



*Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
inscrite au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 784 647 323*



RÈGLEMENT MUTUALISTE

« OPTI »

Applicable au 1^{er} Septembre 2019

Siège social : 18, rue Léon Jouhaux – 75010 PARIS

RÈGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- le terme « **Mutuelle** » désigne « Lamie mutuelle », mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 784 647 323, dont le siège social est 18 rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS,
- le terme « **Membre participant** » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants droit,
- l'expression « **Garantie frais de santé** » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, les dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport),

Pour faciliter la lecture du Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Lexique disponible sur le site Internet de la Mutuelle, et qui inclut le Glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM). Le Glossaire de l'UNOCAM n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

Article 1 - Objet et modification du Règlement Mutualiste

Le Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Tous les membres participants qui y adhèrent sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le bulletin d'adhésion précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations d'assurance ainsi que la formule et les garanties qui ont été choisies par le membre participant.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur, et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste.

Toute modification du Règlement Mutualiste est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants, par tout support existant elle est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

En application de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La Mutuelle peut également souscrire des contrats collectifs à adhésion facultative auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, s'ils le souhaitent, de garanties supplémentaires.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

Lorsque la Mutuelle présente des risques portés par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, elle agit comme intermédiaire d'assurance au sens de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité.

Article 2 - Information préalable à l'adhésion

Avant la signature du bulletin d'adhésion, la Mutuelle remet au membre participant ou futur membre participant les Statuts et le Règlement Intérieur de la Mutuelle, le Règlement Mutualiste qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques ainsi qu'un document d'information normalisé.

Article 3 - Garanties proposées au membre participant

3-1 Dans le cadre de son adhésion au Règlement Mutualiste, le membre participant bénéficie obligatoirement :

- de la Garantie frais de santé,

Au titre de la Garantie frais de santé, le membre participant bénéficie alors obligatoirement des services suivants :

- de l'Action sociale,
- du Conventionnement hospitalier de la Mutualité Française.

3-2 Le membre participant peut également adhérer :

- à une option « Renfort hospitalisation »,
- à une option « Renfort soins de ville »,

Article 4 - Formalités d'adhésion à la Mutuelle

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- 1° le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé,
- 2° une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide (membre participant et ayants droit majeurs),
- 3° le mandat de prélèvement SEPA, dûment complété, daté et signé,
- 4° un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations,
- 5° une copie de l'attestation vitale en cours de validité,
- 6° le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle est notifié au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (membre participant et le cas échéant le(s) ayant(s) droit) :

- la date de prise d'effet des garanties,
- le niveau des garanties,
- le montant des cotisations et leur échéance.

Article 5 - Prise d'effet des garanties

Sous réserve de l'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle, la Garantie frais de santé ainsi que les éventuelles options prennent effet :

- soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,
- soit le 1^{er} jour du mois indiqué librement par le membre participant sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible),
- soit le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, à condition que le membre participant l'indique expressément sur le bulletin d'adhésion,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

L'Action sociale prend effet dans les conditions de prise d'effet de la Garantie frais de santé énoncées ci-dessus.

Article 6 - Délai de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires, pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné ... (nom, prénom, numéro d'adhérent) demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Règlement Mutualiste. (Date et signature de l'adhérent) ».

La lettre de renonciation doit être adressée à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée.

Dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation à l'adhésion.

Article 7 - Durée et renouvellement des garanties

L'adhésion à la Garantie frais de santé, ou ultérieurement à d'autres options, est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de jours restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du Règlement Mutualiste.

Article 8 - Affiliation d'un ayant droit

8-1 Définition de l'ayant droit

Les ayants droit sont les personnes physiques qui bénéficient d'un droit en raison de leur situation juridique, fiscale ou financière ou d'un lien familial avec le bénéficiaire direct de ce droit.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- 1° le conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant, sans condition d'âge,
- 2° les enfants du membre participant, assurés sociaux à titre personnel ou en qualité d'ayants droit, qu'ils soient, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la Nation dont le membre participant est tuteur, ou enfant recueilli, jusqu'au 31 Décembre à minuit suivant la date de leur 18ème anniversaire ou jusqu'à ce qu'il ne soit plus rattaché au foyer fiscal de ses parents et qu'il touche une rémunération ;
- 3° les enfants du conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant, jusqu'au 31 Décembre à minuit suivant la date de leur 18ème anniversaire ou jusqu'à ce qu'il ne soit plus rattaché au foyer fiscal de ses parents et qu'il touche une rémunération ;
- 4° les ascendants du membre participant (père, mère, grand-père, grand-mère), les descendants du membre participant (petit-fils, petite-fille), les frères, sœur, neveu, nièce, oncle, tante, cousin germain, belle-mère, beau-père du membre participant, assurés sociaux à titre personnel et vivant sous le même toit que le membre participant.

