au Bulletin d'adhésion.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule que vous avez choisie pour vous-même en tant qu'Adhérent.

La formule choisie sur le Bulletin d'adhésion est également indiquée sur la carte d'adhérent.

5.2. Changement de formule

En cas de changement de formule le droit aux prestations de la nouvelle formule prend effet immédiatement, sous réserve d'un délai de carence applicable aux soins prothétiques. Une franchise de 3 mois s'applique pour les remboursements et allocations forfaitaires se rapportant aux prothèses dentaires, aux implants, à la parodontologie, à l'orthodontie, aux prothèses orthopédiques et auditives, à l'optique, et d'une manière générale à tous les appareillages. Pendant ce délai, les prestations seront remboursées conformément aux garanties du niveau initialement choisie.

Les demandes de changement de formule de base doivent parvenir par écrit au gestionnaire et sont possibles sous réserve des conditions suivantes :

- Le changement n'est pas autorisé en cours d'année.
- Il peut intervenir à la date d'anniversaire de la prise d'effet de votre adhésion de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

Tout autre changement est autorisé sous réserve de rester au moins une année calendaire dans la nouvelle formule avant tout autre changement.

Le changement de formule pour lequel vous optez s'applique obligatoirement à vos ayants droit qui ne peuvent bénéficier que de la formule dont vous bénéficiez.

Ce changement de formule entraîne l'édition d'une nouvelle carte d'adhérent (tiers payant) mise à jour.

6. Que faire en cas de modification intervenant dans votre situation ?

Le gestionnaire de votre contrat met à votre disposition un espace personnel en ligne, pour consulter vos remboursements et effectuer certaines demandes de type administratif. Vous y trouverez aussi votre adhésion, les dernières informations sur votre mutuelle ainsi qu'un programme de parrainage.

Demandez directement votre accès en ligne sur notre site internet www.hennergestion.fr, rubrique espace adhérent.

6.1. Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

Vous devez signaler dans les meilleurs délais à votre unité de gestion Henner, tout changement administratif d'ordre familial et social (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, concubinage, PACS (pacte civil de solidarité), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement de statut professionnel, cessation d'activité etc.), que ce soit pour vous-même ou l'un de vos ayants droit.

6.2. Décès

En cas de décès d'un bénéficiaire (Membre participant ou ayant droit), le certificat de décès doit être produit dans un délai d'un mois suivant le décès. Sa radiation intervient à la date du décès, étant précisé que tout mois commencé est dû.

Les bénéficiaires rattachés au Membre participant décédé restent garantis de plein droit jusqu'à l'échéance de paiement de la dernière cotisation encaissée.

CHAPITRE 2 : PRISE D'EFFET ET TERME DES GARANTIES

1. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES EFFET ?

Seuls les frais de santé dont la date de soins est postérieure à la date d'effet des garanties du bénéficiaire peuvent donner lieu à prise en charge.

1.1. Adhérent

Vos garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion. C'est-à-dire :

- A la date inscrite sur la demande d'adhésion ou ;
- A une date ultérieure fixée sur celle-ci, n'excédant pas 12 mois au-delà la date de réception de votre demande, le cachet de la poste faisant foi.

1.2. Ayants droit

Les garanties de vos ayants droit prennent effet à la date d'effet de l'adhésion. C'est-à-dire :

- A la date inscrite sur la demande d'adhésion ou ;
- A une date ultérieure fixée sur celle-ci, n'excédant pas 12 mois au-delà la date de réception de votre demande, le cachet de la poste faisant foi.
-

2. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES FIN ?

2.1. Fin de l'adhésion ou du rattachement d'un ayant droit

La fin de votre adhésion, telle que visée au « I. 4. Quand l'adhésion prend-elle fin ? » de la présente notice, entraîne la perte de la garantie pour vous et vos éventuels ayants droit à compter de cette date.

De même, la résiliation du rattachement d'un ayant droit dans les conditions visées au « I. 4. Quand l'adhésion prend-elle fin ? » de la présente notice, entraîne la perte de la garantie pour celui-ci à compter de cette date.

2.2. Perte de la qualité d'ayant droit

La perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie au « I. 2.2. Ayants droit : Conditions de rattachement » de la présente notice, entraîne, pour ce dernier, la perte de la garantie à compter de cette date.

CHAPITRE 3 : VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

1. QU'EST-CE QUE LE CONTRAT RESPONSABLE ?

Les garanties « complémentaire santé » proposées sont « responsables » au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application.

1.1. Médecin traitant

Mutualia vous incite à respecter le parcours de soins coordonnés, qui consiste notamment à désigner à sa caisse de Régime Obligatoire, un médecin traitant qui coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

Ce médecin doit ainsi être consulté en premier lieu en cas de problème de santé ou pour être orienté si besoin vers un praticien spécialiste. En respectant cette procédure, vous entrez « dans le parcours de soins » et bénéficiez d'un suivi médical de qualité et de meilleurs remboursements.

Exception : Il est possible de consulter directement un gynécologue, un ophtalmologiste, un stomatologue et un psychiatre ou neuropsychiatre pour les personnes entre 16 et 25 ans. Il est bien entendu également possible de se rendre aux urgences sans passer par votre médecin traitant.

1.2. Options de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam / Optam-CO)

Le contrat responsable promeut les dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées (Optam / Optam-CO). Mutualia incite ses Adhérents à consulter des praticiens ayant souscrit un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé, ce qui permet de leur assurer un meilleur remboursement.

1.3. Exclusions

- **Au titre du caractère responsable des garanties, ne sont pas pris en charge :**
- **La participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale (CSS);**
- **Les franchises médicales mentionnées au III de l'article L. 322-2 du CSS ;**
- **La majoration de participation des adhérents et de leurs ayants droit :**
- **visée à l'article L. 162-5-3 du CSS en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (Situation hors parcours de soins coordonnés) ;**
- **lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 1111-15 du CSS d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter ;**
- **Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du CSS (Situation hors parcours de soins coordonnés), à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**
- **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 CSS et par ses textes d'application.**

2. A QUELLES GARANTIES AI-JE DROIT ?

2.1. Prestations garanties et Base de remboursement

Les garanties du présent contrat se déclinent en 4 niveaux :

- ✓ Niveau 1
- ✓ Niveau 2
- ✓ Niveau 3
- ✓ Niveau 4

Les prestations garanties sont définies dans le tableau de garanties figurant à l'Annexe n° 1 de la présente notice d'information.

L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés aux conditions particulières.

Sous réserve des exclusions et des limitations ci-dessus la Mutuelle prend en charge le montant du ticket modérateur qui correspond à la partie des dépenses de santé restant à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie.

La prise en charge du ticket modérateur s'applique aussi à la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes dépassant un certain tarif (actes « lourds »).

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'assurance maladie obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient, et ce, dans le cadre des « contrats responsables ».

2.2. Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée aux conditions particulières.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

2.3. Limite des remboursements – principe indemnitaire

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 de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du CSS.

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

3. REMBOURSEMENTS COMMENT FAIRE ?

3.1. Quels justificatifs ?

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations :

- au vu des décomptes originaux de la Sécurité sociale ;
- au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie obligatoire,
- sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles,
- Et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément, pour les prestations donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire les pièces justificatives sont :

- Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
 - toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
 - notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.
- Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
 - justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

Néanmoins, tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra vous être demandé.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

Les prestations garanties sont versées soit directement sur votre compte bancaire, soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant).

Le tiers payant vous évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

La carte d'adhérent qui vous a été remise permet le tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte doit être restituée dans les 15 jours suivant la prise d'effet de votre résiliation.

3.3. A qui adresser les demandes de remboursement ?

Mutualia a choisi Henner comme partenaire pour la gestion de ses contrats. Mise en place depuis plusieurs années, cette collaboration est pour ses Adhérents un gage de qualité de service, basé sur des valeurs communes que sont la proximité, la solidarité et le conseil.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à votre organisme de gestion dont l'adresse figure sur votre carte d'adhérent.

PRESTATIONS	DÉCOMPTÉ DU RÉGIME OBLIGATOIRE	FACTURE ACQUITTÉE
Frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie PEC RO		
Frais d'appareillage		
Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale		 facture détaillée de l'établissement hospitalier
Dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier...) et les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé		 facture détaillée de l'établissement
Cures thermales		 la facture acquittée l'établissement de cure

Vos services : Besoin d'un devis optique ou dentaire pour savoir combien vous serez remboursé suite à vos prochains frais ?

Effectuez votre demande grâce à votre espace adhérent.

Votre gestionnaire vous donne une réponse dans les 48h (jours ouvrés) pour toute demande de devis en dentaire et optique et instantanément avec le service Carte Blanche pour une prise en charge optique.

Vos services : En cas d'hospitalisation programmée, contactez votre service de gestion au plus tôt au numéro indiqué sur votre carte d'adhérent.

Il vous délivrera une prise en charge à remettre lors de votre entrée en établissement hospitalier.

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS GENERALES

1. COTISATIONS

1.1. Fixation des cotisations

Les garanties sont acquises moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle pour chaque bénéficiaire assuré. Le montant de la cotisation dépend de l'âge atteint à la date d'effet du contrat. S'agissant des Adhérents relevant du Régime Maladie Obligatoire d'Alsace-Moselle, un tarif spécial leur est appliqué.

Lorsque l'Adhérent membre de GMC Association fait également adhérer un ou plusieurs membres de sa famille, le tarif applicable à chacun des membres est celui correspondant à l'âge atteint à la date d'effet du contrat.

L'Adhérent se voit automatiquement appliquer le nouveau tarif de sa classe d'âge à la date anniversaire du contrat qui suit la date où il change de tranche d'âge.

1.2. Evolution des cotisations

A chaque échéance annuelle, les cotisations sont réévaluées en fonction des résultats techniques du contrat souscrit par GMC Association, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge de l'Adhérent et sont payables en même temps que les cotisations.

1.3. Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues par l'Adhérent qui les règle directement auprès du gestionnaire.

Elles sont appelées à terme à échoir. Elles peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon la périodicité définie à l'adhésion.

1.4. Défaut de paiement des cotisations

Le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

Lors de cette mise en demeure, l'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de sa cotisation entraîne sa perte des garanties reprise dans le certificat d'adhésion.

2. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant 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.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, 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 ou l'ayant droit à La Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- 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.

3. 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 Code de la mutualité, 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 poursuivre le 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 et ses ayants droit s'engagent à déclarer à La Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

4. CONTRÔLE MÉDICAL

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par La Mutuelle. En cas d'expertise médicale, l'Adhérent ou son ayant droit pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de La Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour La Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination

5. FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhérent 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 l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. 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 de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

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 l'Adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhérent 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 l'Adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

6. RÉCLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ou un désaccord envers La Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées à votre conseil habituel.

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant aux coordonnées indiquées sur la carte d'adhérent (carte de tiers payant) ou standard Henner au 01 55 62 90 00

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mutualia le tiendrait informé.

7. MEDIATION DES LITIGES DE LA CONSOMMATION

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relatives à la « médiation des litiges de la consommation », Mutualia propose pour ses Membres Participants un dispositif gratuit de médiation de la consommation.

Ce dispositif est ouvert au Membre Participant pour tous litiges portant sur l'exécution du présent règlement, dès lors :

- que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de Mutualia dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 29 ci-avant du présent règlement et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;
- que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.
- A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.
- Le médiateur proposé dans ce cadre est MEDICYS. Il peut être joint par :
- voie électronique : www.medicys.fr ;
- ou par voie postale : MEDICYS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 – Paris.

Les parties restent cependant libres de se retirer à tout moment de la médiation.

La solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties à la médiation, qui sont libres de l'accepter.

8. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément à l'article L. 510 -1 du Code de la Mutualité, le contrôle sur les mutuelles et unions régies par le livre II du Code de la Mutualité est exercé par :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

4 Place de Budapest

75436 Paris Cedex 09

9. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est HENNER l'organisme de gestion du contrat, mentionné sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés de HENNER, destinataires avec l'Association, leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information.

Elles sont également transmises aux destinataires habilités afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à Henner au 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : informatique-libertes@henner.com. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à la même adresse postale à l'attention du médecin-conseil. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Compte tenu de la dimension internationale du groupe Henner, présent dans le monde entier, vos données à caractère personnel peuvent être transférées en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe, y compris dans des pays dont la législation en matière de protection des données à caractère personnel diffère de celle de l'UE, dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance. Dans de tels cas, nous veillons à ce que des mesures adéquates soient mises en œuvre pour protéger vos données à caractère personnel conformément aux principes en vigueur au sein de l'UE.

HENNER conserve les données que vous nous avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion des contrats, ainsi que pendant les durées légales applicables après la fin des contrats. Les données des clients ou non clients utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale, soit à la date d'expiration d'un contrat, soit du dernier contact émanant du client ou du prospect.

CHAPITRE 5 : GARANTIE ASSISTANCE

1. GENERALITES

Les dispositions qui suivent ont pour objet de définir les services d'Assistance accordés aux «bénéficiaires» tels que désignés ci-dessous.

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

1.1. Bénéficiaires

- Le titulaire du contrat complémentaire maladie, ci-après dénommé l'Abonné,
- La (ou les) personnes bénéficiaire(s) de ce contrat ayant leur domicile habituel en France métropolitaine, Principauté d'Andorre ou de Monaco.

1.2. Validité Territoriale

Les garanties des chapitres 3.1. SANTE, 3.3. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TELEVISION, 3.4. VIE PRATIQUE ET 3.5. JURIDIQUE sont acquises uniquement en France métropolitaine, Andorre et Monaco.

Les garanties du chapitre 3.2. DEPENSES DE SANTE ENGAGEES A L'ETRANGER sont acquises uniquement hors de France métropolitaine, Andorre et Monaco.

1.3. Prise D'effet Et Durée

Les garanties d'Assistance suivent le sort de la couverture **Frais Médicaux**.

1.4. Définitions

On entend par :

- **Domicile** : la résidence principale de l'Abonné située en France métropolitaine, Andorre ou Monaco.
- **Maladie** : toute altération de la santé, médicalement constatée, soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique).
- **Accident** : toute lésion corporelle provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une action extérieure.

1.5. Engagement Financier

Pour que les prestations d'assistance exposées soient acquises, FILASSISTANCE INTERNATIONAL doit avoir été prévenu au préalable par téléphone ou par télécopie, avoir communiqué un numéro de dossier et exprimé son accord préalable.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une de ces prestations ne donne lieu à aucun remboursement de la part de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Pour toute demande d'assistance, le bénéficiaire (ou toute autre personne agissant en son nom) doit :

- Contacter FILASSISTANCE INTERNATIONAL sans délai (voir coordonnées et modalités ci-avant),

➤ Fournir les renseignements suivants :

- Le numéro du contrat d'assurance ou d'adhésion,
- Son nom, prénom, le lieu où il se trouve et, si possible, le numéro de téléphone où il pourra éventuellement être contacté,
- La nature des difficultés motivant l'appel,
- Les noms, adresse et numéro de téléphone du médecin ou, le cas échéant, de la clinique ou de l'hôpital dans lequel est soigné le bénéficiaire, afin que FILASSISTANCE INTERNATIONAL puisse se mettre en rapport avec eux et suivant les décisions de l'autorité médicale, mettre en œuvre les prestations d'assistance adaptées à la situation du bénéficiaire (après avoir recueilli l'accord de ce dernier).

1.6. Exclusions

Dans tous les cas, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

Elle ne sera pas tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure tels que guerre civile ou étrangère, révolutions, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques (tempêtes, ouragans) état de belligérance, situation politique, etc.

Les événements survenus du fait de la participation du bénéficiaire, en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matches, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, sont exclus du contrat.

Ne donnent pas lieu à intervention ou prise en charge :

- Les maladies ou troubles mentaux comprenant les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement,
- Les maladies chroniques et/ou répétitives, complications, rechutes de maladies constituées antérieurement à la souscription du contrat complémentaire maladie et comportant un risque d'aggravation brutale ou proche,
- Les hospitalisations répétitives pour une même cause,
- Les tentatives de suicide et états résultant de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'alcool,
- Toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.),
- Les états de grossesse et leurs complications.

