
Notice d'information

Pack Bleu Pro

NOTICE D'INFORMATION PACK BLEU PRO

Ce que vous devez savoir avant de vous engager **Informations précontractuelles en cas de vente à distance**

Le contrat Pack Bleu Pro est un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par l'Association Elantis, assuré par Mutuelle Bleue, Mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé au 68 rue du Rocher – CS 60075 – 75396 Paris Cedex 08, immatriculée au Répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Mutuelle Bleue.

Le montant de la cotisation est fixé à la souscription et calculé en fonction du niveau de garanties souscrit, de l'âge (établi par tranches quinquennales) de chacun des bénéficiaires, et enfin, selon le lieu de résidence principale du Membre participant. La cotisation est payable d'avance. Le souscripteur peut opter pour un paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel.

Les garanties prévues par le contrat sont des garanties frais de santé qui ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre participant, et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

Les exclusions prévues par le contrat Pack Bleu Pro sont celles prévues par l'article 27 de la présente Notice d'information.

La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé.

La souscription se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par le Membre participant.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge du Membre participant. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par le Membre participant et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

Le Membre participant bénéficie d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires à compter, soit du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu. Pour cela, il lui suffit d'adresser à Mutuelle Bleue, 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex, une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme, Melle) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat Pack Bleu Pro que j'avais souscrit le
Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.
Fait à, le
Signature »

Les relations précontractuelles et contractuelles avec Mutuelle Bleue sont régies par le droit français.

Mutuelle Bleue s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du contrat.

En cas de réclamation, le Membre participant peut contacter :

- En première instance : le Service Relations Adhérents au 01 64 71 40 00 ;
- En cas de difficultés persistantes : le Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex ;
- En dernier recours : le Médiateur de Mutuelle Bleue, 14 rue René Cassin – CS 70528 – 77014 Melun Cedex (dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales).

Mutuelle Bleue s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1^{er} : DÉNOMINATION SOCIALE DE LA MUTUELLE

Mutuelle Bleue, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, ayant son siège social au 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08 et immatriculée au répertoire SIRENE sous le n° 775 671 993, sera désignée dans la présente Notice par le terme Mutuelle.

ARTICLE 2 : CARACTÉRISTIQUES DE LA GAMME

Le Contrat Pack Bleu Pro est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par l'Association ELANTIS au bénéfice de ses membres. Les garanties proposées répondent aux exigences prévues par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties Pack Bleu Pro sont conformes aux dispositions de l'article L. 223-25-1 du Code de la Mutualité et sont susceptibles d'ouvrir droit au bénéfice de l'article 154 bis du Code Général des Impôts (Loi Madelin).

ARTICLE 3 : OBJET DE LA NOTICE

La présente Notice, établie par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque Membre participant et Ayants droit tels que définis à l'article 6 des statuts ou membres honoraires de la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations définies aux Chapitres III et IV de la présente Notice.

ARTICLE 4 : TERRITORIALITÉ

Les garanties s'exercent en France métropolitaine et dans les territoires et départements français d'outre-mer.

En outre, elles s'appliquent à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'assurance maladie obligatoire français de l'Adhérent. Le règlement des prestations est effectué en euros.

ARTICLE 5 : DÉFINITIONS

- **Code de la Mutualité** : Texte officiel édictant les règles de fonctionnement de tous les organismes mutualistes (mutuelles, unions et fédérations). Sa mise en place résulte d'une Ordonnance du 19 avril 2001 (J.O. du 22 avril 2001) et de ses textes d'application.
- **Membres participants** : Personnes physiques bénéficiant des prestations de la Mutuelle et qui, le cas échéant, en ouvrent le droit à leurs Ayants droit.
- **Ayants droit** : Personnes bénéficiant des prestations statutaires complémentaire maladie de la Mutuelle, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec le Membre participant. Les personnes comprises sous le terme d'Ayants droit sont les membres de la famille du Membre participant, tels que définis par l'article 6 des statuts.
- **Bénéficiaires** : Personnes physiques habilitées à percevoir les prestations garanties, à savoir le Membre participant lui-même et le ou les Ayants droit désignés par celui-ci sur le bulletin d'adhésion. Les Bénéficiaires sont également dénommés « Adhérents ».
- **Membres honoraires** : Personnes physiques ou personnes morales qui versent des cotisations, contributions ou des dons sans bénéficier des prestations de la Mutuelle.
- **Protection complémentaire maladie** : Elle permet la prise en charge de tout ou partie des frais liés à la santé en complément ou en supplément des prestations versées par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.
- **Délai de stage** : Période qui suit l'adhésion à la Mutuelle et pendant laquelle l'Adhérent ne peut bénéficier de tout ou partie des prestations souscrites.
- **Ticket modérateur** : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Adhérent.
- **Tarif de responsabilité** : Tarif forfaitaire fixé par voie conventionnelle ou réglementaire pour les actes pratiqués par les professionnels de santé et servant de base aux remboursements de la Sécurité sociale.
- **Tiers payant** : Paiement direct, total ou partiel, des frais médicaux ou pharmaceutiques, laissés à la charge de l'Adhérent par la Mutuelle en lieu et place de ce dernier.
- **Parcours de soins coordonnés** : Établi et coordonné par le médecin-traitant désigné par l'Adhérent, il influe sur le taux de remboursement du Régime Obligatoire.
- **Contrat responsable** : Contrat dont les garanties respectent les critères fixés par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale et permettant le bénéfice d'exonérations fiscales et sociales. Ces critères consistent à ce que les garanties prennent en charge certaines prestations et en excluent d'autres.
- **Base de remboursement (BR)** : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