Restent de plein droit en qualité d'ayants droit du membre participant les enfants du membre participant ou du conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité avec le membre participant, atteints d'un handicap permanent ; par handicap, il faut entendre une invalidité ouvrant droit au versement de l'allocation aux adultes handicapés.

Peuvent sur demande expresse rester en qualité d'ayants droit :

- a) les enfants d'un membre participant décédé, pendant un an à compter de la date du décès,
- b) les enfants d'un membre participant décédé, orphelins de père et de mère, assurés sociaux à titre personnel ou du chef de leur tuteur légal.

8-2 La demande d'adhésion d'un ayant droit est effectuée par le membre participant :

- sur le bulletin d'adhésion du membre participant lorsqu'elle est concomitante à la demande d'adhésion du membre participant,
- ou sur le formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle, lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant.

Lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

La demande d'affiliation doit être dûment complétée, datée, signée et accompagnée des justificatifs demandés par la Mutuelle.

8-3 La Garantie frais de santé ainsi que les éventuelles garanties options prennent effet :

- soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle,
- soit le 1^{er} jour du mois indiqué librement par le membre participant (sans rétroactivité possible),
- soit le jour de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle, à condition que le membre participant l'indique expressément,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie de l'ayant droit, à condition que la demande d'affiliation intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si l'ayant droit était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

En cas de naissance ou d'adoption, la Garantie frais de santé prend effet le jour de la naissance ou de l'adoption, à condition que la demande d'affiliation intervienne dans le délai de 3 mois à compter de la naissance ou de l'adoption. À défaut, la Garantie frais de santé prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle.

8-4 L'adhésion à la Garantie frais de santé ou ultérieurement à d'autres options, est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation sera alors proratisée au nombre de jours restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du Règlement Mutualiste et sauf radiation de l'ayant droit dans les conditions prévues à l'article 13 du Règlement Mutualiste.

Article 9 - Fixation et modalités de paiement de la cotisation

Les membres participants qui adhèrent au Règlement Mutualiste s'engagent au paiement d'une cotisation globale en contrepartie des garanties auxquelles ils adhèrent et dont bénéficient leurs ayants droit.

La cotisation globale est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le membre participant.

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, et dans ce cas être payable à terme échu.

Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au membre participant ou à la personne chargée du paiement.

Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

La cotisation globale comprend les cotisations afférentes aux différentes garanties souscrites, augmentées des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Article 10 – Modification de la situation familiale

Les membres participants doivent notifier à la Mutuelle les modifications qui surviennent dans leur situation familiale ou administrative ou dans celle de leurs ayants droit, dans un délai de deux mois à compter de l'événement, par courrier adressé à la Mutuelle à l'adresse mentionnée sur les documents administratifs, accompagné des justificatifs mentionnés ci-après (listes non exhaustives).

Les modifications prennent alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de survenance de l'événement.

Passé le délai de deux mois à compter de la date de survenance de l'événement, la prise d'effet de la modification intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par la Mutuelle.

Dans ce cas, le membre participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait payées indûment.

En cas de modification de sa situation familiale, le membre participant fournira à la Mutuelle :

- en cas de mariage : la copie de l'acte de mariage ;
- en cas de PACS : la copie de la fiche d'information relative à l'enregistrement de la déclaration de PACS ;
- en cas de concubinage : l'attestation de concubinage ou une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- en cas de naissance : la copie de l'acte de naissance ;
- en cas d'adoption : la copie du jugement d'adoption ;
- en cas de divorce : la copie du jugement de divorce.

En cas de décès du membre participant, les ayants droit ou tout membre de la famille du défunt fourniront à la Mutuelle une copie de l'acte de décès.