1.7. Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

- **Article L114-1** : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans 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, que du jour où nous en avons connaissance,
 2. En cas de sinistre, que du jour où vous en avez eu connaissance, si vous prouvez que vous l'avez ignoré jusque-là.
- **Article L114-2** : La prescription est interrompue par une des causes ordinaires^(*) d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi par nous d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.
- **Article L114-3** : Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

(*) Les voies ordinaires d'interruption du délai de prescription sont un commandement de payer ou une assignation par acte d'huissier, une demande en justice y compris en référé, un acte d'exécution forcée.

1.8. Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'Assistance subroge FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans ses droits et actions contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elle en exécution des garanties.

1.9. Loi Applicable

Le présent contrat est soumis à la loi française. Toute action dérivant des conditions générales sera portée devant le Tribunal dans le ressort duquel l'adhérent à son domicile.

1.10. CONTROLE

FILASSISTANCE INTERNATIONAL est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel située 4 Place de Budapest 75436 Paris Cedex 09.

1.11. INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies auprès du bénéficiaire avant l'adhésion à la convention d'assistance puis lors d'une demande d'assistance font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la fourniture des prestations d'assistance garanties. En adhérant au contrat, le bénéficiaire consent à ce traitement.

Conformément à la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression relativement aux informations qui le concernent. S'il souhaite exercer ce droit et obtenir communication des informations le concernant, il doit s'adresser à FILASSISTANCE INTERNATIONAL – Direction des Systèmes d'Information, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex. Il peut également pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données le concernant mais un tel refus pourra empêcher l'adhésion ou l'exécution des présentes garanties.

1.12. RECLAMATIONS

Toute réclamation portant sur la qualité ou les délais de traitement par FILASSISTANCE INTERNATIONAL de la demande d'assistance doit être formulée par écrit et adressée à l'adresse suivante : FILASSISTANCE INTERNATIONAL - Service Réclamations, 108 Bureaux de la Colline, 92213 SAINT-CLOUD Cedex. Une réponse sera adressée dans un délai de quinze jours à compter de la réception du courrier de réclamation.

2.RESUME DES GARANTIES ACCORDÉES

Pour les conditions d'application de chacune des garanties, se reporter au paragraphe cité.

2.1. SANTÉ

➤ EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT D'UN BÉNÉFICIAIRES

Envoi, à la demande du bénéficiaire, d'un médecin au domicile.....	3.1.1.
Indication, sur simple appel téléphonique, de conseils d'urgence	3.1.2.
Si nécessaire, organisation du transfert à l'hôpital du bénéficiaire et de son retour à domicile et	
Remboursement en complément de la Sécurité Sociale et de tout organisme complémentaire	3.1.

➤ EN CAS D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE À 5 JOURS SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

De la garde des enfants au domicile (2 jours maximum)	3.1.5.
Du transfert des enfants chez un proche	3.1.5.
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants	3.1.5.
De la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours dans la limite de 457)	3.1.5.
Du voyage et de l'hébergement d'un proche pendant 2 nuits auprès du bénéficiaire (153 maximum) ..	3.1.4.
De la garde d'animaux domestiques pendant 1 mois (229 maximum)	3.1.7.
De la recherche et prise en charge d'une aide-ménagère (30 heures maximum)	3.1.8.

➤ EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 24 HEURES CONSECUTIVES SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT

Organisation et prise en charge :

De la garde des enfants au domicile (2 jours maximum) (1) (2)	3.1.5.
Du transfert des enfants chez un proche (1) (2)	3.1.5.
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants (1) (2)	3.1.5.
De la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours) (1) (2)	3.1.5.
Du transfert des ascendants ou des personnes dépendantes chez un proche	3.1.6.
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les ascendants ou les personnes dépendantes	3.1.6.
De la garde des ascendants ou des personnes dépendantes (30 heures maximum)	3.1.6.

➤ **EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 48 HEURES CONSECUTIVES SUITE À UNE MALADIE OU À UN ACCIDENT DE L'ABONNE OU DE SON CONJOINT**

Organisation et prise en charge :

Du voyage et de l'hébergement d'un proche pendant 2 nuits auprès du bénéficiaire (153 maximum).....	3.1.4.
De la garde d'animaux domestiques pendant 1 mois (229 maximum) (2)	3.1.7.
De la recherche et prise en charge d'une aide ménagère (30 heures maximum) (1) (2)	3.1.8.

➤ **EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT D'UN DES ENFANTS NECESSITANT SON IMMOBILISATION AU DOMICILE OU À L'HOPITAL PENDANT PLUS DE 48 HEURES**

Organisation et prise en charge :

De la garde des enfants au domicile (2 jours maximum).....	3.1.5.
Du transfert des enfants chez un proche	3.1.5.
Du transfert d'un proche au domicile pour garder les enfants	3.1.5.
De la conduite des enfants à l'école (10 allers/retours)	3.1.5.

➤ **EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE L'ENFANT NECESSITANT SON IMMOBILISATION AU DOMICILE PENDANT PLUS DE 15 JOURS**

Organisation et prise en charge d'un répétiteur scolaire 10H/semaine maximum (1 525 € maximum).....	3.1.9.
---	---------------

2.3. Dépenses de santé engagées à l'étranger

Remboursement complémentaire des frais médicaux à l'étranger : 4574 TTC.....	3.2.2.
--	---------------

2.4. Frais de télévision (En cas d'hospitalisation de plus de 24H)

Remboursement des frais de location de télévision à l'hôpital (dans la limite de 153 TTC)	3.3.
---	-------------

2.5 Vie pratique (À la demande du bénéficiaire)

Transmission de messages urgents à caractère personnel	3.4.1.
Recherche de médicaments	3.4.2.
Aide à l'organisation des obsèques	3.4.3.
Avance de fonds en cas de décès : 763 TTC	3.4.4.
Renseignements pour la santé de tous les jours	3.4.5.

2.6. Juridique (À la demande du bénéficiaire)

Renseignements Juridiques	3.5.1.
Renseignements Vie Pratique	3.5.2.

- (1) Prestations valables également en cas de séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours)
- (2) Prestations valables également en cas de décès

3. DETAIL DES GARANTIES ACCORDEES

3.1. Santé

Si FILASSISTANCE INTERNATIONAL met tout en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire lorsqu'il en a le plus besoin, FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut se substituer à la solidarité de son entourage ainsi qu'aux prestations auxquelles lui donnent droit les organismes sociaux.

C'est pourquoi, les prestations ci-après n'ont vocation à s'exercer qu'en complément de ces dernières et lorsque les proches du bénéficiaire ne sont pas en mesure de lui prodiguer l'aide requise par les circonstances.

En tout état de cause, ces prestations ne peuvent être mises en œuvre qu'après l'accord d'un médecin de FILASSISTANCE INTERNATIONAL qui en jugera de la nécessité et de l'opportunité par exemple en prenant contact avec le médecin traitant ou intervenant.

En outre, FILASSISTANCE INTERNATIONAL se réserve le droit de demander la justification médicale de l'événement soudain qui conduit le bénéficiaire à solliciter son aide (justificatifs médicaux, certificat de décès, attestation de l'employeur...).

3.1.1. Envoi d'un médecin

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire.

A la demande du bénéficiaire, le service médical de FILASSISTANCE INTERNATIONAL envoie dans les meilleurs délais, et selon les disponibilités locales, un médecin au domicile du bénéficiaire. Cette garantie s'exerce notamment lorsque le médecin traitant habituel du bénéficiaire ne peut être joint. Les frais, soins et honoraires de ce médecin restent à la charge du bénéficiaire.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

3.1.2. Indication de conseils d'urgence

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire

Sur simple appel téléphonique, l'un des médecins de FILASSISTANCE INTERNATIONAL répond aux questions du bénéficiaire relatives aux situations d'urgence et de premiers soins. Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition 24H/24.

3.1.3. Transfert à l'hôpital et retour au domicile

Cette prestation s'applique en cas d'immobilisation au domicile suite à maladie ou accident d'un bénéficiaire

Sur demande du médecin sur place, si l'état de santé du bénéficiaire nécessite son hospitalisation, FILASSISTANCE INTERNATIONAL envoie une ambulance pour son transport au centre médical le plus proche du domicile.

A l'issue de l'hospitalisation, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise, si nécessaire, sur prescription médicale, le retour du bénéficiaire à son domicile en ambulance (ou VSL).

Le transfert à l'hôpital et le retour au domicile sont remboursés par FILASSISTANCE INTERNATIONAL en complément des remboursements éventuels de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel le bénéficiaire est affilié, charge à ce dernier d'engager toute démarche nécessaire.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours qu'il convient d'appeler en tout premier lieu si nécessaire.

3.1.4. Voyage et hébergement d'un proche

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint.

Si le bénéficiaire vit seul et si aucun parent ne réside dans un rayon de 50 km de son domicile, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge :

- Le voyage aller/retour d'un proche (parent ou ami) se trouvant en France Métropolitaine, à concurrence d'un billet de train 1^{ère} classe ou d'un billet d'avion classe économique pour se rendre au chevet du bénéficiaire,
- Le séjour à l'hôtel de ce proche pendant 2 nuits à concurrence de 153 TTC maximum.

3.1.5. Garde des enfants de moins de 15 ans

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- De séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement,

- De décès du conjoint de maladie ou d'accident d'un des enfants nécessitant son immobilisation au domicile ou son hospitalisation plus de 48 heures.

Si les enfants ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'Abonné, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge:

- Soit leur garde au domicile de l'Abonné dans la limite des disponibilités locales pendant 2 jours maximum à raison de 10 heures de garde effective par jour. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 77 TTC maximum pour l'ensemble de la prestation. Cette prestation ne s'applique qu'au-delà des journées accordées par les entreprises pour garder les enfants malades au domicile.
- Soit leur transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe chez un parent résidant en France Métropolitaine.
- Soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'Abonné.
- Soit leur conduite à l'école et leur retour au domicile à concurrence de 10 allers/retours et dans un rayon de 25 Km du domicile, la prise en charge ne pouvant dépasser la somme de 458 TTC pour l'ensemble des enfants concernés.

3.1.6. Garde des ascendants ou des personnes dépendantes à charge

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint.

Si les ascendants ou personnes dépendantes à charge résidant au domicile principal de l'Abonné ne peuvent s'organiser seuls ou être pris en charge par une personne de l'entourage de l'Abonné, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise et prend en charge :

- Soit leur garde au domicile de l'Abonné pendant un maximum de 30 heures effectives de travail réparties sur 15 jours. Les frais de déplacement de la personne effectuant la garde sont pris en charge à hauteur de 77 TTC pour l'ensemble de la prestation.
- Soit leur transfert aller/retour, en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe, chez un parent résidant en France Métropolitaine.
- Soit le transfert aller/retour en avion classe touriste ou en train 1^{ère} classe d'un proche résidant en France Métropolitaine au domicile de l'Abonné.

3.1.7. Garde d'animaux domestiques

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- De décès du conjoint.

Si l'animal se trouve sans surveillance au domicile et s'il ne peut être pris en charge par l'entourage de l'Abonné, FILASSISTANCE INTERNATIONAL se charge de son hébergement chez un proche ou dans un établissement spécialisé.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL prend en charge les frais de garde pendant un mois maximum, à concurrence de 229 TTC.

On entend par animaux domestiques, les animaux habituellement de compagnie (chiens, chats, oiseaux, hamsters, lapins domestiques, etc.) à l'exception de tout animal sauvage même apprivoisé (serpents, araignées, félins, etc.) et d'élevage (bovins, ovins, etc.).

Sont exclus :

- Tout chien susceptible d'être dangereux c'est-à-dire les chiens de races Staffordshire bull terrier, Mastiff, American Staffordshire terrier, Tosa, les chiens assimilables par leurs caractéristiques morphologiques aux chiens de ces races ainsi que les chiens communément appelés « Pitt bull ».
- Tout animal appartenant à l'une des espèces suivantes : reptiles, amphibiens, arachnides, scorpions, félins, primates, insectes,
- Tout chat, chien ou furet ne remplissant pas les obligations d'identification, de vaccination et de détention de passeport fixées par la réglementation européenne.
- Les animaux détenus par le bénéficiaire dans le cadre d'un élevage ou d'une exploitation agricole,
- Le toilettage et les soins vétérinaires.

3.1.8. Aide-ménagère

Cette prestation s'applique en cas :

- D'immobilisation au domicile supérieure à 5 jours suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- D'hospitalisation de plus de 48 heures consécutives suite à maladie ou accident de l'Abonné ou de son conjoint,
- De séjour prolongé en maternité (plus de 8 jours) pour une complication non liée à la grossesse et à l'accouchement,
- De décès du conjoint.

Si l'état de santé de l'Abonné ou de son conjoint le nécessite (ou en cas de décès) et si son entourage ne peut lui apporter l'aide nécessaire, FILASSISTANCE INTERNATIONAL organise la mise en œuvre d'une aide-ménagère pour effectuer du repassage, du ménage et préparer les repas, selon le cas :

- Pendant les deux premières semaines d'immobilisation lorsque le bénéficiaire n'a pas été hospitalisé,
- Pendant l'hospitalisation ou dès le retour au domicile du bénéficiaire sur une période de 15 jours, à concurrence d'un maximum de 30 heures de travail effectif.

Le nombre d'heures allouées et leur répartition sur la période définie ci-dessus sont dans tous les cas du seul ressort du service médical de FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

3.1.9. Ecole à domicile

Cette prestation s'applique en cas de maladie ou d'accident de l'enfant nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 15 jours.

En cas de maladie ou d'accident survenu pendant l'année scolaire (suivant les dates publiées au Journal Officiel) entraînant une immobilisation au domicile et une impossibilité de suivre les cours pendant plus de 15 jours (avec certificat médical), FILASSISTANCE INTERNATIONAL recherche un répétiteur scolaire et prend en charge les frais ainsi engagés pendant 10 heures par semaine au maximum, jusqu'à la fin de l'année scolaire, hors vacances scolaires, week-end et jours fériés.

Cette garantie concerne les élèves régulièrement inscrits dans des établissements d'enseignement général, du cours préparatoire à la terminale.

L'ensemble des frais engagés pour cette garantie ne pourra excéder 1 525 TTC.

3.2. DÉPENSES DE SANTÉ ENGAGÉES À L'ETRANGER

3.2.1. Avance des frais médicaux à l'étranger

Lorsque les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation doivent être engagés à l'étranger, FILASSISTANCE INTERNATIONAL pourra en effectuer l'avance au bénéficiaire à concurrence de 4 574 TTC par bénéficiaire contre dépôt d'un chèque certifié, d'un chèque de banque ou d'un virement bancaire. Le bénéficiaire s'engage à rembourser l'avance dans un délai d'un mois à compter de son retour.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. survenus pendant la durée de la présente convention.

3.2.2. Remboursement complémentaire des frais médicaux engagés à l'étranger

Ce remboursement de frais vient en complément des remboursements obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants-droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il est affilié (mutuelle ou autre). Il ne peut dépasser la somme de 4 574 TTC. Le remboursement complémentaire de ces frais est fait par FILASSISTANCE INTERNATIONAL au bénéficiaire, à son retour en France, après recours effectué par lui auprès des organismes cités ci-dessus, sur présentation de pièces justificatives originales.

Il sera fait application d'une franchise absolue de 16 TTC sur le montant des remboursements dus par FILASSISTANCE INTERNATIONAL.

Ne donnent pas lieu à prise en charge :

- Les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation :
 - Consécutifs à un accident ou une maladie constatée médicalement survenus avant la validité de l'abonnement,
 - Occasionnés par le traitement d'une maladie ou blessure déjà connue avant la date d'effet de l'abonnement, à moins d'une complication imprévisible.
- Les frais de prothèses : optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques, ou autres,

- Les frais de soins dentaires supérieurs à 46 TTC (sans application de la franchise absolue de 16 ,
- Les frais engagés en France,
- Les frais de cure thermique et de séjour en maison de repos et/ou de convalescence,
- Les frais de rééducation.

Ces dispositions concernent les frais engagés à la suite d'un accident ou d'une maladie tels que définis au § 1.4. ayant un caractère imprévisible survenus pendant la durée de la présente convention.

3.3. REMBOURSEMENT DES FRAIS DE TÉLÉVISION

Cette prestation s'applique en cas d'hospitalisation de plus de 24 heures consécutives quelle qu'en soit la cause, **à l'exclusion de la maternité, des cures thermales, de toute intervention volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique, etc.) et de toute hospitalisation répétitive suite à une même cause.**

FILASSISTANCE INTERNATIONAL rembourse les frais de location de télévision à l'hôpital dans la limite de 153 TTC. Dans ce cas, le bénéficiaire devra transmettre sa demande de remboursement à FILASSISTANCE INTERNATIONAL **accompagnée impérativement de l'original de la facture des frais de télévision.**

3.4. VIE PRATIQUE

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel d'un bénéficiaire.