- **Contrat d'Accès aux Soins (CAS)** : Contrat mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal Officiel du 6 décembre 2012, signé par certains médecins favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires.
- **Dossier Médical Personnel (DMP)** : Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un DMP, notamment constitué des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Chaque professionnel de santé reporte dans le DMP, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. Dès sa mise en œuvre, le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie, et par conséquent de la Mutuelle, sera subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours, d'accéder à son DMP et de le compléter.
- **Age** : L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année considérée et l'année de naissance.

CHAPITRE II

ADHÉSION

ARTICLE 6 : OBJET DE L'ADHÉSION

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au Membre participant, et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

Peuvent également être couvertes des prestations non prises en charge par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité.

En tout état de cause, les Membres participants et leurs Ayants droit bénéficient de prestations conformément au niveau de garantie choisi.

ARTICLE 7 : SERVICES NON RÉGÉS PAR LA PRÉSENTE NOTICE

Les services d'assistance inclus dans chacune des garanties sont assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions générales de l'assisteur.

Les Conditions générales de ces services sont remises à l'Adhérent lors de sa souscription.

Les services assurés par le prestataire susvisé sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.

ARTICLE 8 : CONDITIONS ET FORME DE L'ADHÉSION

Peuvent adhérer à la Mutuelle, en application de l'article 8 des statuts, les personnes qui, quels que soient leur âge et leur état de santé sont affiliées à titre obligatoire ou volontaire à un Régime Obligatoire d'assurance maladie maternité.

Les personnes souhaitant bénéficier des garanties Pack Bleu Pro doivent :

- adhérer à l'association ELANTIS ;
- exercer une activité non salariée, non agricole, rémunérée, normale et effective dont le régime d'imposition relève de la catégorie des Bénéficiaires Non Commerciaux ou des Bénéficiaires Industriels et Commerciaux ;
- être en activité lors de l'adhésion aux garanties ;
- être à jour du versement des cotisations aux Régimes Obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion par lequel le Membre participant manifeste expressément sa volonté de bénéficier des prestations garanties par la Mutuelle pour lui-même et, le cas échéant, pour ses Ayants droit, tels que définis par l'article 6 des statuts.

Le Membre participant signe pour ses Ayants droit.

L'écart entre le niveau de garanties souscrit par le Membre participant et ses Ayants droit ne peut être supérieur à un.

ARTICLE 9 : MODALITÉS D'ADHÉSION

Le bulletin d'adhésion susvisé comporte des rubriques destinées à renseigner la Mutuelle sur les éléments suivants :

- les nom, prénom, date de naissance, adresse et profession du Membre participant et, le cas échéant, les nom, prénom, date de naissance de son(sa) conjoint(e) ou de son(sa) concubin(e) ou de son(sa) partenaire lié(e) par un PACS ;
- le cas échéant les noms, prénoms des enfants à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Ledit bulletin précise également la garantie choisie ainsi que les modalités et périodicités de paiement des cotisations.

Le bulletin d'adhésion, dûment rempli et signé, est adressé ou déposé au siège de la Mutuelle ou dans l'une de ses agences (cachet de la Poste, date de remise en agence ou, lors d'un retour par voie électronique, date figurant sur le bulletin d'adhésion faisant foi).