Article 11 - Résiliation par le membre participant

11-1 Résiliation à la date d'échéance annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La demande prend effet le 1^{er} janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'alinéa ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au Règlement Mutualiste, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

11-2 Résiliation en cours d'adhésion

11-2-1 Chaque membre participant peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion au Règlement Mutualiste s'il justifie de son adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par son employeur, et ce par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du justificatif.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

11-2-2 Chaque membre participant peut également demander à ce qu'il soit mis fin à l'une de ses garanties lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle ou en cas de survenance d'un des événements suivants, **si les risques en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle** :

- changement de domicile,

- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de la garantie ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Article 12 - Résiliation des garanties par la Mutuelle

12-1 Non paiement des cotisations

Le non-paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties.

Tout membre participant en situation d'impayés s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement.

À défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Aucune prestation ayant eu lieu pendant la période de suspension ne pourra être versée, et ce même en cas de régularisation postérieure du paiement des cotisations.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

À défaut de paiement, la Mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus au troisième alinéa du présent article.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

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

12-2 Non-respect des conditions liées au champ de recrutement

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle ne sont plus remplies.

Article 13 - Radiation d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit être effectuée par le membre participant.

La radiation de l'ayant droit prend effet le 1^{er} janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

Toutefois, sous réserve de la fourniture de tout justificatif utile à l'appui de la demande à la Mutuelle, la radiation de l'ayant droit prend effet le premier jour suivant sa demande en cas :

- d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire couvrant les frais de santé souscrit par son employeur, ou d'affiliation à un contrat collectif couvrant les frais de santé de la famille à titre obligatoire,
- de changement de situation matrimoniale,
- d'adhésion au contrat « Atout Cœur Santé », contrat complémentaire santé éligible à l'Aide à la complémentaire santé (ACS) coassuré par Lamie mutuelle, de bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à compter du 1^{er} novembre 2019 de la CMU-C contributive.

En tout état de cause, la cotisation est due par le membre participant jusqu'à la date de radiation effective de l'ayant droit.

Article 14 - Conséquences de la résiliation des garanties sur le droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

Article 15 - Fausse déclaration intentionnelle

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

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

Dans le cadre des opérations dépendant de la vie humaine, la Mutuelle verse alors au membre participant, ou en cas de mort de celui-ci, au bénéficiaire, une somme égale à la provision mathématique de la garantie.

Article 16 - Fausse déclaration non intentionnelle

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

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux opérations dépendant de la vie humaine.

Article 17 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même code (notamment les opérations relatives au remboursement de frais de soins), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires 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 l'organisme mutualiste 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.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 18 - Prescription - Interruption de la prescription

Toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

- 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 l'indemnité,
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au Médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

Article 19 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droits éventuels.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 20 - Réclamations - Médiation

La Mutuelle accorde une grande importance aux remarques de ses membres participants et veille à leur apporter la meilleure qualité de service.

Si toutefois il existait une insatisfaction ou une difficulté avec la Mutuelle, le membre participant peut avoir recours :

- dans un premier temps à la procédure « Réclamations »,
- dans un deuxième temps, si la procédure « Réclamations » ne lui a pas donné satisfaction, à la procédure « Médiation ».

20-1 - Réclamations

Tout mécontentement d'un membre participant, d'un ayant droit ou d'un bénéficiaire peut être soumis au service « Réclamations ».

Cette réclamation peut être adressée à la Mutuelle :

- soit par voie postale, à l'adresse suivante :

**Centre de gestion Lamie :
46 rue du Ressort
63 967 Clermont Ferrand Cedex 9**

- soit par internet en utilisant le formulaire contact dans la rubrique NOUS CONTACTER sur le site www.lamie-mutuelle.com.

Le service « Réclamations » apportera une réponse au plus tard dans les 45 jours suivant la réception de la demande.

Si à l'expiration de ce délai de 45 jours le réclamant n'a pas reçu de réponse du service « Réclamations », il peut saisir directement le Directeur Général de la Mutuelle à l'adresse suivante :

**Monsieur le Directeur général
Lamie mutuelle
18 rue Léon Jouhaux
75010 PARIS**

Celui-ci s'engage à apporter une réponse dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine.

20-2 - Médiation

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de :

Madame ou Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur. Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Article 21 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie

21-1 Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française. Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

21-2 La langue française est la langue applicable au Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

21-3 Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en euros.

Article 22 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale), l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet et dans le but de se conformer aux réglementations applicables.

Les données relatives à la santé du membre participant ou de ses ayants droits éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, ce à quoi il consent en le signant. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'adhérent ou ses éventuels ayants droits bénéficient de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Lors de la souscription du contrat, certaines informations sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à l'égard du membre participant pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances)

Les données personnelles recueillies sont conservées pour la durée du contrat et conformément aux exigences réglementaires.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée le 7 octobre 2016, le membre participant ainsi que toute personne dont les données sont conservées par la Mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données personnelles, d'un droit à la limitation du traitement, d'un droit à la portabilité de ses données.