3.4.1. Transmission de messages urgents à caractère personnel

En cas de nécessité, FILASSISTANCE INTERNATIONAL assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du bénéficiaire.

3.4.2. Recherche de médicaments

Lorsque, pour des raisons de santé ou à la suite d'un accident survenu au domicile, le bénéficiaire n'est pas en mesure de se déplacer et qu'il est détenteur d'une ordonnance prescrivant l'achat urgent de médicaments, FILASSISTANCE INTERNATIONAL fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au bénéficiaire ses médicaments.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL fait l'avance du coût des médicaments, qui seront remboursés par le bénéficiaire dès qu'ils lui seront apportés.

FILASSISTANCE INTERNATIONAL ne pourra intervenir que dans la limite des disponibilités locales (pharmacie ouverte, etc.).

3.4.3. Assistance Obsèques

FILASSISTANCE INTERNATIONAL, en cas de nécessité, aide à l'organisation des obsèques du bénéficiaire (en accord avec les Organismes de Pompes Funèbres).

3.4.4. Avance de fonds en cas de décès

Suite au décès de l'un des membres de sa famille (conjoint, enfants à charge) FILASSISTANCE INTERNATIONAL procure au bénéficiaire, à titre d'avance sans intérêts et après versement d'une caution par un proche ou toute autre personne désignée par lui, une somme de 763 TTC (ou moins, si une somme inférieure est suffisante).

Cette avance est consentie dans le cas où le décès a pour conséquence l'indisponibilité momentanée de fonds ou dans le cas où l'avance consentie peut permettre de débloquer une situation. Elle est remboursable dans un délai d'un mois à compter de la date du versement.

3.4.5. Renseignements pour la santé de tous les jours

Sur simple appel téléphonique du bénéficiaire, l'un des médecins de FILASSISTANCE INTERNATIONAL répond à ses questions d'ordre médical ou diététique :

- Lui indique, en accord avec son médecin traitant, les types de cure correspondant à son état de santé et recherche les centres spécialisés en France,
- Recherche et indique les établissements médicaux spécialisés qui peuvent le recevoir s'il souffre d'un handicap, sans toutefois pouvoir garantir que le centre ou l'établissement indiqué l'accueillera.

Ces conseils qui ne peuvent se substituer à une consultation médicale sont à sa disposition du lundi au samedi de 9 H à 17 H.

3.5. JURIDIQUE

Les prestations ci-après s'appliquent sur simple appel du bénéficiaire FILASSISTANCE INTERNATIONAL peut fournir des renseignements **exclusivement d'ordre privé** dans les domaines suivants :

3.5.1. Renseignements Juridiques

- Habitation, Logement, Impôt, Fiscalité, Assurances, Allocations, Retraites, Justice, Défense, Recours, Salaires, Contrats de travail, Associations, Sociétés,
- Commerçants, Artisans, Droits du consommateur, Voisinage, Famille, Mariage, Divorce, Succession, Affaires sociales.

3.5.2. Renseignements Vie Pratique

- Formalités, Cartes, Permis, Enseignement, Formation, Services publics, Vacances, Loisirs, Activités culturelles, Logement.

Ces conseils, qui ne peuvent se substituer à une consultation juridique, sont à la disposition du bénéficiaire du lundi au vendredi de 9 H à 18 H 30.

Dans certains cas, un délai pourra être nécessaire avant d'obtenir une réponse. FILASSISTANCE INTERNATIONAL se chargera alors d'appeler le bénéficiaire demandeur

CHAPITRE 6 : GARANTIE OBSEQUES

Article 1 - Objet de l'adhésion

La présente adhésion a pour objet de garantir aux salariés ou membres de l'Entreprise ou du Groupement adhérent assurés, ainsi qu'aux membres de leur famille tels que désignés à l'article 3, des prestations en cas de décès, destinées au financement de tout ou partie de leurs obsèques, telles qu'elles résultent du régime assuré par Allianz Vie pour le risque Obsèques et Filassistance International pour le risque Assistance.

Article 2 - Formalités d'adhésion - durée

L'Entreprise ou le Groupement manifeste son accord sur les conditions de son adhésion en complétant et signant le bulletin d'adhésion, accompagné du montant de la cotisation statutaire annuelle et de la première échéance de cotisation d'assurance (ou d'un chèque d'acompte lorsque le paiement des cotisations intervient à terme échu), sauf stipulation contraire.

L'adhésion prend effet à la date mentionnée au recto du bulletin d'adhésion, sous réserve du retour à l'adhérent du bulletin signé par HENNER pour se terminer le 31 décembre de la même année.

Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année, sauf résiliation adressée par l'Entreprise, le Groupement adhérent ou HENNER, par lettre recommandée, au plus tard le 31 octobre précédent, ou résiliation prononcée par HENNER en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 9 ci-après.

L'Entreprise ou le Groupement adhérent est tenu de remettre à chacun des assurés une copie de la notice d'information et de les informer par écrit de toutes modifications de leurs droits et obligations.

Article 3 - Assurés

Sont admissibles à l'assurance :

Les participants, c'est-à-dire :

- Les salariés de l'Entreprise adhérente, âgés de moins de 65 ans à la date de leur affiliation ; *
- Les membres du Groupement adhérent, en activité et âgés de moins de 65 ans à la date de leur affiliation (les personnes en arrêt de travail ne seront admises à l'assurance qu'après reprise de leur activité) ;

Les membres de la famille du participant, c'est-à-dire :

- Le conjoint non séparé de corps du participant ou le partenaire lié au participant par un pacte Civil de Solidarité ou, à défaut, le concubin déclaré du participant (déclaration faite à l'appui d'un certificat de concubinage ou d'attestation sur l'honneur signée des deux intéressés ainsi que de deux témoins) ;
- Les enfants du participant à sa charge au sens des présentes conditions générales, c'est-à-dire :

- Les enfants de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans qui poursuivent des études,
- Les enfants, sans limite d'âge, qui sont infirmes ou accomplissent leur service militaire

A condition qu'ils relèvent du foyer fiscal de l'assuré.

Nota : La loi française interdisant la souscription d'une assurance sur la tête d'un enfant de moins de 12 ans (article L 132-3 du Code des Assurances), le montant des frais d'obsèques relatif à cette catégorie de bénéficiaires sera pris en charge à concurrence des frais réellement engagés, dans la limite de la garantie de base (décès maladie) du participant.

- * la limite d'âge est supprimée pour les participants lorsqu'ils sont assurés dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire dont l'Adhérent est leur employeur.

L'Entreprise ou le Groupement s'engage à communiquer à HENNER, sauf stipulation contraire :

- Au moment de son adhésion : la liste du personnel à assurer comportant les renseignements suivants : nom, prénom, date de naissance, situation familiale. En cours d'adhésion, toute modification concernant la population assurée : nouvelle affiliation avec précision de la date d'effet et de la date d'entrée dans l'entreprise ou le Groupement, radiation avec précision de la date d'effet.

Article 4 - Garanties et conditions de mise en œuvre

Le montant des garanties est indiqué au recto du bulletin d'adhésion.

Les prestations sont versées à concurrence des frais engagés, soit à la personne physique ou morale ayant pris en charge les frais, soit à l'entreprise de Pompes Funèbres ayant effectué les prestations. Lorsque la garantie est supérieure aux frais d'obsèques, le reliquat éventuel est versé aux bénéficiaires suivants : au conjoint ; à défaut aux descendants en parts égales entre eux, la part d'un descendant prédécédé revenant à ses propres descendants ; à défaut aux père et mère en parts égales entre eux ou au survivant en cas de prédécès de l'un d'eux ; à défaut aux héritiers.

Pour chaque dossier, les pièces suivantes doivent être adressées à HENNER : certificat de décès, facture acquittée des prestations effectuées par l'entreprise de Pompes Funèbres ou tout autre justificatif nécessaire au règlement garanti. HENNER règle les sommes dues dans les 48 heures suivant la réception des pièces justificatives ci-dessus.

Article 5 - Prise d'effet des garanties

Sauf stipulation contraire, les garanties sont acquises aux assurés :

- En cas de décès par accident : dès la prise d'effet de l'adhésion de l'Entreprise ou du Groupement pour les salariés ou membres présents lors de l'adhésion ou dès leur affiliation pour les salariés ou membres affiliés postérieurement à l'adhésion de l'Entreprise ou du Groupement.
- En cas de décès par maladie : à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la prise d'effet de l'adhésion de l'Entreprise ou du Groupement ou de la date d'affiliation du salarié ou membre de l'Entreprise ou du Groupement.

Par accident, il faut entendre toute action soudaine et violente atteignant l'assuré dans son intégrité physique par le fait d'un événement subit qui lui est extérieur. Par accident de la circulation, il faut entendre l'accident provoqué par un véhicule routier, ferroviaire, suspendu, maritime, fluvial ou aérien.

En tout état de cause, le décès doit être intervenu au plus tard dans l'année ayant suivi l'accident, quelle que soit la cause de ce dernier, pour être garanti.

Article 6 - Cessation des garanties

Les garanties cessent pour chacun des assurés dans les conditions suivantes :

- Pour les adhésions collectives, dès que le lien qui unit le participant à l'Adhérent est rompu ou lorsque l'adhésion est résiliée,
- Pour les membres de la famille, dès cessation de la garantie du participant ou dès qu'ils ne remplissent plus les conditions pour être couverts,
- Dans tous les cas, le 31 décembre de l'année du 65^{ème} anniversaire du participant, au plus tard.

Il est toutefois expressément convenu que la cessation de la garantie au 65^{ème} anniversaire du participant ne s'applique pas aux participants salariés lorsqu'ils sont assurés dans le cadre d'une adhésion collective obligatoire dont l'Adhérent est leur employeur.

La garantie provisoire pour le risque de décès résultant d'un accident prend fin à la date d'effet des garanties complètes.

Les participants qui cessent de bénéficier des garanties dans les conditions précitées peuvent adhérer au contrat « Henner Obsèques Reconduction » n° 613008 souscrit par HENNER auprès de l'assureur, à condition d'en faire la demande dans les 6 mois suivant la date de cessation.

Article 7 - Exclusions

Outre les exclusions qu'est habilitée à intégrer HENNER, en accord avec l'Assureur, sur les adhésions collectives présentant un risque spécifique, sont exclus des garanties les risques suivants :

Risques de guerre :

- **Pour les risques survenant dans les Etats composant l'Espace Economique Européen :** les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire.
- **Pour les risques survenant hors des Etats composant l'Espace Economique Européen :** au cas où la France est impliquée dans une action militaire ou de police et sauf convention contraire particulière, les conséquences d'une guerre civile ou étrangère, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire se produisant dans le ou les pays où la France est impliquée. Dans le cas contraire, l'exclusion ne s'applique que lorsque l'assuré prend une part active à l'événement.

Risques aériens :

Les conséquences d'un accident survenu au cours de compétitions, démonstrations aériennes, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activité de navigant militaire.

Par ailleurs, les conséquences d'un accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où l'assuré se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'assuré lui-même.

Autres risques :

- Le suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance,
- Les conséquences d'un attentat, ou d'une tentative d'attentat, sauf si l'assuré n'y prend pas une part active.

Article 8 – Cotisations

Les cotisations annuelles sont fonction du montant des garanties et du type de cotisation retenus. Elles sont payables d'avance ou à terme échu (les primes annuelles étant payables d'avance), selon les modalités et la périodicité définies au moment de l'adhésion.

Elles peuvent être revalorisées au terme de chaque année civile sur la base, notamment, des résultats enregistrés. Le taux d'augmentation des cotisations exigibles pour l'exercice suivant doit être communiqué à chaque Entreprise ou Groupement par HENNER deux mois avant le renouvellement annuel de son adhésion. En cas de refus de l'Entreprise ou du Groupement, HENNER pourra procéder à la résiliation de l'adhésion à effet de sa date de d'échéance dans les formes prévues à l'article 2.

Article 9 - Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations à leur échéance, les garanties seront suspendues pour les assurés relevant de l'Entreprise ou du Groupement adhérent concerné 30 jours après l'envoi à l'Entreprise ou au Groupement par HENNER ou son mandataire de la lettre recommandée de mise en demeure prévue à l'article L 113-3 du Code des Assurances.

Dix jours après l'expiration de ce délai de 30 jours, si les cotisations ne sont toujours pas payées, l'adhésion sera résiliée sans autre avis par HENNER, conformément aux dispositions des articles L 113-3 et L 141-3 du Code des Assurances.

En tout état de cause, les sinistres intervenus entre le début de la suspension des garanties et la résiliation de l'adhésion ne seront pas pris en charge par HENNER.

Article 10 - Relations consommateurs

Lorsque des assurés souhaitent obtenir des précisions, ils s'adressent à HENNER Département La Garantie Obsèques 14 bd du Général Leclerc - CS 20058 - 92527 Neuilly-sur-Seine.

Allianz Vie adhère à la charte de la Médiation de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA). L'interlocuteur habituel d'Allianz Vie est en mesure d'étudier toutes les demandes et réclamations. Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfaisaient pas les attentes, une réclamation peut être adressée à :

Allianz Vie - Médiation Assurances de Personnes
Case Courrier 1304 - 20 place de Seine - 92086 La Défense Cedex

Enfin, en cas de désaccord définitif, il est possible de faire appel au médiateur de la FFSA, dont Allianz Vie fournira les coordonnées sur simple demande, et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Article 11 - Loi informatique et libertés

Les renseignements concernant les assurés figurent sur des fichiers à l'usage de HENNER. Certains renseignements peuvent également figurer sur des fichiers à l'usage d'Allianz Vie.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, les assurés peuvent bénéficier d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données les concernant en adressant leur demande à HENNER ou à Allianz - Informatique et Libertés dont l'adresse est indiquée à l'article 10 ci-dessus.