Il est remis au Membre participant, après réception du bulletin d'adhésion, une carte d'Adhérent comportant :

- en son en-tête, les signes distinctifs de la Mutuelle ;
- les noms et prénoms des Bénéficiaires : le Membre participant et le cas échéant ses Ayants droit ;
- les taux de remboursement correspondant à l'option choisie entre les différentes garanties.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions de la présente Notice et des statuts de la Mutuelle, remis au Membre participant préalablement à son adhésion. Celui-ci reconnaît en avoir pris connaissance avant la signature dudit bulletin.

ARTICLE 10 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion (cachet de la poste ou date de remise en agence faisant foi, ou, lors d'un retour par voie électronique, date figurant sur le bulletin d'adhésion faisant foi), sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation.

Elle est souscrite pour une durée indéterminée sauf résiliation à chaque échéance annuelle dans les conditions de forme et de délai exposées ci-dessous.

ARTICLE 11 : DROIT DE RENONCIATION

Le Membre participant a la faculté de renoncer à la garantie souscrite auprès de la Mutuelle. Pour ce faire, il lui suffit d'adresser à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception dans les trente (30) jours calendaires révolus soit à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le contrat est conclu.

Les remboursements des sommes perçues par la Mutuelle ou par le Membre participant s'effectuent dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, le Membre participant doit adresser à Mutuelle Bleue, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme, Melle)
(nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat Pack Bleu Pro que j'avais souscrit le

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à, le
Signature »

ARTICLE 12 : FORME ET DÉLAIS DE LA RÉSILIATION

12.1. Résiliation annuelle

Le Membre participant peut mettre fin à son adhésion le 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège de la Mutuelle **deux (2) mois au moins** avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).

12.2. Résiliation exceptionnelle

En cas de modification des droits et obligations des Membres participants, ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion dans un délai de un (1) mois à compter de la remise de la Notice d'information ou de l'avenant à la Notice d'information comportant les modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

ARTICLE 13 : EFFET DE LA RÉSILIATION

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, ni au titre des garanties frais de santé, ni au titre de la garantie assistance, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de sa date de radiation, le Membre Participant s'engage, pour lui-même et ses Ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les carte(s) d'Adhérent qui lui ouvriraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

CHAPITRE III COTISATIONS

ARTICLE 14 : DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Le bénéfice des garanties complémentaire maladie assurées par la Mutuelle est subordonné au paiement d'une cotisation annuelle, fixée forfaitairement par référence :

- au niveau des garanties souscrites,
- à l'âge, établi par tranches quinquennales, de chacun des Bénéficiaires,
- au lieu de résidence principale du Membre participant.

La Mutuelle se réserve la faculté de moduler ses cotisations en fonction du nombre d'Ayants droit mentionnés sur le bulletin d'adhésion.

ARTICLE 15 : AVANTAGES FISCAUX

AU TITRE DE LA « LOI MADELIN »

15.1. Principe

La Loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « Loi Madelin », offre la possibilité de déduire du bénéfice imposable (Bénéfices Industriels et Commerciaux - BIC - ou Bénéfices Non Commerciaux - BNC) les cotisations versées chaque année pour se constituer un complément de retraite par capitalisation ou acquérir des garanties de prévoyance et de complémentaire maladie.

Attention, la fraction de cotisation du contrat de complémentaire santé Madelin versée pour les Ayants droit dépendant d'un autre régime d'assurance maladie que celui du régime de l'assurance maladie des travailleurs indépendants ne sera pas déductible.

15.2. Bénéficiaires

Les personnes soumises à l'impôt sur le revenu, au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) ou des Bénéfices Non Commerciaux (BNC), les commerçants, artisans, professions libérales et travailleurs non salariés non agricoles et leurs conjoints collaborateurs peuvent bénéficier, sous certaines conditions, des avantages de la « Loi Madelin » susvisée.

15.3. Conditions

Les personnes souhaitant bénéficier de cette déduction doivent être à jour de leurs cotisations aux Régimes Obligatoires d'assurance maladie et vieillesse et adhérer à un contrat collectif souscrit par une association.

Ainsi, les travailleurs indépendants doivent adhérer à l'association ELANTIS en versant le droit d'entrée correspondant.

Plus généralement, les cotisations versées au titre de l'acquisition à un contrat complémentaire santé, sont déductibles dans les conditions et limites prévues par la réglementation en vigueur à la date de la déclaration des revenus de l'année N-1.

ARTICLE 16 : RÉVISION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1^{er} janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- de l'âge, établi par tranches quinquennales, de chacun des Bénéficiaires,
- du changement de domicile du Membre participant impactant la tarification.