Il bénéficie également d'un droit d'opposition au traitement et lorsque le traitement a pour base juridique le consentement, il dispose d'un droit de retirer son consentement à tout moment, sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application du contrat.

Le membre participant ainsi que toute personne dont les données sont conservées par la mutuelle peut exercer ses droits en contactant le Délégué à la protection des données personnelles nommé par la Mutuelle, soit par courrier au siège de la mutuelle (18 rue Léon Jouhaux 75 010 Paris), soit par courriel à l'adresse cnil@lamie-mutuelle.fr, accompagné d'un justificatif d'identité.

Il dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Article 23 - Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle.

TITRE II : LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 - LES PRESTATIONS

Article 24 - La Garantie frais de santé

Les membres participants adhèrent obligatoirement à la Garantie frais de santé et peuvent choisir les options suivantes (cumulables au choix) :

- une option «Renfort hospitalisation» (se substitue au poste hospitalisation de la "Garantie frais de santé" obligatoire),
- une option «Renfort soins de ville» (se substitue au poste soins de ville de la "Garantie frais de santé" obligatoire),

Les membres participants retraités peuvent bénéficier des mêmes garanties que les membres participants en activité.

Les membres participants peuvent adhérer sans aucune limite d'âge.

La garantie frais de santé et les options comportent chacune des prestations qui leur sont propres et définies aux Annexes 1,3 et 4 du Règlement Mutualiste.

Les ayants droit bénéficient des prestations de la formule de la Garantie frais de santé dont relève le membre participant.

Article 25- Les options

Les membres participants ont la possibilité d'adhérer à une ou plusieurs options

Les options sont accessibles sans aucune limite d'âge et quelle que soit la profession ou situation du membre participant.

Les membres participants qui souhaitent adhérer à une ou plusieurs options doivent transmettre le bulletin d'adhésion prévu à cet effet à la Mutuelle.

L'adhésion à l'option prend alors effet dans les conditions fixées à l'article 5 du Règlement Mutualiste.

Article 25 - Modification des options

Toute demande de changement ou de fin d'option doit être adressée par écrit à la Mutuelle.

La demande de changement d'option prend effet le premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.

L'adhésion à une option ne peut être résiliée par le membre participant que si celui-ci a été couvert par l'option pendant une année civile complète (décomptée du 1^{er} janvier au 31 décembre). La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de la demande de résiliation du membre participant effectuée par lettre recommandée.

Article 26 - Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser, dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie frais de santé à laquelle a adhéré le membre participant :

- la part des frais de santé non remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les frais de santé exclus des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit exprimées en euros. Les garanties exprimées en fonction des tarifs de l'Assurance Maladie Obligatoire sont calculées en fonction de la base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les Bases de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reprises dans le Règlement Mutualiste ont une valeur indicative et sont données pour information.

Seuls sont couverts les frais exposés en France Métropolitaine ou dans les départements d'Outre Mer. Néanmoins, sont couverts les soins effectués hors du territoire métropolitain ou des départements d'Outre Mer, pour lesquels l'adhérent perçoit un remboursement d'un régime obligatoire de sécurité sociale en France ou de la Caisse des français à l'étranger.

Article 27 - Caractère solidaire et responsable de la Garantie frais de santé

27-1 La Garantie frais et ses options de santé sont « solidaires » : la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des membres participants et ne recueille aucune information médicale les concernant.

27-2 Les Annexes de la Garantie frais de santé et de ses options (Annexes 1,3 et 4 du Règlement Mutualiste) ne sont pas responsables au sens des articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 28 - Limitation des prestations

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 et de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 29 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au membre participant. Toutefois, sur demande expresse du membre participant, le conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la garde.

De la même façon, tous les ayants droit de plus de 16 ans sont autorisés à percevoir à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Article 30 - Tiers payant

La Mutuelle permet à ses assurés de bénéficier du dispositif de tiers payant à hauteur du tarif de responsabilité (ticket modérateur).

Ainsi les professionnels de santé qui le souhaitent sont payés directement par la Mutuelle, *a minima* à hauteur du ticket modérateur, pour les soins qu'ils ont dispensés ou produits qu'ils ont délivrés au membre participant ou à ses ayants droit.