ANNEXE 1 : GARANTIES, CONDITIONS D'UTILISATION, LIMITATION ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Tableau de garanties Henner Particuliers Santé 1/2

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
HOSPITALISATION				
Hospitalisation chirurgicale et médicale - y compris maternité				
Frais de séjour				
Établissement conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Établissement non conventionné	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR
Honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste réanimateur				
OPTAM ou OPTAM-CO	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Chambre particulière (limitée à 30 jours par an au total)	40 € par jour	50 € par jour	60 € par jour	80 € par jour
Autres frais hospitaliers				
Lit d'accompagnant (limité à 15 jours par an)	20 € par jour	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour
Forfait hospitalier journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Forfait 18 € sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Hospitalisation à domicile (limitée à 60 jours)	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Forfait naissance (pour les personnes âgées de - 55 ans)	200 €	200 €	200 €	200 €
SOINS COURANTS				
Médecin généraliste ou spécialiste				
OPTAM ou OPTAM-CO	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin, Actes de radiologie et échographie				
OPTAM ou OPTAM-CO	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Auxiliaires médicaux	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Analyses et travaux de laboratoire	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Pharmacie prise en charge par l'AM (médicaments et homéopathie)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
DENTAIRE				
Radiologie dentaire	125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR
Soins dentaires				
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques	125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR
Parodontologie non prise en charge par l'AM			100 €	150 €
Prothèses dentaires (à date d'achat)				
Prothèses dentaires, Inlays et Orthodontie remboursées par l'AM	125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR
Prothèses non prises en charge par l'AM (limitées à 2 dents par an)		100 € par dent	150 € par dent	200 € par dent
Implantologie				
Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM			100 € par an	150 € par an
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM			100 € par an	150 € par an
Inlay core non pris en charge par l'AM			100 € par an	150 € par an
Bridge sur implant non pris en charge par l'AM			100 € par an	150 € par an
Orthodontie non prise en charge par l'AM			100 € par an	150 € par an
BONUS FIDELITE 3 ans				
Prothèses dentaires, Inlay, Orthodontie remboursés	+25 % BR	+50 % BR	+50 % BR	+50 % BR
BONUS FIDELITE 5 ans				
Prothèses dentaires, Inlay, Orthodontie remboursés	+50 % BR	+100 % BR	+100 % BR	+100 % BR
Plafond Prestations Globales Année 1		800 €	1000 €	1200 €
Plafond Prestations Globales Années suivantes		1200 €	1500€	1800€

Tableau de garanties Henner Particuliers Santé 2/2

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
OPTIQUE				
Équipement renouvelable tous les 2 ans pour les adultes et tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription. ⁽¹⁾				
Plafond sur les montures	150 €	150 €	150 €	150 €
Équipement simple (y compris monture) ⁽²⁾	100 €	150 €	200 €	250 €
Équipement complexe (y compris monture) ⁽²⁾	200 €	250 €	300 €	400 €
Équipement très complexe (y compris monture) ⁽²⁾	200 €	250 €	300 €	400 €
Lentilles cornéennes, prises en charge ou non par l'AM				
Au-delà du plafond, remboursement du TM		50 € par an	100 € par an	150 € par an
Chirurgie réfractive (par œil et par an)		100 €	200 €	300 €
BONUS FIDELITE 3 ANS (max 150 € pour la monture)				
verres simples + monture	+25 €	+50 €	+50 €	+50 €
verres complexes et très complexes + monture	+25 €	+50 €	+50 €	+50 €
BONUS FIDELITE 5 ANS (max 150 € pour la monture)				
verres simples + monture	+50 €	+75 €	+75 €	+75 €
verres complexes/très complexes + monture	+50 €	+75 €	+75 €	+75 €
APPAREILLAGE, CURE				
Prothèses médicales (appareillages, accessoires)	100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR
Prothèses auditives par équipement - 2 équipements max tous les 3 ans (au-delà du forfait, remboursement du TM)	100% BR + 100€	100% BR + 150€	100% BR + 200€	150% BR + 250€
Cures thermales remboursées par l'AM - forfait annuel	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €	100 % BR + 150 €
PRÉVENTION				
Actes de prévention (conformément aux dispositions du contrat responsable)	OUI	OUI	OUI	OUI
Pharmacie prescrite non prise en charge par l'AM (médicaments et vaccins, sur prescription médicale) - forfait annuel		50 % des FR dans la limite de 35€	50 % des FR dans la limite de 55€	50 % des FR dans la limite de 75€
Actes de prévention non pris en charge par l'AM (dont ostéodensitométrie, dépistage colorectal, dépistage cataracte et glaucome, bilan de la mémoire, troubles de l'audition)	25€ par an	25€ par an	50€ par an	75€ par an
Médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) - Forfait par acte (maxi 3 par an et par bénéficiaire)	90% FR dans la limite de 20€/acte	90 % FR dans la limite de 30€/acte	90 % FR dans la limite de 40€/acte	90 % FR dans la limite de 50€/acte
AUTRES				
Assistance Vie Quotidienne	OUI	OUI	OUI	OUI
Garantie Obsèques (jusqu'à 65 ans)	500 €	500 €	500 €	500 €

Sauf indication particulière, les garanties sont exprimées en % de la BR (Base de Remboursement de l'Assurance Maladie) et incluent les remboursements de l'Assurance Maladie.

(1) La période de référence s'apprécie à partir de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal au maximum des remboursements des deux catégories. Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.

(2) Equipement simple = Classe A : verres unifocaux, sphère inférieure ou égale à 6, et cylindre inférieur ou égal à 4

Équipement complexe = Classe C : verres unifocaux de sphère supérieure à 6 ou de cylindre supérieur à 4, verres progressifs sphériques de sphère inférieure ou égale à 4 ou verres progressifs sphéro-cylindriques de sphère inférieure ou égale à 8

Équipement très complexe = Classe F : verres multifocaux sphériques de sphère supérieure à 4 ou verres sphéro-cylindriques de sphère supérieure à 8

Lexique

BR : Base de Remboursement de la Sécurité

Sociale

FR : Frais réels

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité

Sociale

OPTAM : L'Option Pratique Tarifaire

Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins.

Une déclinaison l'OPTAM-CO est proposée pour la chirurgie et la gynécologie-obstétrique.

L'OPTAM remplace le contrat d'accès aux soins (CAS).

A. FORFAIT LUNETTES

Définition :

Le forfait lunettes vise à couvrir les frais exposés pour l'acquisition de lunettes en complément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Par « lunettes » il convient d'entendre un équipement composé de deux verres et d'une monture.

Le forfait lunettes est une enveloppe forfaitaire exprimée en euros. Il inclut le remboursement du ticket modérateur, celui-ci ne peut donc faire l'objet d'un remboursement en cas d'utilisation du forfait dans sa totalité. Il inclut le remboursement des verres et de la monture, étant précisé qu'au sein même de cette enveloppe, un plafond de remboursement maximal est alloué au remboursement des frais d'acquisition de la monture.

Périodicité :

La prise en charge du forfait lunette est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, le forfait lunettes peut couvrir une prise en charge de deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun des deux déficits mentionnés ci-dessus.

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

Cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la prescription médicale précisant le changement de la correction soit dans le cadre d'un renouvellement des lunettes avec une nouvelle correction ; celle-ci sera comparée à la correction du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme complémentaire.

Cette période de 24 mois (réduite à 12 mois pour les mineurs et en cas d'évolution de la vue) s'apprécie à la date d'acquisition de l'équipement ou d'un élément de d'équipement optique (verres ou monture). Il s'agit d'une période fixe qui ne peut être ni réduite ni allongée.

Lorsque le Bénéficiaire 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 peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément de l'équipement optique et s'achève deux ans après.

Montant :

Le montant du forfait dépend de la formule choisie et du type d'anomalie de la vision.

Le montant du forfait lunettes varie ainsi en fonction de la nature des verres et de la durée de l'adhésion. Chaque forfait lunettes comprend en outre une limite propre au remboursement de la monture.

Les forfaits lunettes sont distingués entre Lunettes « Verres simples », Lunettes « verres complexes » et Lunettes « verres très complexes » de la manière suivante :

LUNETTES « VERRES TRÈS COMPLEXES »				
Equipement	Equipement comportant : Deux verres Classe F : verres multifocaux sphériques de sphère supérieure à 4 ou verres sphéro-cylindriques de sphère supérieure à 8 et une monture.			
FORMULE :	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Le forfait est limité à :	200	300	350	450
Dont au maximum pour la monture :	150	150	150	150
Bonus 3 ans révolus	+25	+50	+50	+50
Bonus 5 ans révolus	+50	+75	+75	+75
LUNETTES « VERRES SIMPLES »				
Equipement	Equipement comportant : Deux verres Classe A : verres unifocaux, sphère inférieure ou égale à 6, et cylindre inférieur ou égal à 4- Et une monture.			
FORMULE :	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Le forfait est limité à :	100	150	200	250
Dont au maximum pour la monture :	150	150	150	150
Bonus 3 ans révolus	+25	+50	+50	+50
Bonus 5 ans révolus	+50	+75	+75	+75
LUNETTES « COMPLEXES »				
Equipement	Equipement comportant : Deux verres Classe C : verres unifocaux de sphère supérieure à 6 ou de cylindre supérieur à 4, verres progressifs sphériques de sphère inférieure ou égale à 4 ou verres progressifs sphéro-cylindriques de sphère inférieure ou égale à 8 Et une monture.			
FORMULE :	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Le forfait est limité à :	200	300	350	450
Dont au maximum pour la monture :	150	150	150	150
Bonus 3 ans révolus	+25	+50	+50	+50
Bonus 5 ans révolus	+50	+75	+75	+75

B. LENTILLES OPTIQUES NON PRISES EN CHARGE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE

La garantie dépend de la formule choisie, ainsi :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Le forfait est limité à :	50	100	150	200

La période d'utilisation du forfait est d'une année civile à la date d'acquisition des lentilles. Au cours de cette période, le bénéficiaire a droit à un ou plusieurs remboursement(s) à hauteur du forfait.

Au-delà du forfait, la Mutuelle continue de prendre en charge le ticket modérateur lorsqu'il y a eu remboursement par le régime obligatoire

C. FORFAIT CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Forfait global par il et par année civile, dont le montant forfaitaire dépend de la formule choisie :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Le forfait est limité à :	-	200	3000	400

D. PRESTATIONS D'HOSPITALISATION : Frais de séjour

La Mutuelle prend en charge la totalité du ticket modérateur relatif aux frais de séjours dans un établissement de santé public et privé conventionné par le régime obligatoire.

La Mutuelle prend en charge à hauteur de 150% de la BR les frais de séjour dans un établissement de santé privé non- conventionné sur la base du tarif d'autorité appliqué à ce type d'établissement.

Forfait journalier hospitalier

La Mutuelle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles (centres de repos, d'insertion ou de rééducation, notamment).

Chambre particulière avec et sans hébergement

Le gestionnaire verse à l'Adhérent un montant forfaitaire par journée. Cette garantie est limitée à 30 jours par année civile et par bénéficiaire dans le cadre d'un séjour en psychiatrie, neuropsychiatrie, diététique, centre de réadaptation fonctionnelle et maison de santé.

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

Forfait accompagnement de l'enfant de moins de 18 ans

Il est versé sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes dans la limite de 15 jours par année civile et par bénéficiaire.

Forfait naissance

Le forfait peut prendre en charge les frais liés à la maternité pour tous les adhérents à la date de naissance de leur enfant, même si l'enfant n'est pas inscrit sur le contrat. Il est forfaitaire et soumis à la présentation d'un acte de naissance.

E. PRESTATIONS DENTAIRES

Est pris en charge au titre des prestations dentaire le ticket modérateur.

Les bénéficiaires ont droit en outre à des forfaits annuels spécifiques pour l'implantologie et l'orthodontie non pris en charge par le Régime obligatoire. Son montant par an et par bénéficiaire varie selon la formule choisie et de la durée de l'adhésion :

Les garanties dentaires sont plafonnées selon les modalités suivantes lors :

Garantie non prises en charge	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Prothèses non prises en charge	125 /dent	150 /dent	200 /dent	300 /dent
Bilan pré implantaire non pris en charge			150 /dent	300 /dent
Implant intra osseux (racine) non pris en charge			150 /dent	300 /dent
Inlay core non pris en charge			150 /dent	300 /dent
Bridge sur implant non pris en charge			150 /dent	300 /dent
Bonus fidélité sur la ligne prothèses dentaires, inlay et orthodontie remboursée	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
Bonus 3 ans révolus	+25% BR	+50% BR	+50% BR	+50% BR
Bonus 5 ans révolus	+50% BR	+100% BR	+100% BR	+100% BR
Somme totale des remboursements ↘	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4
12 premiers mois		800	1000	1200
Au-delà des 12 premiers mois		1500	2000	2500

Une fois le plafond atteint, la mutuelle remboursera au niveau du ticket modérateur.

F. Prévention et Médecine douce

Les forfaits Prévention et médecine douce permettent le remboursement de prestations sur une base forfaitaire annuelle globale.

En outre, tous les actes de prévention cités au contrat responsables sont pris en charge, à savoir :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (AMO24), à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
4. Dépistage de l'hépatite B (codes NABM 4713, 4714, 0323, 0351).
5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - a) Audiométrie tonale ou vocale (CDQP010) ;
 - b) Audiométrie tonale avec tympanométrie (CDQP015) ;
 - c) Audiométrie vocale dans le bruit (CDQP011) ;
 - d) Audiométrie tonale et vocale (CDQP012) ;
 - e) Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie (CDQP002).
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - a) Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - b) Coqueluche : avant 14 ans ;
 - c) Hépatite B : avant 14 ans ;
 - d) BCG : avant 6 ans ;
 - e) Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
 - f) Haemophilus influenzae B ;
 - g) Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Conditions d'utilisation :

En règle générale nos forfaits remboursent les prestations et équipements non pris en charge par le Régime Obligatoire (RO).

Les forfaits s'entendent par année civile et par bénéficiaire.

Le reliquat du forfait annuel non utilisé ne peut pas faire l'objet d'un report sur l'année suivante.

L'Adhérent doit, préalablement au versement du forfait, présenter au gestionnaire les justificatifs de dépenses.

Il est utilisable pour les consultations en médecine douce ou des prestations non remboursées par le régime obligatoire telles que visées dans le tableau de garanties étant précisé :

❖ La pharmacie :

Médicaments et vaccins prescrits et non remboursés par le RO prennent en charge : l'homéopathie, les médicaments et les vaccins non remboursés par l'assurance maladie.

❖ Les actes de prévention pris et non pris en charge par l'assurance maladie :

- Ostéodensitométrie, dépistage colorectal, dépistage cataracte et glaucome, bilan de la mémoire, troubles de l'audition.

Remboursement par an dans la limite des frais réels sur la base d'une facture acquittée.

❖ Médecine douces :

Ne peuvent faire l'objet d'un remboursement au titre de ce forfait, que les consultations, des professionnels de santé suivants :

- Ostéopathe/Chiropracteur, inscrit au répertoire ADELI, ou au répertoire amené à le remplacer
- Acupuncture, Homéopathie, phytothérapie, sophrologie et mésothérapie exercée par un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste, disposant des diplômes leur permettant de pratiquer ces actes légalement ;
- Auxiliaires médicaux non remboursés
- Nutritionniste/Diététicien, Psychomotricien, Ergothérapeute, Pédiurie-Podologie inscrits au répertoire ADELI ou au répertoire amené à le remplacer.

ANNEXE 2 : LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ (LEXIQUE)

Ce lexique reprend l'ensemble des termes utilisés dans le tableau des garanties et la Notice d'information.

Adhérent / Membre participant

Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

Aide Médicale d'Etat (AME)

Dispositif destiné à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

Tarif de convention (TC)

Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.

Tarif d'autorité (TA)

Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de responsabilité (TR)

Pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Sont synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaire

Personne assurée au titre du présent contrat (membre participant / adhérent ou ayant droit), inscrite et portée au bulletin d'adhésion.

Conventionné/non conventionné

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de

remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- **Le médecin conventionné de secteur 1** applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.
- **Le médecin conventionné de secteur 2** pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Il convient de distinguer :
- **Le médecin conventionné qui a adhéré à l'OPTAM/ OPTAM-CO** (voir ci-après) qui pratique des dépassements modérés et dont les soins sont mieux remboursés tant par l'Assurance Maladie que par la Mutuelle.
- **Le médecin qui n'a pas adhéré à l'OPTAM/ OPTAM-CO** et qui ne s'est donc pas engagé à modérer et stabiliser ses honoraires.

Le site annuaire santé.ameli.fr permet de retrouver le secteur d'exercice du médecin et son éventuelle adhésion l'OPTAM/ OPTAM-CO.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire gratuite. Pour en bénéficier, il faut :

1. résider en France depuis plus de 3 mois ;
2. être en situation régulière ;
3. avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant.

Franchises médicales

Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré. Son montant est de :

- 50 centimes d'euros par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes d'euros par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports d'urgence.

La franchise est plafonnée :

- Annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- Quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports sanitaires.

En sont exonérés :

- les enfants de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement ;

- et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat, ne rembourse pas ces franchises médicales.

Gestionnaire

L'organisme en charge de la gestion de votre contrat, Henner, 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine

Médecin traitant

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

Optam / Optam-co

La finalité de l'Optam, Optam-CO est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

- **Optam** : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ;
- **Optam-CO** : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Les médecins peuvent ou non adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée que sont l'Optam et l'Optam-CO. Ceux qui y adhèrent prennent l'engagement de respecter un taux d'activité à tarifs opposables et un taux de dépassement moyen d'honoraires. En contrepartie, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables et d'une rémunération spécifique.»

Parcours de soins coordonnés : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Une personne est hors parcours de soins coordonnés si elle :

- n'a pas déclaré de médecin traitant ;
- consulte un autre médecin sans être orientée par son médecin traitant, sauf si elle se trouvait dans une situation d'urgence et/ ou d'éloignement géographique.

Cependant, pour certains soins et certaines spécialités, un accès direct est possible sans passer par le médecin traitant. C'est le cas pour :

- un gynécologue, pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse, l'IVG médicamenteuse ;
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre, pour les personnes entre 16 et 25 ans ;
- un stomatologue, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

Hors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la Mutuelle, au titre du caractère responsable du contrat, ne prend pas en charge la différence.

Participation forfaitaire des actes coûteux ou Forfait « 18 euros »

Participation forfaitaire qui s'applique sur les actes pratiqués lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe et dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte). Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait. Son montant peut être révisé par voie réglementaire.