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués aux Adhérents dans les formes habituelles et payables pour l'année suivante selon les modalités de paiement indiquées sur le bulletin d'adhésion.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie), la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer en cours d'année les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

ARTICLE 17 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, sur appels de cotisations adressés à la dernière adresse connue du Membre participant.

Elles sont dues à partir de la date d'effet de l'adhésion par prélèvement automatique sur compte bancaire ou paiement par chèque.

Les modalités et les périodicités de paiement des cotisations figurent sur le bulletin d'adhésion.

Le Membre participant a la faculté de modifier, en cours d'adhésion, le mode et la périodicité de paiement de ses cotisations, à condition d'en faire la demande, par écrit, auprès de la Mutuelle un (1) mois au moins avant la date d'effet souhaitée.

La date de paiement prise en considération est celle du règlement au siège ou dans l'une des agences ou dans tout autre lieu accepté par la Mutuelle.

ARTICLE 18 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle adresse au Membre participant une lettre de mise en demeure l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du contrat.

A défaut de paiement de la cotisation dans un délai de quarante (40) jours suivant cette mise en demeure, le Membre participant pourra être exclu des garanties définies au bulletin d'adhésion.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 19 : CAS D'EXONÉRATION DE COTISATIONS

Aucune cotisation n'est due au titre du 3^e enfant et des suivants, régulièrement inscrits à la Mutuelle.

Ces exonérations ne sont accordées que si l'un des deux conjoints ou concubins ou partenaires liés par un PACS ou le Membre participant adhère à la Mutuelle.

Ce 3^e enfant, ainsi que, le cas échéant, les suivants, ne pourront souscrire un niveau de garantie supérieur au niveau de garantie le plus élevé souscrit par l'un des Bénéficiaires cotisant au Pack Bleu Pro.

CHAPITRE IV PRESTATIONS

ARTICLE 20 : DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES

20.1. Dispositions générales

La nature et l'étendue des prestations complémentaire maladie assurées par la Mutuelle figurent dans le tableau annexé aux présentes.

Les remboursements réalisés par la Mutuelle sont fonction du ou des choix effectué(s) par le Membre participant lors de son adhésion parmi les différents niveaux de garantie figurant sur le bulletin d'adhésion.

L'attention des Adhérents est attirée sur le fait que les prestations peuvent être appelées à évoluer au cours des années à venir pour tenir compte des dispositions réglementaires qui doivent être prises dans le cadre de l'application de la Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

20.2. Dispositions particulières

20.2.1. Justificatifs

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques...).

Les justificatifs qui seront adressés à la Mutuelle devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site de l'Assurance Maladie obligatoire). L'Adhérent peut envoyer ses justificatifs par voie postale à Mutuelle Bleue - Service Relations Adhérents - 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ou par voie électronique à contact@mutuellebleue.fr (uniquement pour les justificatifs de prestations).

Concernant plus particulièrement les prestations « Colis naissance » et « Prime naissance », lorsque ces dernières sont prévues dans votre contrat, lesdites prestations seront accordées à condition que l'enfant soit inscrit sur le contrat Pack Bleu Pro :

- dans un niveau de garantie les prévoyant, et,
- dans un délai deux (2) mois à compter du jour de la naissance.

20.2.2. Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérents au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et les médecins non-adhérents au CAS.

Si le médecin n'est pas adhérent au CAS, la prise en charge des dépassements

est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

20.2.3. Prise en charge de l'optique

Les prestations de ce poste s'expriment par un forfait en euros, par équipement (monture + 2 verres) incluant le ticket modérateur.

Les prestations « Optique » sont limitées à un équipement tous les deux (2) ans par Bénéficiaire. Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'adhésion au Contrat Pack Bleu Pro.

Par dérogation, cette période est réduite à un (1) an :

- pour les Bénéficiaires de moins de 18 ans,
- et quel que soit l'âge du Bénéficiaire, en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

La justification d'une évolution de la vue se fonde sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente.

Les prestations servies sont contenues dans les limites fixées par les textes sur les « contrats responsables ».

- Les verres dits « simples » ou « à simple foyer » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6 et +6 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4 dioptries.

- Les verres dits « complexes » correspondent à un équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6 à +6 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs.

- Les verres dits « très complexes » correspondent à un équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il faut cumuler la valeur maximale des deux types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux (2).

Un équipement est dit mixte lorsqu'il est composé :

- d'un verre simple et d'un verre complexe ;
- d'un verre simple et d'un verre très complexe ;
- d'un verre complexe et d'un verre très complexe.