Dans le cas où la dispense d'avance des frais n'a pas été pratiquée par le professionnel de santé, les prestations sont versées directement au membre participant après acquittement par eux des dépenses engagées.

Toutefois, si après paiement du prestataire de soins par la Mutuelle, il s'avère que les garanties du membre participant étaient suspendues ou résiliées, celui-ci est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Article 31 - Modalités de remboursement des prestations

Pour obtenir le règlement des prestations, et à défaut d'application de la télétransmission informatique des prestations santé, le membre participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs suivants :

- le décompte original ou, à défaut sa copie ou son image électronique, des prestations du régime obligatoire,
- les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles,
- les factures optiques acquittées,
- les factures dentaires acquittées.

Article 32 - Prestations indûment versées

En cas de prestations versées indûment à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 33 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

Le membre participant qui effectue volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause, et ce sans préjudice des mesures prévues par les Statuts de la Mutuelle.

SECTION 2 - LES COTISATIONS

Les réductions et exonérations de cotisations mentionnées ci-après concernent la Garantie frais de santé ainsi que les Garanties et services liés à la Garantie frais de santé et les options.

Article 34 - Fixation des cotisations des formules de la Garantie frais de santé

La Garantie frais de santé et ses options comportent chacune des cotisations qui leur sont propres et définies aux Annexes 2 à 4 du Règlement Mutualiste.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi ni en fonction du sexe des membres participants.

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge du membre participant et de ses ayants droit.

L'âge du membre participant et de ses ayants droit s'apprécie au 1^{er} janvier de l'année civile de l'adhésion à la garantie ou de son renouvellement, et par rapport au 1^{er} janvier qui suit leur année de naissance.

Article 35 - Cotisations des enfants ayants droit

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation :

- pour les nouveaux nés affiliés en qualité d'ayants droit, et ce pendant une période de 12 mois qui court à compter du 1^{er} jour du mois de leur naissance ; la même disposition est appliquée pour les enfants adoptés ou sous tutelle à compter du jour d'adoption ou de la mise sous tutelle,
- pour les enfants de moins d'un an affiliés en qualité d'ayants droit, et ce jusqu'à la date de leur premier anniversaire.

La mutuelle ne perçoit pas de cotisation à compter du 4^{ème} enfant affilié en qualité d'ayant droit et en principe assujetti à cotisation ainsi que pour les suivants, à condition qu'ils soient âgés de moins de 20 ans.

L'enfant du membre participant décédé ayant expressément demandé de conserver sa qualité d'ayant droit, ne verse pas de cotisation :

- pendant 1 an à compter de la date du décès du membre participant,
- jusqu'au 31 décembre de l'année de son 28^{ème} anniversaire, s'il est orphelin de père et de mère, assuré social à titre personnel ou du chef de son tuteur légal.

Les enfants handicapés de plus de 20 ans, affiliés en qualité d'ayants droit et percevant l'allocation adultes handicapés peuvent bénéficier d'une cotisation correspondant à celle des ayants droit de 21 ans, en fonction de leur niveau de garantie.

Cette réduction n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

CHAPITRE 3 - LES GARANTIES ET SERVICES LIES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 36 – Action sociale

La Mutuelle met en œuvre au bénéfice de ses membres participants bénéficiant de la Garantie frais de santé une action sociale consistant notamment en la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées ou en situation de handicap.

Les aides au titre de l'action sociale sont accordées en considération de la situation personnelle du demandeur, membre participant ou ayants droit du membre participant.

Les aides ou allocations ont un caractère annuel, non rétroactif et non définitif.

L'Assemblée générale, sur proposition du Conseil d'administration, détermine chaque année le montant global de l'enveloppe qui peut être accordée au titre des aides ou services aux membres participants et leurs ayants droit.

ANNEXE 1 Garantie frais de santé Prestations

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale.
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information.