Cette participation forfaitaire se substitue au ticket modérateur, elle est prise en charge par Mutualia.

Participation forfaitaire d'un euro

Participation laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 4 euros par jour, 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Le PMSS est une base de calcul permettant de fixer chaque année les nouveaux montants des cotisations au régime de retraite de base et de retraite complémentaire, de l'aide au logement et des allocations chômage, etc.

Le PMSS sert également de référence aux remboursements de dépenses de santé. Le plafond mensuel de Sécurité sociale est donc autant une base de calcul des prestations sociales que des cotisations

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)

Tiers payant

Système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droits s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La carte d'adhérent remise permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de La Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant l'extinction de la relation contractuelle avec La Mutuelle. La date prise en considération pour le remboursement des prestations par La Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

Notes

[illegible]

Le contrat HENNER PARTICULIERS SANTE est un contrat conçu et négocié auprès de
l'assureur, avec mandat de distribution exclusif, par :



CONDITIONS GENERALES

SANTE NON RESPONSABLE ET PREVOYANCE

Henner Particuliers Santé



LE CONTRAT HENNER PARTICULIERS SANTE

VOTRE NOTICE D'INFORMATION SANTE

GMC Association souhaite faire bénéficier ses adhérents d'une couverture complémentaire santé de bon niveau.

Pour réaliser cet objectif, GMC Association a fait le choix de souscrire un contrat collectif à adhésion facultative auprès de Mutualia Territoires Solidaires, Mutualia Alliance Santé et Mutualia Grand Ouest, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et membres de l'UMG Mutualia.

Le présent document constitue la notice d'information prévue à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

« GMC Association » est dénommée ci-après « Le Souscripteur », les entités du groupe Mutualia, sont nommées « la Mutuelle » ou « Mutualia » et la personne adhérente au contrat « Adhérent » ou « Membre participant ».

La notice définit les garanties prévues par ce contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque et précise notamment le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances, exclusions ou limitations de garanties, ainsi que les délais de prescription.

GMC association met à votre disposition :

La présente notice d'information que l'association est tenue de vous remettre accompagnée des statuts et, le cas échéant du règlement intérieur de la Mutuelle.

Dans le cadre d'une vente en agence ou hors établissement, le distributeur vous remettra directement l'ensemble des documents contractuels dont la présente notice.

En cas de modification de la présente notice, l'association ou le distributeur vous remettront une notice modificative établie à cet effet par la Mutuelle.

Mutualia Territoires Solidaires, Mutualia Alliance Santé et Mutualia Grand Ouest, mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et membres de l'UMG Mutualia.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : LE BENEFICE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE	6
1. Quels est l'objet des contrats souscrits par GMC association ?	6
3. Comment adhérer et pour quelle durée ?.....	8
4. Quand l'adhésion prend-t-elle fin ?	12
5. Comment choisir et changer sa formule ?	13
6. Que faire en cas de modification intervenant dans votre situation ?	14
CHAPITRE 2 : PRISE D'EFFET ET TERME DES GARANTIES.....	15
1. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES EFFET ?	15
2. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES FIN ?	16
CHAPITRE 3 : VOS GARANTIES ET PRESTATIONS.....	16
1. A quelles garanties ai-je droit ?	16
2. Remboursements comment faire ?.....	22
CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS GENERALES	26
1. Cotisations	26
2. Prescription	27
3. Subrogation	27
4. Contrôle médical	28
5. Fausse déclaration.....	28
6. Réclamations	28
7. Mediation des litiges de la consommation.....	29
8. Autorité de contrôle	30
9. Loi informatique et libertés	30
ANNEXE 1 : GARANTIES FORMULE HOSPI	32
ANNEXE 2 : GARANTIES OPTIONS SANTE	35
ANNEXE 3 : GARANTIE OPTION CAPITAL ACCIDENT	38
ANNEXE 4 : GARANTIE OPTION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALIERES.....	39
ANNEXE 5 : LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ (LEXIQUE)	40

CHAPITRE 1 : LE BENEFICE DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

1. Quels est l'objet des contrats souscrits par GMC association ?

Pour le contrat formule « Hospi » :

Le contrat a pour objet de garantir le remboursement des frais d'hospitalisation, survenue à la suite d'un accident, une maladie ou une maternité au profit des membres du souscripteur relevant du territoire d'exercice de la Mutuelle.

Les membres du Souscripteur qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « membre participant» de la Mutuelle ; leur adhésion est facultative.

Ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

Pour le contrat options santé :

Le contrat a pour objet de compléter le remboursement des frais de santé effectué par le socle de base de la gamme Henner Particuliers Santé souscrit par les membres du souscripteur et relevant du territoire d'exercice de la Mutuelle.

Les membres du Souscripteur qui adhèrent au contrat acquièrent la qualité de « membre participant» de la Mutuelle ; leur adhésion est facultative.

Ils sont également dénommés ci-après « Adhérents ».

Pour le contrat option Capital Accident :

Le contrat a pour objet de garantir un capital en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'adhérent résultant d'un accident garanti.

Pour le contrat option Indemnité Journalière Hospitalière :

Le contrat a pour objet de garantir une allocation journalière en cas d'hospitalisation, survenue à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité.

La présente notice définit le contenu des engagements contractuels existant entre l'adhérent, ses ayants droit et Mutualia, en ce qui concerne les cotisations et les prestations, dans le respect des statuts de la Mutuelle et du Code de la mutualité.

2. Qui peut bénéficier du contrat ?

2.1. Adhérents : Conditions d'adhésion

Peuvent exclusivement adhérer aux présents contrats :

- Les personnes adhérentes à GMC Association
- Affilié à un régime obligatoire de la sécurité sociale en conformité avec les statuts de celle-ci.
- Résidant en France métropolitaine, dans l'un des départements et régions d'outre-mer, ou en Nouvelle Calédonie
- Majeures civilement responsables

De plus pour les options, peuvent exclusivement adhérer au présent contrat :

- Les personnes adhérentes à une formule de base de la gamme Henner Particuliers Santé.

Pour adhérer au contrat Option Capital Accident, les conditions cumulatives à la date d'effet du contrat sont :

- Etre adhérent au contrat Henner Particuliers Santé
- Etre âgée de 18 ans à 75 ans inclus, l'âge atteint à la date anniversaire de la date d'effet du contrat subordonnant son renouvellement pour un an ou sa cessation.
- Avoir pris connaissance de la présente notice et avoir rempli un bulletin d'adhésion à cette garantie,

Pour adhérer au contrat Option Indemnité Journalière Hospitalière, les conditions cumulatives à la date d'effet du contrat sont :

- Etre adhérent au contrat Henner Particuliers Santé
- Etre âgée de 18 ans à 69 ans inclus, à la date d'effet du contrat subordonnant son renouvellement pour un an ou sa cessation.
- Avoir pris connaissance de la présente notice et avoir rempli un bulletin d'adhésion à cette garantie,

Dispositions particulières aux adhésions réalisées à distance ou « hors établissement ».

Mutualia reconnaît aux adhérents un droit de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du Code de la Mutualité et dans les conditions définies ci-dessous.

2.2. Ayants droit : Conditions de rattachement

Peuvent bénéficier des garanties en tant qu'ayant droit de l'Adhérent :

- Son conjoint : est considéré comme conjoint de l'adhérent :

- Son époux ou épouse : non divorcé et non séparé(e) de corps judiciairement ;
- Son concubin : vit en concubinage au sens de l'article 515-8 du Code civil, c'est-à-dire une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes majeures qui vivent en couple. Les concubins doivent être libres de tout lien matrimonial c'est-à-dire célibataires, veufs ou divorcés et ne pas être liés par un PACS ;
- Le partenaire lié au Membre Participant par un pacte civil de solidarité (Pacs) pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 à 515-7 du Code civil ;

- Ses enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve :

D'une part :

- Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans ;
- Qu'ils soient âgés de moins de 28 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :
 - Qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres d'une activité salariée, sauf emplois rémunérés mensuellement moins de 65% du SMIC ;
 - Qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage ;
 - Qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré
- Quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire ou leur 28^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études.

Et d'autre part :

- Qu'ils bénéficient d'un régime de Sécurité sociale du fait de l'affiliation de l'assuré, de son conjoint, de son partenaire de PACS, de son concubin ou d'une affiliation personnelle ;
- Et qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule dont bénéficie l'Adhérent.

3. Comment adhérer et pour quelle durée ?

3.1. Modalités d'adhésion

L'affiliation au contrat collectif à adhésion facultative nécessite d'accomplir certaines formalités.

Pour cela, il vous est remis le Bulletin d'adhésion, les statuts de la Mutuelle et, le cas échéant, son règlement intérieur, ainsi que la présente notice d'information du contrat.

Vous devez compléter le Bulletin d'adhésion ainsi remis, pour vous-même et, le cas échéant, vos ayants droits. Pour bénéficier des prestations, doivent également être joints à ce bulletin, une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer datant de moins de 6 mois, un relevé d'identité bancaire, un mandat SEPA comportant votre numéro IBAN, ainsi que l'ensemble des autres éléments **qui** y sont visés.

Pièces justificatives à fournir pour enregistrer un ayant-droit :

STATUT		JUSTIFICATIFS
Conjoint et assimilés	Conjoint	Copie de l'attestation de la Carte Vitale
	Concubin Et Partenaire lié au participant par un Pacte Civil de Solidarité (PACS)	
Enfant (s) du participant, du conjoint et assimilés	Pour tous les enfants quelle que soit leur situation	Copie de l'attestation Carte vitale de l'enfant
	Pour les enfants inscrits à pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou qui effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré	Copie de l'attestation d'inscription à pôle emploi ou copie de la convention de stage
	Pour les enfants de 28 ans poursuivant des études et affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale	Carte d'étudiant en vigueur pour l'année scolaire ou certificat de scolarité
	Pour les enfants en premier apprentissage âgés de moins de 28 ans vivant sous le même toit que le participant	Copie du contrat d'apprentissage
	Pour les enfants exerçant une activité professionnelle leur procurant un revenu inférieur à 65% du SMIC âgés de moins de 28 ans vivant sous le même toit que le participant	Copie du contrat de travail Copie du livret de famille
	Pour les enfants sans limitation d'âges ils bénéficient de l'allocation aux handicapés adultes	Carte d'invalidité
Personnes à la charge du Membre participant	Ascendant à charge au sens du Régime Obligatoire et vivant sous le même toit que le Membre participant	Copie de l'attestation de la Carte Vitale

La signature du Bulletin d'adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis par les statuts, le règlement intérieur le cas échéant et la notice d'information.

La notion de signature recouvre tant la signature manuscrite apposée sur le bulletin d'adhésion, que la signature électronique dans le cas de souscription d'une garantie par voie électronique.

L'adhésion est matérialisée par le certificat d'adhésion.

3.2. Dispositions particulières aux adhésions réalisées à distance ou « hors établissement »

Mutualia reconnaît aux adhérents un droit de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage conformément aux articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la Mutualité et dans les conditions définies ci-dessous.

a. Vente à distance

Le membre participant qui a adhéré exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance (par exemple internet, vente par correspondance, téléphone) dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir soit :

- à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations prévues à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle de la prise d'effet de l'adhésion.

Pour les adhésions renouvelables par tacite reconduction, ce droit de renonciation ne s'applique qu'à l'adhésion initiale.

La prise d'effet de l'adhésion est retardée jusqu'à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus, sauf si le membre participant demande à La Mutuelle à bénéficier d'une prise d'effet antérieure à leur expiration. Est prise en compte à cette fin la date d'effet indiquée lors de l'adhésion.

Le membre participant qui a demandé une prise d'effet de son adhésion antérieure à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus reste redevable d'une somme égale au montant de la cotisation annuelle divisée par le nombre de jours séparant la prise d'effet de l'adhésion, de l'exercice de la renonciation.

En cas de renonciation dans les délais ci-dessus, La Mutuelle restituera au membre participant les sommes qu'il lui a versées, dans les trente jours de la réception de sa renonciation, diminuées de la quote-part correspondant à la durée de la garantie dont il a bénéficié si le membre participant avait demandé une prise d'effet anticipé de son adhésion. La Mutuelle lui versera en outre, en cas de retard, des intérêts au taux légal à compter du trente-et-unième jour suivant cette renonciation.

b. Démarchage

Tout membre participant qui a fait l'objet d'un démarchage à domicile, à résidence ou sur le lieu de travail, même à sa demande, le Membre Participant a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai légal met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

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 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.

c. Perte du droit à renonciation

Que ce soit dans le cadre d'un démarchage ou d'une vente à distance, 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.

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

d. Modèle de courrier de renonciation

Le membre participant qui souhaite exercer son droit de renonciation peut exprimer sa décision par toutes déclarations sous toutes formes, sous réserve qu'elle soit dénuée d'ambiguïté, le modèle figurant ci-dessous ayant un caractère facultatif.

Il est rappelé que la charge de la preuve de l'envoi de la renonciation pèse sur le Membre Participant (article 1315 du Code civil).

*** Modèle de lettre de renonciation :**

«Madame, Monsieur,

Je soussigné (nom - prénoms).....déclare renoncer à mon adhésion au Contrat Henner Particuliers Santé, numéro HGS assuré par Mutualia, conclu à distance ou dans le cadre d'un démarchage.

Mon adhésion prendra fin à la date de réception, par votre organisme, de la présente lettre de renonciation, conformément au dispositif de renonciation applicable et décrit au sein de ma notice.

J'atteste n'avoir connaissance à la date d'envoi de cette lettre, d'aucun sinistre mettant en jeu une garantie du contrat.

En vous en remerciant par avance je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes

Salutations distinguées.

Fait à, le

Signature»

3.3. Date d'effet de l'adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante :

- A la date inscrite sur la demande d'adhésion ou ;
- A une date ultérieure fixée sur celle-ci, n'excédant pas 12 mois au-delà la date de réception de votre demande, le cachet de la poste faisant foi.

3.4. Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion soit 12 mois après la prise d'effet des garanties. L'adhésion se renouvelle ensuite d'année en année, par tacite reconduction.

3.5. Mutuelle d'adhésion

La mutuelle d'adhésion est déterminée par le code postal de la résidence déclarée sur le bulletin d'adhésion, selon les modalités suivantes :

Vous êtes adhérent à MUTUALIA GRAND OUEST pour les départements: 14, 18, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85. Adresse postale : Mutualia Grand Ouest - 6 rue Anita Conti - CS 82320 – 56008 VANNES CEDEX

Vous êtes adhérent à MUTUALIA ALLIANCE SANTE pour les départements: 2, 7, 11, 12, 13, 17, 19, 23, 30, 34, 42, 43, 46, 48, 59, 60, 62, 66, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95. Adresse postale : Mutualia Alliance Santé - Service Adhérent - 1 rue André Gatoux - CS 10905 - 62033 ARRAS Cedex

Vous êtes adhérent à MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES pour les départements: 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 20, 21, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 47, 63, 69, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 64, 65, 67, 68, 70, 71, 73, 74, 83, 84, 88, 89, 90, 97, 98. Adresse postale : Mutualia Territoires Solidaires - 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES CEDEX

4. QUAND L'ADHÉSION PREND-T-ELLE FIN ?

4.1. Résiliation annuelle

a. Adhésion

Afin de résilier ses garanties l'adhérent doit respecter les conditions cumulatives suivantes :

-Adresser une demande de résiliation écrite, par lettre recommandée à l'adresse ci-dessous :

HENNER GMCPRO UG 100
Immeuble le Parvis 6 rue Henri Moissan
CS 10043 51726 Reims Cedex

-Respecter **un préavis d'au moins deux mois** précédant la date d'anniversaire de la prise d'effet de votre adhésion.

-Respecter un délai maximum d'un mois en cas de modification de tarif ou de garanties par la Mutuelle, suivant la notification de celle-ci.

b. Ayants droit

Vous pouvez, de la même manière, résilier le rattachement de l'un de vos ayants droit avec un préavis de deux mois précédant la date d'anniversaire de la prise d'effet de votre adhésion pour résilier son affiliation au contrat par lettre recommandée.

4.2. Résiliation en cas de modification

En cas de modification de vos droits et obligations, vous pouvez résilier votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice informant de ces modifications, conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

L'adhésion prend alors fin le 1er jour du mois qui suit la date de réception par le gestionnaire de la lettre de résiliation.