La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à cent cinquante (150) euros.

La prestation « Lentilles » est prise en charge dans la limite d'un forfait incluant, le cas échéant, le ticket modérateur qui s'apprécie par an et par Bénéficiaire.

Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par la Sécurité sociale, ainsi que les lentilles jetables.

ARTICLE 21 : CHANGEMENTS ET MODIFICATIONS DE GARANTIES

Les changements ou modifications de garanties ne peuvent être effectué(e)s que par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion.

Ils ne pourront être effectués qu'après douze (12) mois, à compter de la date d'effet du contrat.

La demande de modification prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la signature du nouveau bulletin d'adhésion par le Membre participant.

Cette modification ne pourra déroger à la règle énoncée à l'article 8 des présentes selon laquelle l'écart entre le niveau de garanties souscrit par le Membre participant et ses Ayants droit ne peut être supérieur à un.

D'une façon générale, toute modification de garantie ne pourra intervenir qu'une (1) fois par année civile.

ARTICLE 22 : OUVERTURE DES DROITS

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion telle que prévue à l'article 10 de la présente Notice.

ARTICLE 23 : CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS ET LIMITES AUX REMBOURSEMENTS

Sous réserve des cas d'exonérations de cotisations visés par l'article 19 ci-dessus, le bénéfice des prestations assurées par la Mutuelle est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties souscrites.

Les Adhérents doivent en conséquence être à jour de leurs cotisations à la date des soins dont le remboursement ou la prise en charge est demandé(e). En vertu des dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains

risques, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'Adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.

Si tel était le cas, la Mutuelle se réserve le droit de réduire à due concurrence le montant de ses remboursements.

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

La Mutuelle ne prend pas en charge la participation forfaitaire de l'Adhérent aux frais de santé prévue à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de ce même article, applicable, dans les conditions et limites prévues par les Lois et Règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- les actes effectués par des auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
- les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.

ARTICLE 24 : MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du « tiers payant », la Mutuelle n'intervient qu'après participation de la Caisse du Régime Obligatoire dont relève l'Adhérent.

Les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par la Mutuelle au vu des documents transmis par la Caisse d'affiliation susvisée et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission.

À défaut d'application du procédé de la télétransmission, les remboursements sont effectués au vu des pièces suivantes :

- la prescription médicale ;
- le cas échéant, le justificatif de paiement : facture... ;
- les décomptes du Régime Obligatoire.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente Notice. **En cas de refus du Bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.** Selon le niveau de garantie souscrit, la Mutuelle peut également verser des prestations forfaitaires pour des actes non remboursés par le régime d'assurance maladie obligatoire.

ARTICLE 25 : FORME ET DÉLAIS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf dans le cas du « tiers payant », les remboursements de frais de soins de santé sont effectués par chèque ou par virement sur le compte déterminé par le Membre participant.

Ces remboursements sont effectués selon les règles de l'art applicables en la matière et dans les meilleurs délais, sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que le Membre participant et ses Ayants droit doivent fournir pour obtenir les résultats escomptés.

ARTICLE 26 : SUSPENSION DE GARANTIES

Le droit à prestations est suspendu en cas de guerre.

D'une façon générale, aucune prestation n'est due pour tous soins, toutes interventions ou hospitalisations intervenus ou survenus pendant la période de suspension.

ARTICLE 27 : EXCLUSIONS

Les garanties du présent contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;

- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 28 : MODIFICATION DES PRESTATIONS ASSURÉES PAR LA MUTUELLE

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux ou les taux de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Il pourra en être de même en cas de variation importante constatée ou prévue du volume et du coût des soins ou services.

Ces modifications seront décidées dans les conditions prévues par les statuts et le Code de la Mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations seront notifiés aux Membres participants par la remise d'une Notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout Membre participant peut, conformément à l'article 12.2 des présentes, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

ARTICLE 29 : CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- en cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 12 de la présente Notice ;
- en cas de décès du Membre participant. Dans ce cas, les garanties prennent fin également à l'égard des Ayants droit du Membre participant ;
- en cas de perte par le Membre participant de la qualité de « travailleur non salarié » ;
- en cas de non-paiement de la cotisation (article 18 de la présente Notice) ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément à l'article L. 211-9 du Code de la Mutualité.
- lorsqu'un Bénéficiaire sollicite le bénéfice du dispositif de Couverture Maladie Universelle (CMU) dans les conditions et dans les limites prévues par la Loi n° 99-461 du 27 juillet 1999 et ses décrets d'application.

CHAPITRE V DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 30 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'adhésion à la Mutuelle sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'Adhérent par la Mutuelle) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

ARTICLE 31 : ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT

Le Membre s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la Mutuelle tout changement dans sa situation personnelle ou celle de ses Ayants droit pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par la Mutuelle.

Il s'engage également à notifier à la Mutuelle tout changement d'activité dans le mois qui suit.

Il informera la Mutuelle, lors de la souscription de son adhésion, de l'existence de garanties complémentaire maladie souscrites auprès d'une autre entreprise d'assurance.

ARTICLE 32 : SANCTIONS

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout Membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les statuts. En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le Membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, le Membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1. En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

2. Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le Membre participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'Adhérent ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un Adhérent non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle aux seuls Adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

ARTICLE 33 : SUBROGATION

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions du Membre participant et ses Ayants droit envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même ou aux Membres de sa famille.

À cet effet, le Membre participant et ses Ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

ARTICLE 34 : INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel, recueillies au titre des demandes d'adhésion, sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la Mutuelle.

Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et, éventuellement, aux mandataires, partenaires et/ou aux réassureurs de Mutuelle Bleue.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004801 du 6 août 2004.

Les Membres participants ainsi que leurs Ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires peuvent demander communication, rectification ou encore exercer leur droit d'opposition, pour des motifs légitimes, à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la Mutuelle.

ARTICLE 35 : RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice, les Bénéficiaires peuvent contacter :

- En première instance : le Service Relations Adhérents au 01 64 71 40 00 ;
- En cas de difficultés persistantes : le Service Satisfaction Clients, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex ;
- En dernier recours : le Médiateur de la Mutuelle, 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex (dans les cas relevant de sa compétence et sans préjudice des autres voies d'actions légales).

La Mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

ARTICLE 36 : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux. À ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou participent au financement du terrorisme.

ARTICLE 37 : LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 38 : DÉSIGNATION DE L'ORGANISME DE CONTRÔLE

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

TABLEAU DES PRESTATIONS PACK BLEU PRO

Pack Bleu Pro

Vos prestations

Les prestations des différents niveaux ci-dessous comprennent celles versées par le Régime Obligatoire et ne peuvent en aucun cas excéder les frais réellement engagés. Elles s'appliquent lorsque l'Assuré respecte le parcours de soins.

	Régime Obligatoire en % de la B.R. ⁽¹⁾	PRO 100	PRO 200	PRO 300	PRO 400	PRO 500
HOSPITALISATION médicale ou chirurgicale, y compris maternité						
Frais de séjour, hébergement et ambulatoires						
• Etablissements conventionnés, y compris les maisons de repos (en fonction de la nature des soins)	80 % ou 100 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾
• Etablissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	80 % ou 100 %	80 ou 100 % B.R. ⁽¹⁾	80 ou 100 % B.R. ⁽¹⁾	80 ou 100 % B.R. ⁽¹⁾	80 ou 100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾
• Limite par hospitalisation (établissements non conventionnés)	-	-	-	-	-	6 000 €
Honoraires chirurgiens / anesthésistes (non-adhérents au C.A.S. ⁽²⁾) (en fonction de la nature des soins)	80 % ou 100 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	125 % B.R. ⁽¹⁾	135 % B.R. ⁽¹⁾	150 % B.R. ⁽¹⁾	200 % B.R. ⁽¹⁾
Honoraires chirurgiens / anesthésistes (adhérents au C.A.S. ⁽²⁾) (en fonction de la nature des soins)	80 % ou 100 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	145 % B.R. ⁽¹⁾	155 % B.R. ⁽¹⁾	170 % B.R. ⁽¹⁾	220 % B.R. ⁽¹⁾
Chambre particulière (y compris la maternité et les maisons de repos)						
• Limite durée / nombre de jours par an ⁽³⁾	-	-	60 jours	60 jours	75 jours	90 jours
• Etablissements conventionnés ou non, y compris psychiatriques	néant	-	75 € / jour	75 € / jour	75 € / jour	150 € / jour
Lit d'accompagnant (établissements conventionnés)	néant	-	35 € / jour	35 € / jour	70 € / jour	70 € / jour
• Limite durée / nombre de jours par an ⁽³⁾	-	-	60 jours	60 jours	75 jours	90 jours
Forfait journalier	néant	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur
Franchise sur les actes lourds	néant	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur	100% du forfait en vigueur
Transports sanitaires pris en charge par le R.O.⁽⁴⁾	65 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾
Interruption Volontaire de Grossesse	100 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾
HONORAIRES MEDICAUX						
Honoraires ambulatoires, consultations, visites et actes techniques médicaux, généralistes / spécialistes (non-adhérents au C.A.S. ⁽²⁾)	70%	100 % B.R. ⁽¹⁾	125 % B.R. ⁽¹⁾	135 % B.R. ⁽¹⁾	150 % B.R. ⁽¹⁾	200 % B.R. ⁽¹⁾
Honoraires ambulatoires, consultations, visites et actes techniques médicaux, généralistes / spécialistes (adhérents au C.A.S. ⁽²⁾)	70%	100 % B.R. ⁽¹⁾	145 % B.R. ⁽¹⁾	155 % B.R. ⁽¹⁾	170 % B.R. ⁽¹⁾	220 % B.R. ⁽¹⁾
Actes de radiologie (dont ostéodensitométrie) et d'échographie	70 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	120 % B.R. ⁽¹⁾	150 % B.R. ⁽¹⁾	300 % B.R. ⁽¹⁾
Analyses prises en charge par le R.O.⁽⁴⁾	60 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾
Analyses prescrites non prises en charge par le R.O.⁽⁴⁾ (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	50 €	55 €	65 €	75 €
Auxiliaires médicaux (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie...)	60 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	150 % B.R. ⁽¹⁾	300 % B.R. ⁽¹⁾
Soins à l'étranger pris en charge par le R.O.⁽⁴⁾	70 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾
Pharmacie (médicaments prescrits, pris en charge par le R.O. ⁽⁴⁾)	Entre 15 % et 65 %	-	Entre 85 % et 35 % à concurrence de 100 % de la base de remboursement			
Pharmacie et vaccins prescrits non pris en charge par le R.O.⁽⁴⁾			40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	50 % F.R. ⁽⁵⁾ 250 €
Contraception non prise en charge par le R.O.⁽⁴⁾	néant	-	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 75 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 75 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 75 €	50 % F.R. ⁽⁵⁾ 75 €
Visites diététiciens, nutritionnistes, en-cas hyperprotéiques et hypocaloriques prescrits dans la limite d'un plafond annuel ⁽³⁾	néant	-	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	50 % F.R. ⁽⁵⁾ 300 €
Visites ostéopathes, chiropracteurs, acupuncteurs dans la limite d'un plafond annuel ⁽³⁾	néant	-	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	40 % F.R. ⁽⁵⁾ 150 €	50 % F.R. ⁽⁵⁾ 300 €
Sevrage tabagique : patchs et gommes uniquement (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	75 €	75 €	75 €	150 €
OPTIQUE						
Forfait Equipement correction simple (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	60 %	100 €	150 €	175 €	200 €	300 €
Forfait Equipement correction complexe (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	60 %	200 €	300 €	350 €	400 €	450 €
Forfait Equipement correction très complexe (incluant le ticket modérateur, tous les 2 ans, forfait annuel si changement de dioptrie et enfant de moins de 18 ans / dont participation maximale de 150 € sur la monture)	60 %	300 €	350 €	400 €	450 €	600 €
Lentilles prises en charge ou non par le R.O.⁽⁴⁾ (forfait annuel ⁽³⁾)	60 % ou néant	125 €	160 €	200 €	240 €	300 €
Opération de la myopie ou laser (forfait annuel ⁽³⁾ par œil)	néant	-	100 €	150 €	200 €	300 €
DENTAIRE						
Soins et radiologie pris en charge par le R.O.⁽⁴⁾	70 %	100 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	120 % B.R. ⁽¹⁾	150 % B.R. ⁽¹⁾	300 % B.R. ⁽¹⁾
Orthodontie prise en charge par le R.O.⁽⁴⁾	100 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	200 % B.R. ⁽¹⁾	250 % B.R. ⁽¹⁾	300 % B.R. ⁽¹⁾	400 % B.R. ⁽¹⁾
Prothèses prises en charge par le R.O.⁽⁴⁾	70 %	125 % B.R. ⁽¹⁾	150 % B.R. ⁽¹⁾	195 % B.R. ⁽¹⁾	300 % B.R. ⁽¹⁾	500 % B.R. ⁽¹⁾
Implantologie (dont radiologie et chirurgie) et prothèses non prises en charge par le R.O. ⁽⁴⁾ (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	500 €	750 €	1 050 €	1 750 €
Orthodontie non prise en charge par le R.O.⁽⁴⁾ (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	500 €	750 €	1 000 €	1 500 €
MATERNITÉ						
Test de grossesse (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	30 €	30 €	30 €	30 €
Insémination artificielle non prise en charge par le R.O.⁽⁴⁾ (par tentative, limitée à 3 tentatives sur la durée du contrat)	néant	-	150 €	200 €	300 €	300 €
Amniocentèse non prise en charge par le R.O.⁽⁴⁾ (stage de 9 mois) (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	150 €	150 €	150 €	150 €
Actes d'obstétrique (accouchement dont péridurale) (médecins non-adhérents au C.A.S. ⁽²⁾)	100 %	-	200 % B.R. ⁽¹⁾	200 % B.R. ⁽¹⁾	200 % B.R. ⁽¹⁾	200 % B.R. ⁽¹⁾
Actes d'obstétrique (accouchement dont péridurale) (médecins adhérents au C.A.S. ⁽²⁾)	100 %	-	220 % B.R. ⁽¹⁾	220 % B.R. ⁽¹⁾	240 % B.R. ⁽¹⁾	260 % B.R. ⁽¹⁾
Traitement de la stérilité (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	300 €	400 €	500 €	500 €
SI INSCRIPTION DE L'ENFANT						
Prime naissance	néant	-	200 €	200 €	200 €	300 €
Colis naissance	néant	-	oui	oui	oui	oui
Kinésithérapie y compris respiratoire (sur prescription médicale, enfant de moins de 5 ans adhérent au contrat) (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	-	50 €	50 €	50 €	50 €
Substitut de lait maternel (sur prescription médicale) dans la limite d'un plafond annuel ⁽³⁾	néant	-	150 €	150 €	150 €	200 €
Prévention «soleil» (sur prescription médicale, enfant de moins de 15 ans adhérent au contrat) dans la limite d'un plafond annuel ⁽³⁾	néant	-	100 €	100 €	100 €	100 €
APPAREILLAGES						
Prothèses auditives	60 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	200 % B.R. ⁽¹⁾	260 % B.R. ⁽¹⁾	300 % B.R. ⁽¹⁾	400 % B.R. ⁽¹⁾
Autres appareillages y compris prothèses mammaires et capillaires (forfait annuel ⁽³⁾)	60 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 80 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 100 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 150 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 200 €
Prothèses orthopédiques (forfait annuel ⁽³⁾)	60 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 80 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 100 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 150 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 200 €
Fauteuil roulant (forfait annuel ⁽³⁾)	100 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 150 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 175 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 200 €	100 % B.R. ⁽¹⁾ + 300 €
AUTRES PRESTATIONS						
Cure thermique prise en charge par le R.O.⁽⁴⁾						
• Soins et forfait surveillance	65 %	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾	100 % B.R. ⁽¹⁾
• Transport et hébergement hors hospitalisation (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	100 €	200 €	200 €	200 €	200 €
Actes de prévention prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale	70 ou 100%	100% B.R. ⁽¹⁾	100% B.R. ⁽¹⁾	100% B.R. ⁽¹⁾	100% B.R. ⁽¹⁾	100% B.R. ⁽¹⁾
Assistance	néant	oui	oui	oui	oui	oui
Aide-ménagère (non consécutive à une hospitalisation) (forfait annuel ⁽³⁾)	néant	100 €	200 €	200 €	200 €	300 €

(1) B.R. : Base de Remboursement

(2) Contrat d'Accès aux Soins

(3) Par année civile et par bénéficiaire

(4) R.O. : Régime Obligatoire

(5) F.R. : Frais Réels

Tous les pourcentages indiqués dans le tableau correspondent à la base de remboursement du Régime Obligatoire. Conformément à la réforme de l'Assurance Maladie, les taux « Régime Obligatoire » mentionnés sont ceux en vigueur au 1^{er} janvier 2015 dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Le non-respect de ce dernier entraîne un désengagement de votre régime de base et éventuellement des dépassements d'honoraires des praticiens. Le déboursement et le reste à charge qui en résultent ne sont pas pris en charge par nos garanties, de même que la participation forfaitaire fixée à ce jour à 1€, ainsi que la franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale. Les taux « Régime Obligatoire » étant susceptibles de subir des modifications réglementaires, ils sont donnés ici à titre indicatif pour vous permettre de calculer vos remboursements : ils n'ont pas de valeur contractuelle. Le total des remboursements du régime de base et du régime complémentaire est limité aux frais réels engagés.

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
et immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 775 671 993.

Siège social : 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08
Siège administratif : 14 rue René Cassin - CS 70528 - 77014 Melun Cedex

56NIPBP001 - 03/2015