• **Formule solidaire et non responsable.**

	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle
Soins courants		
Consultations visites généraliste	70% BR	100% BR
Consultations visites spécialiste	70% BR	100% BR
Actes techniques médicaux et actes de chirurgie	70% BR	100% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	100% BR
Radiologie	70% BR	100% BR
Analyse médicale / examens de laboratoire	60% ou 70% BR	100% BR
Pharmacie		
Pharmacie à 65% (médicament à service médical rendu majeur ou important)	65% BR	100% BR
Pharmacie à 30 % (médicament à service medical modéré)	30% BR	100% BR
Pharmacie à 15% (médicament à service medical rendu faible)	15% BR	15% BR
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	65% BR	65% BR
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Néant
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité		
Honoraires médicaux et chirurgicaux	80% BR	100% BR
Frais de séjour	80% BR	100% BR
Frais de transport	65% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier en MCO (prise en charge illimitée)	Néant	100% FR
Forfait journalier en psychiatrie	Néant	100% FR, max 30 jrs
Forfait pour les actes lourds	Néant	Néant
Chambre particulière	Néant	Néant
Chambre particulière en ambulatoire	Néant	Néant
Frais d'accompagnement (enfant < 15 ans, personne handicapée < 20 ans, adulte > 70 ans)	Néant	Néant
Optique		
Monture + 2 verres simples	60% BR	100% BR
Monture + 2 verres complexes	60% BR	100% BR
Monture + 1 verre simple et un 1 verre complexe	60% BR	100% BR
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	100% BR
Dentaire		
Soins dentaires	70% BR	100% BR
Inlay et Onlay	70% BR	100% BR
Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale	70% BR	100% BR
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	70% ou 100% BR	100% BR

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

ANNEXE 1-1 : Optique

Définition des catégories de verres (à compter du 1er janvier 2020)

		Verres unifocaux			Verres multifocaux / progressifs		
Cylindre		0 dioptrie	]0 – 4] dioptries	]4 dioptries et +	0 dioptrie	]0 – 4] dioptries	]4 dioptries et +
Sphère			2	6			8
	] -12 dioptries et +						
	] -12 à -8] dioptries						
	] -8 à -4] dioptries	-6					
	] -4 à -2] dioptries						Verres très complexes
	] -2 à -0] dioptries		Verres simples			Verres complexes	
	] 0 à 2] dioptries						
	] 2 à 4] dioptries						
	] 4 à 8] dioptries	6					
	] 8 à 12] dioptries						
	] 12 dioptries et +			12			

ANNEXE 2 : Garantie Frais de santé Cotisations mensuelles TTC

Age	Cotisation mensuelle TTC	Régime Alsace Moselle TTC
0	21,41 €	10,71 €
1	21,41 €	10,71 €
2	21,41 €	10,71 €
3	21,41 €	10,71 €
4	21,41 €	10,71 €
5	21,41 €	10,71 €
6	21,41 €	10,71 €
7	21,41 €	10,71 €
8	21,41 €	10,71 €
9	21,41 €	10,71 €
10	21,41 €	10,71 €
11	21,41 €	10,71 €
12	21,41 €	10,71 €
13	21,41 €	10,71 €
14	21,41 €	10,71 €
15	21,41 €	10,71 €
16	21,41 €	10,71 €
17	21,41 €	10,71 €
18	21,41 €	10,71 €
19	21,41 €	10,71 €
20	21,41 €	10,71 €
21	21,41 €	10,71 €
22	21,41 €	10,71 €
23	21,41 €	10,71 €
24	21,41 €	10,71 €
25	22,01 €	11,00 €
26	22,63 €	11,31 €
27	23,26 €	11,63 €
28	23,91 €	11,96 €
29	24,58 €	12,29 €
30	25,27 €	12,63 €
31	25,98 €	12,99 €
32	26,70 €	13,35 €
33	27,45 €	13,73 €
34	28,22 €	14,11 €
35	29,01 €	14,50 €
36	29,82 €	14,91 €
37	30,66 €	15,33 €
38	31,52 €	15,76 €
39	32,40 €	16,20 €
40	33,31 €	16,65 €
41	34,24 €	17,12 €
42	35,20 €	17,60 €