4.3. Perte des conditions d'adhésion

L'adhésion prend fin lorsque les conditions prévues au « I. 2.1 Adhérents : Conditions d'adhésion » ne sont plus remplies par l'Adhérent.

Pour l'option Capital Accident :

Pour chaque bénéficiaire, la garantie se termine :

- à la fin du mois qui suit le 81^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- dès le versement du capital garanti,
- dès la radiation du contrat HENNER PARTICULIERS SANTE,
- à la date d'effet de la résiliation.

Pour l'option Indemnité Journalière Hospitalière :

Pour chaque bénéficiaire, la garantie se termine :

- à la fin du mois qui suit le 76^{ème} anniversaire de l'adhérent,
- dès la radiation du contrat HENNER PARTICULIERS SANTE.
- à la date d'effet de la résiliation

4.4. Résiliation en cas de non-paiement des cotisations

Les garanties prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes, dans les conditions prévues au « IV. 1.3. Défaut de paiement des cotisations ».

4.5. Résiliation du contrat par la mutuelle

La mutuelle peut notamment résilier dans les conditions suivantes :

- En cas de défaut de paiement des cotisations tel que défini dans l'article 4-1.4
- En cas de résiliation du contrat souscrit par GMC Association
- En cas de retrait de l'agrément administratif de la Mutuelle
-

5. COMMENT CHOISIR ET CHANGER SA FORMULE ?

5.1. Choix de la formule

Vous pouvez opter pour l'une des formules proposés en remplissant la partie qui leur est dédiée au Bulletin d'adhésion.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu'à la formule que vous avez choisie pour vous-même en tant qu'Adhérent.

La formule choisie sur le Bulletin d'adhésion est également indiquée sur la carte d'adhérent.

5.2. Changement de formule

Les demandes de changement de formule de base doivent parvenir par écrit au gestionnaire et sont possibles sous réserve des conditions suivantes :

- Le changement n'est pas autorisé en cours d'année.

- Il peut intervenir à la date d'anniversaire de la prise d'effet de votre adhésion de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

Tout autre changement est autorisé sous réserve de rester au moins une année calendaire dans la nouvelle formule avant tout autre changement.

Le changement de formule pour lequel vous optez s'applique obligatoirement à vos ayants droit qui ne peuvent bénéficier que de la formule dont vous bénéficiez.

Ce changement de formule entraîne l'édition d'une nouvelle carte d'adhérent (tiers payant) mise à jour.

Pour les options santé :

En cas de changement de formule le droit aux prestations de la nouvelle formule prend effet immédiatement, sous réserve d'un délai de carence applicable aux soins prothétiques. Une franchise de 3 mois s'applique pour les remboursements et allocations forfaitaires se rapportant aux prothèses dentaires, aux implants, à la parodontologie, à l'orthodontie, aux prothèses orthopédiques et auditives, à l'optique, et d'une manière générale à tous les appareillages. Pendant ce délai, les prestations seront remboursées conformément aux garanties du niveau initialement choisi.

Pour l'option Capital Accident :

L'adhérent peut à tout moment modifier le montant du capital choisi en adressant un courrier simple au gestionnaire, dont les coordonnées figurent sur le bulletin individuel d'adhésion.

- Augmentation du capital assuré

Cette modification prendra effet à la date d'émission de l'avenant signé correspondant sous réserve de l'encaissement effectif de la nouvelle cotisation.

- Modification de la clause bénéficiaire

En cas de modification de la clause bénéficiaire en cours de contrat, L'Adhérent devra en aviser expressément le gestionnaire du contrat. Cette modification peut être mise en œuvre par voie d'avenant ou par voie testamentaire. Elle peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

6. Que faire en cas de modification intervenant dans votre situation ?

Le gestionnaire de votre contrat met à votre disposition un espace personnel en ligne, pour consulter vos remboursements et effectuer certaines demandes de type administratif. Vous y trouverez aussi votre adhésion, les dernières informations sur votre mutuelle ainsi qu'un programme de parrainage.

Demandez directement votre accès en ligne sur notre site internet www.hennergestion.fr, rubrique espace adhérent.

6.1. Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

Vous devez signaler dans les meilleurs délais à votre unité de gestion Henner, tout changement administratif d'ordre familial et social (mariage, naissance, décès, séparation, divorce, concubinage, PACS (pacte civil de solidarité), appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement de statut professionnel, cessation d'activité etc.), que ce soit pour vous-même ou l'un de vos ayants droit.

6.2. Décès

En cas de décès d'un bénéficiaire (Membre participant ou ayant droit), le certificat de décès doit être produit dans un délai d'un mois suivant le décès. Sa radiation intervient à la date du décès, étant précisé que tout mois commencé est dû.

Les bénéficiaires rattachés au Membre participant décédé restent garantis de plein droit jusqu'à l'échéance de paiement de la dernière cotisation encaissée.

CHAPITRE 2 : PRISE D'EFFET ET TERME DES GARANTIES

1. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES EFFET ?

Seuls les frais de santé dont la date de soins est postérieure à la date d'effet des garanties du bénéficiaire peuvent donner lieu à prise en charge.

Pour la formule « Hospi » :

Les garanties prennent effet, lors d'une hospitalisation faisant directement suite à un accident, immédiatement :

- A compter de la date d'effet de l'adhésion pour le membre participant ;
- A compter de la date de son rattachement pour l'ayant droit.

Les garanties prennent effet, lors d'une hospitalisation liée à une maladie, après un délai d'attente de 3 mois :

- A compter de la date d'effet de l'adhésion pour le membre participant ;
- A compter de la date de son rattachement pour l'ayant droit.

Les garanties prennent effet, lors d'une hospitalisation liée à une maternité, après un délai d'attente de 10 mois :

- A compter de la date d'effet de l'adhésion pour le membre participant ;
- A compter de la date de son rattachement pour l'ayant droit.

Pour les options santé, l'option capital accident et l'option indemnités journalières hospitalières :

- A la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat de base, lorsque la demande d'adhésion aux options 1 et 2 est concomitante à la demande d'affiliation au socle de base ou ;
- A la date inscrite sur la demande d'adhésion ou ;
- A une date ultérieure fixée sur celle-ci, n'excédant pas 12 mois au-delà de la date de réception de votre demande, cachet de la poste faisant foi.

Pour la garantie indemnités journalières hospitalières, la mutuelle intervient au 1er jour en cas d'accident et à partir du 4e jour en cas de maladie

2. QUAND LES GARANTIES PRENNENT- ELLES FIN ?

2.1. Fin de l'adhésion ou du rattachement d'un ayant droit

La fin de votre adhésion, telle que visée au « I. 4. Quand l'adhésion prend-elle fin ? » de la présente notice, entraîne la perte de la garantie pour vous et vos éventuels ayants droit à compter de cette date.

De même, la résiliation du rattachement d'un ayant droit dans les conditions visées au « I. 4. Quand l'adhésion prend-elle fin ? » de la présente notice, entraîne la perte de la garantie pour celui-ci à compter de cette date.

2.2. Perte de la qualité d'ayant droit

La perte de la qualité d'ayant droit, telle que définie au « I. 2.2. Ayants droit : Conditions de rattachement » de la présente notice, entraîne, pour ce dernier, la perte de la garantie à compter de cette date.

CHAPITRE 3 : VOS GARANTIES ET PRESTATIONS

1. A QUELLES GARANTIES AI-JE DROIT ?

1.1. Prestations garanties et Base de remboursement

Pour la formule « Hospi »

Les garanties et les niveaux de remboursement sont précisés au tableau de garanties figurant en annexe de la présente notice d'information.

La Mutuelle prend en charge les dépenses d'hospitalisation ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge s'effectue :

- Soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Soit sur des bases forfaitaires

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat.

La Mutuelle peut verser un forfait pour certains actes et prestations en l'absence de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les limites définies au tableau de garanties.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient.

Pour les options santé :

Les garanties sur-complémentaires, du présent contrat, se déclinent en 2 niveaux :

- ❖ Option 1
- ❖ Option 2

Les garanties et les niveaux de remboursement sont précisés au tableau de garanties figurant en annexe de la présente notice d'information.

La Mutuelle prend en charge les dépenses d'hospitalisation ayant fait l'objet d'un remboursement préalable par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La prise en charge s'effectue :

- Soit sur la base du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Soit sur des bases forfaitaires

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat.

La Mutuelle peut verser un forfait pour certains actes et prestations en l'absence de remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire dans les limites définies au tableau de garanties.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient.

Pour l'option Capital Accident :

Le montant du capital garanti :

A la souscription, l'adhérent procède au choix du montant du capital garanti en l'indiquant sur le bulletin d'adhésion.

L'adhérent a le choix entre 3 niveaux de capitaux :

- 20 000
- 40 000
- 60 000

En cas de décès ou de PTIA de l'adhérent, la Mutuelle verse à la demande du (des) bénéficiaire(s) un capital d'un montant égal au capital choisi par l'adhérent.

❖ Les accidents garantis :

La garantie du présent contrat couvre tous les accidents survenus dans le cadre de votre vie privée, professionnelle, ou sportive à l'exception toutefois des événements cités à l'article « Les événements exclus de la garantie » des présentes.

Les accidents couverts par la garantie sont notamment :

- Les accidents de transport en commun

Ce sont les accidents corporels dont peut être victime l'adhérent en sa qualité de passager lors de ses déplacements en transport en commun.

- Les accidents de la circulation

Ce sont les accidents corporels survenant sur la voie publique et dont peut être victime l'adhérent en sa qualité de piéton, cycliste, conducteur ou passager d'un véhicule terrestre à moteur à deux, trois ou quatre roues, y compris d'un taxi, autre qu'un moyen de Transport en commun.

- Les accidents de trajet professionnel

Sont également compris dans la garantie, les accidents corporels pouvant survenir pendant le trajet d'aller et de retour du domicile de l'adhérent à son lieu de travail dans les termes et conditions définies à l'art. L411-2 du Code de la Sécurité Sociale.

- Les accidents de sports

Ce sont les accidents survenant dans le cadre de la pratique par l'adhérent de sports, à titre amateur, ne faisant pas l'objet d'une exclusion.

❖ Territorialité de la garantie

Accidents survenus en France métropolitaine, DOM TOM, Union Européenne.

Bénéficiaires du Capital Accident en cas de décès :

Le capital décès est attribué au(x) bénéficiaire(s), personne(s) physique(s), désigné(s) par l'adhérent.

Cette désignation peut :

- se faire en renseignant le bulletin de désignation prévu à cet effet et mis à disposition par le gestionnaire ;
- au sous forme ou sous forme d'un acte sous seing privé.

Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de la Mutuelle lui est inopposable.

A défaut de désignation ou en cas de décès du ou de l'ensemble de(s) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent, le capital décès est attribué dans son intégralité selon l'ordre de priorité suivant :

- à son conjoint, à son cocontractant d'un PACS ou à son concubin ;
- à défaut, à ses descendants ;
- à défaut, à ses autres héritiers.

Pour l'option Indemnité Journalière Hospitalière :

Le montant de la garantie est mentionné au bulletin d'adhésion :

- 25 €
- 50 €

- Nature de la garantie

La Mutuelle garantit le versement d'un maximum de 365 indemnités journalières au titre d'une ou plusieurs hospitalisations ayant pour cause un même accident, ou une même maladie ou une même

maternité tous les 2 ans. La mutuelle intervient au 1er jour en cas d'accident et à partir du 4e jour en cas de maladie

En cas de nouvelle hospitalisation ayant pour cause un même accident, ou une même maladie, ou une même maternité et nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités pourra reprendre, dans la limite des 365 jours prévus ci-dessus si l'hospitalisation intervient moins de 3 mois après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé

1.2. Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

1.3. Limitation et exclusions des garanties

Pour le formule «Hospi » :

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat :

- Les hospitalisations débutées ou prescrites antérieurement à la prise d'effet des garanties, conformément à l'article « Chapitre 2. 1. Quand les garanties prennent elles effet ? »
- Les hospitalisations à domicile et hospitalisation de jour;
- Les séjours hors de France métropolitaine

Ne sont pas garantis au titre du présent contrat les hospitalisations résultant :

- Du fait intentionnel du bénéficiaire (suicide ou tentative, automutilation volontaire, par exemple) ;
- D'un état alcoolique du bénéficiaire lors d'un accident de la circulation ou d'un accident du travail caractérisé par un taux d'alcool égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile ;
- De l'usage de stupéfiants ou substances analogues ou traitements, médicaments ou traitements non prescrits par une autorité médicale habilitée ;
- De la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- De la pratique à titre amateur d'une ascension en montagne qualifiée de première catégorie, du ski hors-piste, de la plongée à plus de 20 mètres, du saut à l'élastique, du kitesurf, et de tout sport comportant l'utilisation d'un véhicule à moteur ;
- De la pratique, à titre amateur, de tous sports aérien ou de l'utilisation de tout dispositifs permettant de s'élever ou se déplacer dans les airs (dont ULM, montgolfière, deltaplane, parapente, parachutisme...)
- De vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé ;
- De la manipulation volontaire ou détention d'engins de guerre ;

- De guerre civile ou étrangère ;
- De la participation à des paris de toute nature ou tentative de records quels qu'ils soient ;
- De la désintégration du noyau atomique ;
- De tremblement de terre ;
- D'affections nerveuses et mentales ;
- D'interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par le régime obligatoire ;

Ne sont pas non plus garantis au titre du présent contrat, les séjours dans les établissements suivants :

- Les séjours des personnes qui d'une manière irréversible n'ont plus leur autonomie ou dont l'état, nécessite une surveillance constante et/ou des traitements d'entretien ;
- Les séjours à domicile ;
- Les séjours en centre de rééducation ne sont pas garantis au-delà d'une durée de 90 jours à compter de la date d'entrée dans l'établissement.

Pour l'option Capital Accident :

Sont exclus de la garantie les maladies de toute nature.

Les garanties du présent contrat ne sont pas accordées en cas de décès ou PTIA dus aux événements suivants :

- au fait intentionnel de l'adhérent ou du bénéficiaire
- au suicide ou à une tentative de suicide de l'adhérent
- à l'usage par l'adhérent de médicaments, stupéfiants, hallucinogènes ou drogues, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites
- à un état alcoolique de l'adhérent caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux fixé par la législation en vigueur au jour du sinistre
- à un état de démence de l'adhérent au jour du sinistre
- à la pratique de sport en qualité de professionnel ou dans le cadre de compétitions d'amateurs, y compris les entraînements.
- à la pratique de sports à risque : alpinisme, navigation maritime de plaisance, plongée, spéléologie, boxe, arts martiaux, tout sport de neige effectué hors des pistes règlementée et ouverte ou hors des chemins balisés inférieur à 3000 m d'altitude, hippisme en compétition, saut à l'élastique ; tout sport nécessitant un engin à moteur, tout sport aérien y compris le parachutisme, l'ulm, le vol à voile, la voltige aérienne, le deltaplane,
- à la participation de l'adhérent à des raids sportifs, courses, tentatives de record, paris, défis, duels
- à une guerre civile ou étrangère ou de la participation active de l'adhérent à un acte de terrorisme, de sabotage, des émeutes, mouvements populaires, rixe, complot, sauf le cas de légitime défense.
- à l'usage par l'adhérent de véhicule maritimes, aériens, à moteur ou non, avec ou sans conduite de l'appareil (à l'exception des lignes régulières)
- à la manipulation par l'adhérent d'armes, d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite, de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) "
- aux conséquences directes d'une intervention chirurgicale pratiquée sur l'adhérent
- à la participation active de l'adhérent à des actes de violence, rixes, délit ou acte criminel sauf le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger
- aux effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique, des rayonnements nucléaires et ionisants de la transmutation des noyaux d'atomes.

Conditions de l'Option Capital Accident :

❖ Conditions de la garantie

Pour la mise en œuvre des garanties, l'Adhérent doit être à jour de sa cotisation et le sinistre doit satisfaire aux conditions cumulatives suivantes:

- En cas de décès
 - L'accident à l'origine du décès de l'adhérent doit survenir pendant la période garantie.
 - Le décès de l'adhérent doit survenir dans les douze mois suivant la survenance de l'accident garanti.
- En cas de perte totale et irréversible d'autonomie
 - L'accident à l'origine de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent doit survenir pendant la période garantie.
 - La date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent doit survenir dans les douze mois suivant la survenance de l'accident garanti.

Pour l'Option Indemnité Journalière Hospitalière :

Limitations :

Ne sont pas couverts les séjours en :

- Sanatorium, préventorium, aérarium et tout établissement ou service similaire,
- Centre de réadaptation ou rééducation, maison de repos ou de convalescence,
- Etablissement thermal, hôtel de cure, établissement post cure,
- Etablissements ou services psychiatriques,
- Tout autre établissement défini comme centre de moyen ou long séjour,
- Hospitalisation à domicile.
- Les événements exclus de la garantie
 - Les grossesses dont le début se situe avant la date d'effet du contrat
 - Les maladies congénitales ou héréditaires
 - L'hospitalisation dans le cadre d'un bilan santé
 - L'hospitalisation dans le cadre d'une cure de désintoxication ou cure de sommeil

Sont également exclus les hospitalisations dues aux événements suivants :

- **au fait intentionnel de l'adhérent ou du bénéficiaire**
- **au suicide ou à une tentative de suicide de l'adhérent**
- **à l'usage par l'adhérent de médicaments, stupéfiants, hallucinogènes ou drogues, non prescrits médicalement ou à doses non prescrites**
- **à un état alcoolique de l'adhérent caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux fixé par la législation en vigueur au jour du sinistre**
- **à un état de démence de l'adhérent au jour du sinistre**
- **à la pratique de sport en qualité de professionnel ou dans le cadre de compétitions d'amateurs, y compris les entraînements.**

- à la pratique de sports à risque : alpinisme, navigation maritime de plaisance, plongée, spéléologie, boxe, arts martiaux, tout sport de neige effectué hors des pistes règlementée et ouverte ou hors des chemins balisés inférieur à 3000 m d'altitude, hippisme en compétition, saut à l'élastique ; tout sport nécessitant un engin à moteur, tout sport aérien y compris le parachutisme, l'ulm, le vol à voile, la voltige aérienne, le deltaplane,
- à la participation de l'adhérent à des raids sportifs, courses, tentatives de record, paris, défis, duels
- à une guerre civile ou étrangère ou de la participation active de l'adhérent à un acte de terrorisme, de sabotage, des émeutes, mouvements populaires, rixe, complot, sauf le cas de légitime défense.
- à l'usage par l'adhérent de véhicule maritimes, aériens, à moteur ou non, avec ou sans conduite de l'appareil (à l'exception des lignes régulières)
- à la manipulation par l'adhérent d'armes, d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite, de produits dangereux (toxiques, corrosifs, explosifs ou inflammables hors produits domestiques) "
- aux conséquences directes d'une intervention chirurgicale pratiquée sur l'adhérent
- à la participation active de l'adhérent à des actes de violence, rixes, délit ou acte criminel sauf le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger
- aux effets directs ou indirects de la modification de la structure du noyau atomique, des rayonnements nucléaires et ionisants de la transmutation des noyaux d'atomes.

1.4. Limite des remboursements – principe indemnitaire

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 de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du CSS.

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

2. REMBOURSEMENTS COMMENT FAIRE ?

2.1. Quelles sont les modalités de versement des prestations ?

Pour la formule « hospi » et les options santé

La Mutuelle procède aux remboursements des prestations :

- au vu des décomptes originaux de la Sécurité sociale ;
- au moyen de télétransmissions établies avec les organismes d'Assurance Maladie obligatoire,
- sur présentation de pièces justificatives originales des dépenses réelles,
- Et au vu de toutes pièces que la Mutuelle estimera nécessaires.

Plus précisément, pour les prestations donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire les pièces justificatives sont :

- Pour la prise en charge des prestations ne donnant pas lieu à remboursement par le Régime Obligatoire dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
 - toute pièce attestant du paiement des dépenses de santé dont le remboursement est demandé ;
 - notification du refus opposé par le Régime Obligatoire si tel est le cas, et notes d'honoraires correspondant aux soins dont le remboursement a été refusé faisant apparaître la cotation de l'acte pratiqué.
- Pour le service des prestations forfaitaires dans le cas où elles sont prévues à la garantie :
 - justificatif de la réalité de l'événement ouvrant droit à indemnisation.

Néanmoins, tout justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra vous être demandé.

La date prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

Les prestations garanties sont versées soit directement sur votre compte bancaire, soit aux professionnels de santé en cas de délégation de paiement (tiers payant).

Le tiers payant vous évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient.

La carte d'adhérent qui vous a été remise permet le tiers payant avec certaines professions de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de la Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant la prise d'effet de votre résiliation.

Pour l'option Capital Accident

Formalités à remplir pour bénéficier du capital garanti

Toute personne agissant au titre de ce contrat doit effectuer une déclaration dans les plus brefs délais, et au plus tard dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent le décès de l'adhérent ou la Perte totale et irréversible d'autonomie, en écrivant à :

HENNER GMC PRO UG 100
Immeuble le Parvis 6 rue Henri Moissan
CS 10043 51726 Reims Cedex

Au-delà de ce délai, la Mutuelle apportera la preuve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, pourra opposer la déchéance pour déclaration tardive au bénéficiaire.

Pièces justificatives :

- En cas de décès accidentel :
 - le numéro de contrat figurant sur le certificat d'adhésion;
 - un extrait d'acte de décès;
 - un justificatif de l'identité du bénéficiaire et le cas échéant un certificat d'hérédité ou une copie du Livret de famille ;

- les pièces justifiant la nature accidentelle du décès (PV de gendarmerie, certificat médical, etc.)
- tout élément permettant de justifier que le décès est la conséquence directe d'un accident survenu pendant la période d'effet des garanties
- En cas de perte totale et irréversible d'autonomie
- un certificat médical du médecin traitant de l'Adhérent précisant la cause et la nature exacte de l'invalidité et si l'intéressé a besoin d'avoir recours à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie;
- un justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité de 3e catégorie délivrée par la Sécurité sociale;
- tous éléments justifiant de l'accident, sa date de survenance et ses circonstances précises (lieu, noms des témoins...).

La Mutuelle se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces.

- Règlement

À compter de la réception par le gestionnaire de l'ensemble des pièces justificatives, la Mutuelle valide le règlement du montant du capital souscrit au bénéficiaire désigné par l'adhérent sous un délai de quarante jours. La mutuelle se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires qui lui seraient nécessaires ou qui résulteraient d'une évolution de la réglementation.

Pour l'option Indemnité Journalière Hospitalière :

L'adhérent peut à tout moment modifier son adhésion initiale en adressant un courrier simple au gestionnaire, dont les coordonnées figurent sur le bulletin individuel d'adhésion.

- Augmentation du capital assuré

Cette modification prendra effet à la date d'émission de l'avenant signé correspondant sous réserve de l'encaissement effectif de la nouvelle cotisation.

Formalités à remplir pour bénéficier de l'allocation ;

Toute maladie, accident ou maternité susceptible d'être indemnisé par le présent contrat doit être déclaré sous pli confidentiel dans un délai maximum de 30 jours suivant la fin de l'hospitalisation à l'attention de :

HENNER GMC PRO UG 100
Immeuble le Parvis 6 rue Henri Moissan
CS 10043 51726 Reims Cedex

Le paiement des prestations ne sera effectué que sur présentation de toutes pièces justificatives jugées nécessaires par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de procéder à ses frais, à tout complément d'information, enquête ou expertise qu'elle jugera utile. Aucune indemnisation ne sera versée en cas de refus de ces contrôles.

Au-delà de ce délai, la Mutuelle apportera la preuve que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice, pourra opposer la déchéance pour déclaration tardive au bénéficiaire.

3.3. A qui adresser les demandes de remboursement ?

Mutualia a choisi Henner comme partenaire pour la gestion de ses contrats. Mise en place depuis plusieurs années, cette collaboration est pour ses Adhérents un gage de qualité de service, basé sur des valeurs communes que sont la proximité, la solidarité et le conseil.

Les demandes de remboursement doivent être adressées à votre organisme de gestion dont l'adresse figure sur votre carte d'adhérent.

PRESTATIONS	DÉCOMPTE DU RÉGIME OBLIGATOIRE	FACTURE ACQUITTÉE
Frais d'optique, de prothèses dentaires ou de traitement d'orthodontie PEC RO		
Frais d'appareillage		
Frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale		 facture détaillée de l'établissement hospitalier
Dépenses accessoires (frais de chambre particulière et de paiement du forfait journalier...) et les frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé		 facture détaillée de l'établissement
Cures thermales		 la facture acquittée l'établissement de cure

Vos services : Besoin d'un devis optique ou dentaire pour savoir combien vous serez remboursé suite à vos prochains frais ?

Effectuez votre demande grâce à votre espace adhérent.

Vos services : En cas d'hospitalisation programmée, contactez votre service de gestion au plus tôt au numéro indiqué sur votre carte de tiers payant.

Il vous délivrera une prise en charge à remettre lors de votre entrée en établissement hospitalier.

CHAPITRE 4 : DISPOSITIONS GENERALES

1. COTISATIONS

1.1. Fixation des cotisations

Les garanties sont acquises moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle pour chaque bénéficiaire assuré. Le montant de la cotisation dépend de l'âge atteint à la date d'effet du contrat. S'agissant des Adhérents relevant du Régime Maladie Obligatoire d'Alsace-Moselle, un tarif spécial leur est appliqué.

Lorsque l'Adhérent membre de GMC Association fait également adhérer un ou plusieurs membres de sa famille, le tarif applicable à chacun des membres est celui correspondant à l'âge atteint à la date d'effet du contrat.

L'Adhérent se voit automatiquement appliquer le nouveau tarif de sa classe d'âge à la date anniversaire du contrat qui suit la date où il change de tranche d'âge.

1.2. Evolution des cotisations

A chaque échéance annuelle, les cotisations sont réévaluées en fonction des résultats techniques du contrat souscrit par GMC Association, des prévisions de consommation et de l'évolution des prestations couvertes.

Tous impôts et taxes, présents ou futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge de l'Adhérent et sont payables en même temps que les cotisations.

1.3. Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues par l'Adhérent qui les règle directement auprès du gestionnaire.

Elles sont appelées à terme à échoir. Elles peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon la périodicité définie à l'adhésion.

1.4. Défaut de paiement des cotisations

Le Membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de la mise en demeure.

Lors de cette mise en demeure, l'Adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de sa cotisation entraîne sa perte des garanties reprise dans le certificat d'adhésion.

2. PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion au contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du participant 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.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, 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 ou l'ayant droit à La Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- 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.

3. 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 Code de la mutualité, 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 poursuivre le 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 et ses ayants droit s'engagent à déclarer à La Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

Pour l'option Capital Accident :

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, dans la limite des dépenses supportées au titre du capital garanti.

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

4. CONTRÔLE MÉDICAL

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par La Mutuelle. En cas d'expertise médicale, l'Adhérent ou son ayant droit pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de La Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour La Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination

5. FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Adhérent 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 l'Adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel. 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 de l'Adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

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 l'Adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée à l'Adhérent 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 l'Adhérent par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

6. RÉCLAMATIONS

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ou un désaccord envers La Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées à votre conseil habituel.

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant aux coordonnées indiquées sur la carte d'adhérent (carte de tiers payant) ou standard Henner au 01 55 62 90 00

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mutualia le tiendrait informé.

Droit de contestation et arbitrage pour l'Option Capital Accident :

Lorsque le contrôle est d'ordre médical, il est laissé à la seule compétence du médecin conseil de la mutuelle.

La mutuelle est tenue de notifier toutes les décisions d'ordre médical dans les 20 jours qui suivent l'avis du médecin conseil de la mutuelle.

Toute contestation de cette décision doit être notifiée à la mutuelle dans un délai d'un mois à compter de la notification de la décision par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La mutuelle doit recourir à la procédure d'expertise dès qu'elle est saisie d'une contestation d'ordre médical.

Elle est tenue de se mettre en rapport avec le (ou les) bénéficiaire(s) du contrat de l'Adhérent dans les 20 jours qui suivent la réception de la demande d'expertise.

Le médecin expert est choisi d'un commun accord entre les parties sur une liste établie par le ministère de la santé. A défaut d'accord, le médecin expert est désigné par ordonnance du Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent.

Le médecin expert doit convoquer le malade en vue de procéder à l'expertise médicale.

L'avis d'expert s'impose aux deux parties.

Les frais d'honoraire du médecin expert sont supportés à part égale par la mutuelle et l'adhérent.

7. MEDIATION DES LITIGES DE LA CONSOMMATION

Conformément aux dispositions du Code de la consommation relatives à la « médiation des litiges de la consommation », Mutualia propose pour ses Membres Participants un dispositif gratuit de médiation de la consommation.

Ce dispositif est ouvert au Membre Participant pour tous litiges portant sur l'exécution du présent règlement, dès lors :

- que celui-ci a tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de Mutualia dans le cadre d'une réclamation conformément aux conditions de l'article 29 ci-avant du présent règlement et sans que cette réclamation soit datée de plus d'un an au moment du dépôt de la demande de médiation ;
- que son litige ne fait ni l'objet d'une instance judiciaire, ni l'objet d'un examen par un autre médiateur ou arbitre ;
- que son dossier présente une demande légitime, décrite avec précision.

- A défaut, le dossier de médiation ne remplira pas les conditions de recevabilité du médiateur.
- Le médiateur proposé dans ce cadre est MEDICYS. Il peut être joint par :
- voie électronique : www.medicys.fr ;
- ou par voie postale : MEDICYS – Centre de médiation et règlement amiable des huissiers de justice – 73 Boulevard de Clichy, 75009 – Paris.

Les parties restent cependant libres de se retirer à tout moment de la médiation.

La solution proposée par le médiateur ne s'impose pas aux parties à la médiation, qui sont libres de l'accepter.

8. AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément à l'article L. 510 -1 du Code de la Mutualité, le contrôle sur les mutuelles et unions régies par le livre II du Code de la Mutualité est exercé par :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

4 Place de Budapest

75436 Paris Cedex 09

9. LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est HENNER l'organisme de gestion du contrat, mentionné sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés de HENNER, destinataires avec l'Association, leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information.

Elles sont également transmises aux destinataires habilités afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à Henner au 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : informatique-libertes@henner.com. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à la même adresse postale à l'attention du médecin-conseil. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Compte tenu de la dimension internationale du groupe Henner, présent dans le monde entier, vos données à caractère personnel peuvent être transférées en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe, y compris dans des pays dont la législation en matière de protection des données à caractère personnel diffère de celle de l'UE, dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance. Dans de tels cas, nous veillons à ce que des mesures adéquates soient mises en œuvre pour protéger vos données à caractère personnel conformément aux principes en vigueur au sein de l'UE.

HENNER conserve les données que vous nous avez transmises dans le cadre des traitements liés à la gestion des contrats, ainsi que pendant les durées légales applicables après la fin des contrats. Les données des clients ou non clients utilisées à des fins de prospection commerciale peuvent être conservées pendant un délai de trois ans à compter de la fin de la relation commerciale, soit à la date d'expiration d'un contrat, soit du dernier contact émanant du client ou du prospect.

ANNEXE 1 : GARANTIES FORMULE HOSPI

HENNERFORMULE **HOSPI****HOSPITALISATION****Hospitalisation chirurgicale et médicale (y compris maternité)****Frais de séjour****Conventionné :**

100 % FR

Non conventionné :

150 % BR

Honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste réanimateur

OPTAM ou OPTAM-CO

150 % BR

Hors OPTAM ou OPTAM-CO

130 % BR

Chambre particulière

50 € par jour

Autres frais hospitaliers**Lit d'accompagnant (limité à 15 jours par an)**

30 € par jour

Forfait hospitalier journalier

100 % FR

Forfait 18 € sur les actes lourds

100 % FR

Frais de transport

100 % BR

Hospitalisation à domicile (limité à 60 jours)

150 % BR

Forfait naissance (pour les personnes âgées de - 55 ans)

200 €

A. Frais de séjours

La mutuelle prend en charge la totalité du ticket modérateur relatif aux frais de séjours dans un établissement de santé public et privé conventionné par le régime obligatoire.

La mutuelle prend en charge à hauteur de 150% de la BR les frais de séjour dans un établissement de santé privé non-conventionné sur la base du tarif d'autorité appliqué à ce type.

B. Forfait journalier hospitalier

La mutuelle ne prend pas en charge le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L.312-1 du Code de l'action sociale et des familles (centre de repos, d'insertion ou de rééducation, notamment).

C. Chambre particulière avec hébergement

La Mutuelle verse à l'Adhérent un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire.

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

D. Chambre particulière sans hébergement

La Mutuelle ne prend pas en charge les frais d'une chambre particulière sans hébergement.

Forfait accompagnement de l'enfant de moins de 18 ans. Il est versé sur présentation de justificatifs de dépenses d'hébergement ou de frais annexes dans la limite de 15 jours par année civile et par bénéficiaire.

E. Forfait naissance

Le forfait peut prendre en charge les frais liés à la maternité pour les adhérents à la date de naissance de leur enfant. IL est soumis à un délai de carence de 9 mois après la date d'effet du contrat. IL est forfaitaire et soumis à la présentation d'un acte de naissance.

:

ANNEXE 2 : GARANTIES OPTIONS SANTE

Tableau de garanties Henner Particuliers Santé 1/2

	FORMULE HOSPI	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	OPTION 1 HONORAIRES	OPTION 2 CONFORT
HOSPITALISATION							
Hospitalisation chirurgicale et médicale - y compris maternité							
Frais de séjour							
Établissement conventionné	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR		
Établissement non conventionné	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR	150% BR		
Honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste réanimateur							
OPTAM ou OPTAM-CO	150 % BR	125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	+100% BR	+ 100 % BR
Hors OPTAM ou OPTAM-CO	130 % BR	105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	+100 % BR	+ 100 % BR
Chambre particulière (limitée à 30 jours par an au total)	50 € par jour	40 € par jour	50 € par jour	60 € par jour	80 € par jour		
Autres frais hospitaliers							
Lit d'accompagnant (limité à 15 jours par an)	30 € par jour	20 € par jour	30 € par jour	40 € par jour	50 € par jour		
Forfait hospitalier journalier	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR		
Forfait 18 € sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR		
Frais de transport	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR		
Hospitalisation à domicile (limitée à 60 jours)	150 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR		
Forfait naissance (pour les personnes âgées de - 55 ans)	200 €	200 €	200 €	200 €	200 €		
SOINS COURANTS							
Médecin généraliste ou spécialiste							
OPTAM ou OPTAM-CO		125% BR	150% BR	200% BR	300% BR	+100% BR	+ 100 % BR
Hors OPTAM ou OPTAM-CO		105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR	+100 % BR	+ 100 % BR
Actes techniques dispensés par le médecin,							
Actes de radiologie et échographie							
OPTAM ou OPTAM-CO		125% BR	150% BR	200% BR	300% BR		
Hors OPTAM ou OPTAM-CO		105 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR		
Auxiliaires médicaux		125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR		
Analyses et travaux de laboratoire		125 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR		
Pharmacie prise en charge par l'AM (médicaments et homéopathie)		100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR		
DENTAIRE							
Radiologie dentaire		125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR		
Soins dentaires		125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR		
Soins conservateurs, chirurgicaux et actes techniques							
Parodontologie non prise en charge par l'AM				100 €	150 €		
Prothèses dentaires (à date d'achat)							
Prothèses dentaires, Inlays et Orthodontie remboursées par l'AM		125 % BR	150 % BR	175 % BR	250 % BR		+ 100 % BR
Prothèses non prises en charge par l'AM (limitées à 2 dents par an)			100 € par dent	150 € par dent	200 € par dent		
Implantologie							
Bilan pré-implantaire non pris en charge par l'AM				100 € par an	150 € par an		
Implant intraosseux (racine) non pris en charge par l'AM				100 € par an	150 € par an		
Inlay core non pris en charge par l'AM				100 € par an	150 € par an		
Bridge sur implant non pris en charge par l'AM				100 € par an	150 € par an		
Orthodontie non prise en charge par l'AM				100 € par an	150 € par an		
BONUS FIDELITE 3 ans		+25 % BR	+50 % BR	+50 % BR	+50 % BR		
Prothèses dentaires, Inlay, Orthodontie remboursés							
BONUS FIDELITE 5 ans		+50 % BR	+100 % BR	+100 % BR	+100 % BR		
Prothèses dentaires, Inlay, Orthodontie remboursés							
Plafond Prestations Globales Année 1			800 €	1000 €	1200 €		
Plafond Prestations Globales Années suivantes			1200 €	1500 €	1800 €		

Tableau de garanties Henner Particuliers Santé 2/2

	FORMULE HOSPI	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3	NIVEAU 4	OPTION 1 HONORAIRES	OPTION 2 CONFORT
OPTIQUE							
Équipement renouvelable tous les 2 ans pour les adultes et tous les ans pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue justifiée par une prescription. ⁽¹⁾							
Plafond sur les montures		150 €	150 €	150 €	150 €		
Équipement simple (y compris monture) ⁽²⁾		100 €	150 €	200 €	250 €		
Équipement complexe (y compris monture) ⁽²⁾		200 €	250 €	300 €	400 €		+ 100 €
Équipement très complexe (y compris monture) ⁽²⁾		200 €	250 €	300 €	400 €		
Lentilles cornéennes, prises en charge ou non par l'AM							
Au-delà du plafond, remboursement du TM			50 € par an	100 € par an	150 € par an		
Chirurgie réfractive (par œil et par an)			100 €	200 €	300 €		
BONUS FIDELITE 3 ANS (max 150 € pour la monture)							
verres simples + monture		+25 €	+50 €	+50 €	+50 €		
verres complexes et très complexes + monture		+25 €	+50 €	+50 €	+50 €		
BONUS FIDELITE 5 ANS (max 150 € pour la monture)							
verres simples + monture		+50 €	+75 €	+75 €	+75 €		
verres complexes/très complexes + monture		+50 €	+75 €	+75 €	+75 €		
APPAREILLAGE, CURE							
Prothèses médicales (appareillages, accessoires)		100 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR		
Prothèses auditives par équipement – 2 équipements max tous les 3 ans (au-delà du forfait, remboursement du TM)		100% BR + 100€	100% BR + 150€	100% BR + 200€	150% BR + 250€		+100€/oreille
Cures thermales remboursées par l'AM - forfait annuel		100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 125 €	100 % BR + 150 €		
PRÉVENTION							
Actes de prévention (conformément aux dispositions du contrat responsable)		OUI	OUI	OUI	OUI		
Pharmacie prescrite non prise en charge par l'AM (médicaments et vaccins, sur prescription médicale) - forfait annuel			50 % des FR dans la limite de 35€	50 % des FR dans la limite de 55€	50 % des FR dans la limite de 75€		
Actes de prévention non pris en charge par l'AM (dont ostéodensitométrie, dépistage colorectal, dépistage cataracte et glaucome, bilan de la mémoire, troubles de l'audition)		25€ par an	25€ par an	50€ par an	75€ par an		
Médecines douces non remboursées (ostéopathie, chiropractie, acupuncture, homéopathie, phytothérapie, sophrologie, mésothérapie) et auxiliaires médicaux non remboursés (pédicurie-podologie, psychomotricité, ergothérapie, diététique) - Forfait par acte (maxi 3 par an et par bénéficiaire)		90% FR dans la limite de 20€/acte	90 % FR dans la limite de 30€/acte	90 % FR dans la limite de 40€/acte	90 % FR dans la limite de 50€/acte		+60€/an
AUTRES							
Assistance Vie Quotidienne		OUI	OUI	OUI	OUI		
Garantie Obsèques (jusqu'à 65 ans)		500 €	500 €	500 €	500 €		

Sauf indication particulière, les garanties sont exprimées en % de la BR (Base de Remboursement de l'Assurance Maladie) et incluent les remboursements de l'Assurance Maladie.

(1) La période de référence s'apprécie à partir de la date d'acquisition de l'équipement.

Pour un équipement qui associe deux verres appartenant à deux catégories différentes, le remboursement est égal au maximum des remboursements des deux catégories.

Pour les assurés presbytes ne pouvant ou ne souhaitant pas avoir des verres progressifs, il est possible de faire réaliser un équipement pour la vision de près et un équipement pour la vision de loin toutes les périodes de 2 ans.

(2) Equipement simple = Classe A : verres unifocaux, sphère inférieure ou égale à 6, et cylindre inférieur ou égal à 4

Equipement complexe = Classe C : verres unifocaux de sphère supérieure à 6 ou de cylindre supérieur à 4, verres progressifs sphériques de sphère inférieure ou égale à 4 ou verres progressifs sphéro-cylindriques de sphère inférieure ou égale à 8

Equipement très complexe = Classe F : verres multifocaux sphériques de sphère supérieure à 4 ou verres sphéro-cylindriques de sphère supérieure à 8

Lexique

BR : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

FR : Frais réels

TM : Ticket Modérateur

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale

OPTAM : L'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée est applicable à l'ensemble des spécialités de médecins.

Une déclinaison l'OPTAM-CO est proposée pour la chirurgie et la gynécologie-obstétrique.

L'OPTAM remplace le contrat d'accès aux soins (CAS).

Les prestations des options 1 et 2 s'entendent en complément des prestations du contrat de base, en euros et selon les mêmes modalités et conditions que celui-ci. Elles peuvent intervenir sur tout ou partie des frais restant à charge après application des garanties du contrat de base, dans les postes où elles interviennent et dans la limite des frais réellement engagés.

ANNEXE 3 : GARANTIE OPTION CAPITAL ACCIDENT

- **Option Capital Accident**

PTIA/Décès accidentel (à partir de plus de 5% d'invalidité)

Option IA 1 : +20 000

Option IA 2 : +40 000

Option IA 3 : +60 000

ANNEXE 4 : GARANTIE OPTION INDEMNITES JOURNALIERES HOSPITALIERES

• Option Indemnités Journalières Hospitalisation

sert à couvrir tout type de frais, dépassement d'honoraires supplémentaires, etc.
en cas d'hospitalisation

Option IJH 1 : +25€

Option IJH 2 : +50€

ANNEXE 5 : LES MOTS CLÉS DE LA SANTÉ (LEXIQUE)

Ce lexique reprend l'ensemble des termes utilisés dans le tableau des garanties et la Notice d'information.

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à la volonté de l'adhérent. Ne sont pas considérées comme accident les atteintes provenant, totalement ou partiellement, d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, et les événements tels que : accident vasculaire cérébral, accident cardiaque.

Ou :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à la volonté de l'adhérent. La blessure ou la lésion provenant, totalement ou partiellement, d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

Adhérent / Membre participant

Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

Aide Médicale d'Etat (AME)

Dispositif destiné à permettre l'accès aux soins des personnes en situation irrégulière au regard de la réglementation française sur le séjour en France. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources.

Appareillage

Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Base déremboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

Tarif de convention (TC)

Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.

Tarif d'autorité (TA)

Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

Tarif de responsabilité (TR)

Pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Sont synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaire

Personne assurée au titre du présent contrat (membre participant / adhérent ou ayant droit), inscrite et portée au bulletin d'adhésion.

Conventionné/non conventionné Médecin traitant

Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Secteur 1 / Secteur 2

Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- **Le médecin conventionné de secteur 1** applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.
- **Le médecin conventionné de secteur 2** pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Il convient de distinguer :
- **Le médecin conventionné qui a adhéré à l'OPTAM/ OPTAM-CO** (voir ci-après) qui pratique des dépassements modérés et dont les soins sont mieux remboursés tant par l'Assurance Maladie que par la Mutuelle.
- **Le médecin qui n'a pas adhéré à l'OPTAM/ OPTAM-CO** et qui ne s'est donc pas engagé à modérer et stabiliser ses honoraires.

Le site annuaire.santé.ameli.fr permet de retrouver le secteur d'exercice du médecin et son éventuelle adhésion l'OPTAM/ OPTAM-CO.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) : Dispositif qui donne droit, sous certaines conditions, à une assurance maladie complémentaire gratuite. Pour en bénéficier, il faut :

1. résider en France depuis plus de 3 mois ;
2. être en situation régulière ;
3. avoir des ressources mensuelles inférieures à un certain montant.

Déchéance

Perte de vos droits au capital garanti à la suite de l'inobservation de certaines de vos obligations.

Délai d'attente

Période au cours de laquelle l'adhérent cotise sans que la garantie ne puisse s'appliquer, étant précisé que les hospitalisations débutées ou prescrites avant l'échéance de ce délai d'attente ne peuvent donner lieu à prestations, y compris si elles perdurent au-delà de ce délai d'attente. Cette période commence à courir à compter de la date d'effet de l'adhésion ou, pour l'ayant droit, à la date de son rattachement.

Délai de franchise

Période commençant au premier jour d'hospitalisation et durant laquelle le bénéficiaire ne peut prétendre à l'allocation.

Franchises médicales

Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré. Son montant est de :

- 50 centimes d'euros par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes d'euros par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports d'urgence.

La franchise est plafonnée :

- Annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- Quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports sanitaires.

En sont exonérés :

- les enfants de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement ;
- et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat, ne rembourse pas ces franchises médicales.

Gestionnaire

L'organisme en charge de la gestion de votre contrat, Henner, 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine

Hospitalisation

Séjour, emportant au moins une nuit d'hébergement, dans un établissement hospitalier, dans une clinique ou dans un centre de rééducation

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont, quelle qu'en soit la cause, considérés comme des maladies : les lumbagos, sciatiques, hernies, accidents cardiovasculaires et cérébraux.

Médecin traitant

Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

Optam / Optam-co

La finalité de l'Optam, Optam-CO est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

- **Optam** : option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins ;
- **Optam-CO** : option pratique tarifaire maîtrisée applicable aux médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

Les médecins peuvent ou non adhérer aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée que sont l'Optam et l'Optam-CO. Ceux qui y adhèrent prennent l'engagement de respecter un taux d'activité à tarifs opposables et un taux de dépassement moyen d'honoraires. En contrepartie, les soins réalisés par les médecins qui adhèrent à l'option bénéficient d'une part, des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur à honoraires opposables et d'une rémunération spécifique.»

Parcours de soins coordonnés : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Une personne est hors parcours de soins coordonnés si elle :

- n'a pas déclaré de médecin traitant ;
- consulte un autre médecin sans être orientée par son médecin traitant, sauf si elle se trouvait dans une situation d'urgence et/ ou d'éloignement géographique.

Cependant, pour certains soins et certaines spécialités, un accès direct est possible sans passer par le médecin traitant. C'est le cas pour :

- un gynécologue, pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse, l'IVG médicamenteuse ;
- un ophtalmologue, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- un psychiatre ou un neuropsychiatre, pour les personnes entre 16 et 25 ans ;
- un stomatologue, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

Hors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la Mutuelle, au titre du caractère responsable du contrat, ne prend pas en charge la différence.

Participation forfaitaire des actes coûteux ou Forfait « 18 euros »

Participation forfaitaire qui s'applique sur les actes pratiqués lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe et dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte). Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait. Son montant peut être révisé par voie réglementaire.

Cette participation forfaitaire se substitue au ticket modérateur, elle est prise en charge par Mutualia.

Participation forfaitaire d'un euro

Participation laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 1er jour du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour après la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 4 euros par jour, 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS)

Le PMSS est une base de calcul permettant de fixer chaque année les nouveaux montants des cotisations au régime de retraite de base et de retraite complémentaire, de l'aide au logement et des allocations chômage, etc.

Le PMSS sert également de référence aux remboursements de dépenses de santé. Le plafond mensuel de Sécurité sociale est donc autant une base de calcul des prestations sociales que des cotisations

Rechute

Etat constaté comme étant médicalement le prolongement direct de l'état originel, qui a conduit à une hospitalisation indemnisée au titre du présent contrat, et ayant nécessité dans un délai de deux mois une réhospitalisation.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)

Tiers payant

Système de paiement qui évite de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. Ainsi ces derniers sont directement payés par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou les assureurs de complémentaire santé pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés au patient. Dans le cas où l'assuré ou ses ayants droits s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le contrat ou le règlement leur permet de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité, dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

La carte d'adhérent remise permet le tiers payant avec ces professionnels de santé et l'obtention le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires. Cette carte reste la propriété de La Mutuelle et doit être restituée dans les 15 jours suivant l'extinction de la relation contractuelle avec La Mutuelle. La date prise en considération pour le remboursement des prestations par La Mutuelle est celle indiquée sur la feuille de soins ou la facture détaillée et nominative.

Notes

[illegible]

Le contrat HENNER PARTICULIERS SANTE est un contrat conçu et négocié
auprès de l'assureur, avec mandat de distribution exclusif, par :