Age	Cotisation mensuelle TTC	Régime Alsace Moselle TTC
43	36,18 €	18,09 €
44	37,20 €	18,60 €
45	37,94 €	18,97 €
46	38,70 €	19,35 €
47	39,47 €	19,74 €
48	40,26 €	20,13 €
49	41,07 €	20,53 €
50	41,89 €	20,94 €
51	42,73 €	21,36 €
52	43,58 €	21,79 €
53	44,45 €	22,23 €
54	45,34 €	22,67 €
55	46,97 €	23,49 €
56	48,66 €	24,33 €
57	50,42 €	25,21 €
58	52,23 €	26,12 €
59	54,11 €	27,06 €
60	54,92 €	27,46 €
61	55,75 €	27,87 €
62	56,58 €	28,29 €
63	57,43 €	28,72 €
64	58,29 €	29,15 €
65	59,17 €	29,58 €
66	60,82 €	30,41 €
67	62,53 €	31,26 €
68	64,28 €	32,14 €
69	66,08 €	33,04 €
70	67,93 €	33,96 €
71	69,83 €	34,91 €
72	71,78 €	35,89 €
73	73,79 €	36,90 €
74	75,86 €	37,93 €
75	77,99 €	38,99 €
76	80,17 €	40,08 €
77	82,41 €	41,21 €
78	84,72 €	42,36 €
79	87,09 €	43,55 €
80	89,53 €	44,77 €
81	92,04 €	46,02 €
82	94,62 €	47,31 €
83	97,27 €	48,63 €
84	99,99 €	49,99 €
85	102,79 €	51,39 €

ANNEXE 3 : Option « Renfort hospitalisation » Prestations

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
 - Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale ou des frais réels (FR)
 - La mutuelle prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale selon les dispositions du décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
 - Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
 - Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information.
- **Si vous choisissez cette option « Renfort hospitalisation », les prestations présentées dans le tableau ci dessous, se substituent à celles du poste « Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité » du tableau de l'annexe 1. Pour une plus grande visibilité des garanties, les postes renforcés sont surlignés en gris.**
- **Votre formule est solidaire et non responsable**

	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle SANS option	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle AVEC option
Hospitalisation médicale, chirurgicale et maternité			
Honoraires médicaux et chirurgicaux - DPTAM	80% BR	100% BR	150% BR
Honoraires médicaux et chirurgicaux – hors DPTAM	80% BR	100% BR	130% BR
Frais de séjour	80% BR	100% BR	100% BR
Frais de transport	65% BR	100% BR	100% BR
Forfait journalier hospitalier en MCO (prise en charge illimitée)	Néant	100% FR	100% FR
Forfait journalier hospitaliser en psychiatrie	Néant	100% FR, max 30 jrs	100% FR, max 30 jrs
Forfait pour les actes lourds	Néant	Néant	100% FR
Chambre particulière	Néant	Néant	40 € / nuit
Chambre particulière en ambulatoire	Néant	Néant	40 €/ jour
Frais d'accompagnement (enfant < 15 ans, personne handicapée < 20 ans, adulte > 70 ans)	Néant	Néant	20 €/ jour

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

ANNEXE 3 : Option « Renfort hospitalisation »
Cotisations mensuelles TTC

Age	Cotisation supplémentaire Renfort hospitalisation
0	3,67 €
1	3,67 €
2	3,67 €
3	3,67 €
4	3,67 €
5	3,67 €
6	3,67 €
7	3,67 €
8	3,67 €
9	3,67 €
10	3,67 €
11	3,67 €
12	3,67 €
13	3,67 €
14	3,67 €
15	3,67 €
16	3,67 €
17	3,67 €
18	3,67 €
19	3,67 €
20	3,67 €
21	3,67 €
22	3,67 €
23	3,67 €
24	3,67 €
25	3,77 €
26	3,88 €
27	3,98 €
28	4,10 €
29	4,21 €
30	4,33 €
31	4,45 €
32	4,57 €
33	4,70 €
34	4,83 €
35	4,97 €
36	5,11 €
37	5,25 €
38	5,40 €
39	5,55 €
40	5,71 €
41	5,86 €
42	6,03 €

Age	Cotisation supplémentaire Renfort hospitalisation
43	6,20 €
44	6,37 €
45	6,50 €
46	6,63 €
47	6,76 €
48	6,90 €
49	7,03 €
50	7,18 €
51	7,32 €
52	7,47 €
53	7,61 €
54	7,77 €
55	8,05 €
56	8,34 €
57	8,64 €
58	8,95 €
59	9,27 €
60	9,41 €
61	9,55 €
62	9,69 €
63	9,84 €
64	9,99 €
65	10,14 €
66	10,42 €
67	10,71 €
68	11,01 €
69	11,32 €
70	11,64 €
71	11,96 €
72	12,30 €
73	12,64 €
74	13,00 €
75	13,36 €
76	13,73 €
77	14,12 €
78	14,51 €
79	14,92 €
80	15,34 €
81	15,77 €
82	16,21 €
83	16,66 €
84	17,13 €
85	17,61 €

ANNEXE 4 : Option « Renfort soins de ville » Prestations

- Les remboursements sont exprimés soit en pourcentage, soit en euros.
- Les remboursements exprimés en pourcentage sont fonction du tarif de base de remboursement (BR) de la Sécurité sociale.
- La mutuelle prend en charge au minimum le ticket modérateur pour les prestations remboursées par la Sécurité sociale selon les dispositions du décret relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
- Dans tous les cas, le montant des remboursements de la mutuelle ne peut être supérieur au montant restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.
- Les taux de remboursement de la Sécurité sociale repris dans le tableau de prestations ci-dessous ont une valeur indicative et sont donnés pour information.
- Si vous choisissez cette option « Renfort soins de ville », les prestations présentées dans le tableau ci-dessous, se substituent à celles des postes « Soins courants » et « Pharmacie » du tableau de l'annexe 1. Pour une plus grande visibilité des garanties, les postes renforcés sont surlignés en gris.
- Votre formule est solidaire et non responsable.

	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle SANS option	Remboursement Sécurité sociale + Mutuelle AVEC option
Soins courants			
Consultations visites généralistes - DPTAM	70% BR	100% BR	150% BR
Consultations visites généraliste – hors DPTAM	70% BR	100% BR	130% BR
Consultations visites spécialiste - DPTAM	70% BR	100% BR	150% BR
Consultations visites spécialiste – hors DPTAM	70% BR	100% BR	130% BR
Actes techniques médicaux - DPTAM	70% BR	100% BR	150% BR
Actes techniques médicaux – hors DPTAM	70% BR	100% BR	130% BR
Imagerie médicale et échographie - DPTAM	70% BR	100% BR	150% BR
Imagerie médicale et échographie - hors DPTAM	70% BR	100% BR	130% BR
Actes de chirurgie - DPTAM	70 % BR	100% BR	150% BR
Actes de chirurgie - hors DPTAM	70% BR	100% BR	130% BR
Auxiliaires médicaux	60% BR	100% BR	100 % BR
Analyses médicales / examen de laboratoire	60% ou 70% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie			
Pharmacie à 100% (médicament reconnu comme irremplaçable et	100% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 65% (médicament à service médical rendu majeur ou	65% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 30 % (médicament à service medical modéré)	30% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie à 15% (médicament à service medical rendu faible)	15% BR	15% BR	15% BR
Vaccins remboursés par la Sécurité sociale	65 % BR	65% BR	100% BR
Vaccins prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	Néant	Néant	50 €/ an

BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale

FR : Frais réels

DPTAM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

ANNEXE 4 : Option « Renfort soins de ville »
Cotisations mensuelles TTC

Age	Cotisation supplémentaire Renfort soins de ville
0	2,43 €
1	2,43 €
2	2,43 €
3	2,43 €
4	2,43 €
5	2,43 €
6	2,43 €
7	2,43 €
8	2,43 €
9	2,43 €
10	2,43 €
11	2,43 €
12	2,43 €
13	2,43 €
14	2,43 €
15	2,43 €
16	2,43 €
17	2,43 €
18	2,43 €
19	2,43 €
20	2,43 €
21	2,43 €
22	2,43 €
23	2,43 €
24	2,43 €
25	2,50 €
26	2,57 €
27	2,64 €
28	2,71 €
29	2,79 €
30	2,87 €
31	2,95 €
32	3,03 €
33	3,12 €
34	3,20 €
35	3,29 €
36	3,38 €
37	3,48 €
38	3,58 €
39	3,68 €
40	3,78 €
41	3,89 €
42	3,99 €

Age	Cotisation supplémentaire Renfort soins de ville
43	4,11 €
44	4,22 €
45	4,31 €
46	4,39 €
47	4,48 €
48	4,57 €
49	4,66 €
50	4,75 €
51	4,85 €
52	4,95 €
53	5,04 €
54	5,15 €
55	5,33 €
56	5,52 €
57	5,72 €
58	5,93 €
59	6,14 €
60	6,23 €
61	6,33 €
62	6,42 €
63	6,52 €
64	6,62 €
65	6,71 €
66	6,90 €
67	7,10 €
68	7,29 €
69	7,50 €
70	7,71 €
71	7,92 €
72	8,15 €
73	8,37 €
74	8,61 €
75	8,85 €
76	9,10 €
77	9,35 €
78	9,61 €
79	9,88 €
80	10,16 €
81	10,45 €
82	10,74 €
83	11,04 €
84	11,35 €
85	11,66 €

Lamie mutuelle

18, rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS

