

---

# Règlement mutualiste

---

## Pack Bleu Santé

# REGLEMENT MUTUALISTE PACK BLEU SANTE

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

La garantie Pack Bleu Santé est assurée 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 l'adhésion et calculé en fonction du niveau des garanties souscrites, des modules et options éventuellement choisis, de l'âge de chacun des bénéficiaires (cette cotisation augmente par tranche d'âge), et enfin, selon le lieu de résidence principale du membre participant.

La cotisation est payable d'avance. Le membre participant 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.

Peuvent également être ajoutées des prestations optionnelles (« Protection Accident en inclusion », « Protection Hospi en inclusion » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap en inclusion »).

Les exclusions prévues par la garantie Pack Bleu Santé sont celles prévues par l'article 28 du présent Règlement.

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

L'adhésion 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 trente (30) jours calendaires, soit à compter 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 à la garantie Pack Bleu Santé que j'avais souscrite le .....

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.

# GAMME INDIVIDUELLE PACK BLEU SANTÉ

## RÈGLEMENT MUTUALISTE REMBOURSEMENTS COMPLÉMENTAIRES DE FRAIS DE SANTÉ

Garanties commercialisées à compter du 18/09/06

Adopté par l'Assemblée générale du 15 juin 2006, modifié par les Assemblées générales du 29 mai 2007, du 29 mai 2008, du 28 mai 2009, du 20 mai 2010, du 28 avril 2011, du 3 mai 2012, du 25 avril 2013 et du 22 mai 2014.

### CHAPITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

#### ARTICLE 1<sup>ER</sup> : 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 le présent règlement par le terme Mutuelle.

#### ARTICLE 2 : CARACTÉRISTIQUE DE LA GAMME

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.

#### ARTICLE 3 : OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement, établi par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, constitue une annexe aux statuts de la Mutuelle.

Il 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 du présent règlement.

Il a été adopté par l'Assemblée générale du 15 juin 2006.

#### 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'assuré. 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 de l'assuré, 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.

• **Délais 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.

• **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.

• **Ticket modérateur** : Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'adhérent.

• **Tiers payant** : Paiement direct, total ou partiel, des frais médicaux ou pharmaceutiques, laissés à la charge de l'adhérent par la Mutuelle au lieu et place de ce dernier.

• **Parcours de soins coordonnés** : Établi et coordonné par le médecin traitant désigné par l'assuré, 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)** : Base à partir de laquelle est calculé le remboursement du Régime Obligatoire.

• **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.

### 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 auquel peuvent être ajoutées des prestations optionnelles.

#### ARTICLE 7 : SERVICES NON RÉGIS PAR LE PRÉSENT RÈGLEMENT

Les options « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap » éventuellement choisies sont assurées par la Mutuelle.

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, leur état de santé et leur profession sont affiliées à titre obligatoire ou volontaire à un régime obligatoire d'assurance maladie maternité.

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.

#### 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, accompagné du paiement de la 1<sup>ère</sup> cotisation.

Il est remis au membre participant, après signature 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 du présent règlement 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<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion (cachet de la poste ou date de remise en agence faisant foi), sous réserve du paiement de la 1<sup>ère</sup> 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 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

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 Santé que j'avais souscrit le .....  
Fait à ....., le .....  
Signature »

#### ARTICLE 12 : FORME ET DÉLAIS DE LA 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).

L'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance de cotisations.

#### ARTICLE 13 : EFFET DE LA RÉSILIATION

La résiliation des garanties complémentaire maladie entraîne la fin de l'adhésion aux options ainsi qu'aux garanties « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap » en inclusion éventuellement souscrites.

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, l'adhérent 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 cartes mutualistes qui lui ouvraient 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

**14.1.** Le bénéfice des garanties complémentaire maladie assurées par la Mutuelle, et le cas échéant des options et services proposés, est

subordonné au paiement d'une cotisation annuelle fixée forfaitairement par référence :

- au niveau des garanties souscrites ;
- aux modules et options éventuellement choisis ;
- à l'âge, établi par tranches annuelles, de chacun des bénéficiaires.

La cotisation augmente selon les tranches d'âge suivantes :

- une tranche de tarifs de 0 à 18 ans (tarif unique) ;
- une tranche de tarifs par année de 19 à 79 ans ;
- une tranche de tarifs de 80 ans et plus.

L'âge de chacun des bénéficiaires est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.

- au lieu de résidence principale du membre participant.

#### 14.2. Tarifications spéciales

• Les jeunes de moins de 29 ans étudiants, apprentis, à la recherche d'un emploi, handicapés ayant un taux d'incapacité supérieur à 80 % et ne percevant pas l'allocation adulte handicapé se verront appliquer la tarification des moins de 18 ans.

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

• Les personnes en affection longue durée (ALD) pourront bénéficier d'une minoration de cotisation sur la tarification du socle de la garantie.

L'ensemble de ces minorations de cotisations est applicable uniquement sur le socle commun des garanties, et par conséquent, hors prestations « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap » et hors prestations optionnelles.

Les minorations de cotisations ne seront effectives qu'après la présentation des justificatifs demandés par la Mutuelle.

#### ARTICLE 15 : CAS PARTICULIER : BÉNÉFICIAIRES

##### DE L'AIDE À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (ACS)

Certains adhérents à la Mutuelle peuvent bénéficier de l'ACS, au sens des articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale. Cette ACS consiste en une réduction que peut accorder la Mutuelle sur le tarif des cotisations normalement applicable à cet adhérent.

##### 15.1. Conditions pour bénéficier de l'ACS

Les conditions pour bénéficier de cette réduction sont les suivantes :

- résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière ;
- avoir des ressources comprises dans les limites prévues par l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- que le contrat souscrit ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale (fixée à 1 euro au 1<sup>er</sup> janvier 2005) ;
- adhérer à un contrat qui respecte le cahier des charges des contrats « responsables » à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

##### 15.2. Montant de la réduction

Le montant de la réduction au titre de l'ACS varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer (au sens de l'article L. 861-1 du Code de la Sécurité sociale), couvertes par les garanties. Il s'applique aux cotisations afférentes aux garanties santé uniquement, et non aux cotisations afférentes aux options « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap » en inclusion.

Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à une seule ACS par an.

Le montant de l'ACS ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

Le montant de la réduction est susceptible d'être réévalué chaque année ; ce montant pourra être communiqué à tout adhérent qui en fait la demande auprès de la Mutuelle.

##### 15.3. Durée de la réduction

Le droit à réduction est ouvert pour un (1) an à compter de la date d'effet de l'adhésion à la Mutuelle. Toutefois, si l'adhérent est déjà couvert par un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel à la date de remise de l'attestation, le droit à réduction prend effet à cette date.

La Mutuelle délivre au souscripteur une attestation de la date d'effet du droit à réduction de chacun des bénéficiaires. Le souscripteur bénéficie à compter de cette date et pour la même durée de l'ACS.

En cas de suspension par la Mutuelle du versement des prestations prévues au contrat, notamment en cas de non-paiement à l'échéance par le souscripteur de la prime ou de la cotisation, le bénéfice de l'ACS est suspendu.

Si le contrat prend fin au cours de la période d'un (1) an, il est mis fin au droit à réduction. La Mutuelle remet alors au bénéficiaire une attestation indiquant la liste des personnes couvertes par le règlement et

précisant la date à laquelle l'adhésion a pris fin. Le bénéficiaire fournit cette attestation à l'appui de sa nouvelle demande de droit à réduction.

Lorsque le droit à réduction s'exerce dans le cadre de plusieurs contrats souscrits par des personnes différentes d'un même foyer :

a) la demande de renouvellement est déposée, pour l'ensemble des personnes composant le foyer, au moins deux (2) mois et au plus quatre (4) mois avant l'échéance du droit à réduction ;

b) une appréciation anticipée des ressources ne peut être demandée que si tous ces contrats ont pris fin ;

c) si l'une des personnes n'est plus couverte, pour des raisons indépendantes de sa volonté, par son contrat, sans que tous les autres contrats aient pris fin et alors que la période du droit à réduction n'est pas expirée, la Mutuelle lui remet, à sa demande, l'attestation mentionnée au dernier alinéa de l'article R. 863-1 du Code de la Sécurité sociale et une attestation indiquant la durée pendant laquelle elle a exercé son droit à réduction. L'intéressé remet ces deux attestations à l'organisme auprès duquel il souscrit un nouveau contrat.

En cas de naissance ou d'adoption ou d'arrivée d'un enfant mineur à charge dans un foyer bénéficiaire du droit à réduction, l'enfant donne droit, pour la période de droit restant à courir, à la réduction prévue par cet article pour le souscripteur du contrat.

Lorsque le bénéficiaire du droit à réduction cesse de résider en France, il est tenu d'en informer l'organisme auprès duquel il a fait valoir son droit. Le bénéfice de la réduction est interrompu.

## **ARTICLE 16 : AVANTAGES FISCAUX**

### **AU TITRE DE LA « LOI MADELIN »**

#### **16.1. 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.

#### **16.2. 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.

#### **16.3. 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 peuvent adhérer à l'association ELANTIS en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion visé à l'article 9 du présent règlement et en versant le droit d'entrée correspondant.

Plus généralement, les cotisations versées au titre de l'acquisition à un contrat complémentaire santé, hors options « Protection Accident », « Protection Hospi » et « Capital Equipement Dépendance / Handicap » en inclusion, 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 17 : RÉVISION DES COTISATIONS**

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1<sup>er</sup> 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 des bénéficiaires de la garantie souscrite par différence entre le millésime de l'année à venir et le millésime de l'année de naissance ;
- de la suppression ou de l'apparition éventuelle de certains éléments de minoration précédemment acquis ;
- de la souscription ou de la résiliation d'une option ou d'un module ;
- 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 18 : 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 et peuvent faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire.

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 19 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS**

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle adresse au membre participant une lettre de mise en demeure l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

À défaut de paiement de la cotisation dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la Mutuelle pourra suspendre ses garanties.

Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

## **ARTICLE 20 : CAS D'EXONÉRATION DE COTISATIONS**

Aucune cotisation n'est due au titre du 3<sup>e</sup> 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 et si le nouveau-né et les enfants au titre desquels aucune cotisation n'est due bénéficient du même niveau de garantie que le conjoint ou le concubin ou le partenaire lié par un PACS ou le membre participant visé ci-devant.

# **CHAPITRE IV - PRESTATIONS**

## **ARTICLE 21 : DÉFINITION DES PRESTATIONS GARANTIES**

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 effectués par le membre participant lors de son adhésion, parmi les différents niveaux de garantie, les modules et options proposés et figurant sur le bulletin d'adhésion.

Ces prestations peuvent, selon l'option choisie, se cumuler avec une indemnité forfaitaire « Indemnité journalière » destinée à couvrir les frais résultant d'une hospitalisation et/ou avec le versement d'un capital en cas de décès par accident ou d'invalidité absolue et définitive par accident et/ou d'un capital en cas de dépendance ou d'handicap.

Le montant de ces versements, ainsi que les modalités de prise en charge et les exclusions applicables en l'espèce sont définis dans un document séparé remis au souscripteur avant la signature du 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.

## **ARTICLE 22 : CHANGEMENTS ET MODIFICATIONS DE GARANTIES**

Les changements ou modifications de garanties au sein du socle ne peuvent être effectués qu'après douze (12) mois, à compter de la date d'effet du contrat.

La demande de modification prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande du membre participant.

La souscription d'une option peut être effectuée sur simple demande du membre participant et prendra effet le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande pour les adhérents ayant déjà souscrit à une garantie santé du socle.

Cette option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute autre modification.

D'une façon générale, toute modification de garantie et/ou d'option ne pourra intervenir qu'une fois par année civile.

#### **ARTICLE 23 : OUVERTURE DES DROITS**

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet du contrat telle que prévue à l'article 10 du présent règlement.

Toutefois :

- la prise en charge des frais d'hospitalisation en psychiatrie ne prend effet qu'après un délai de stage de six (6) mois à partir de la date d'effet de l'adhésion ;
- pour ce qui concerne le module Confort « Jeunes Parents », le droit au remboursement de la prestation amniocentèse refusée par le Régime Obligatoire ne prend effet qu'après avoir accompli un délai de stage de neuf (9) mois.

#### **ARTICLE 24 : CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS ET LIMITES AUX REMBOURSEMENTS**

Sous réserve des cas d'exonérations de cotisations visés par l'article 20 ci-dessus, le bénéfice des prestations assurées par la Mutuelle est subordonné au paiement des cotisations correspondant aux garanties et options 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). **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 25 : MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS**

Sauf dans le cas du « tiers payant », la Mutuelle n'intervient qu'après participation de la Caisse d'Assurance Maladie 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 du présent règlement. **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 et les options éventuellement choisies, la Mutuelle peut également verser des prestations forfaitaires pour des actes non remboursés par le régime d'assurance maladie obligatoire.

#### **ARTICLE 26 : 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 27 : SUSPENSION DE GARANTIES**

Le droit à prestations est suspendu :

1. à l'issue des trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues.

En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues.

2. 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 28 : EXCLUSIONS**

Sont expressément exclus des garanties de la Mutuelle, en dehors du parcours de soins coordonnés, les interventions, soins et hospitalisations, quelle qu'en soit la nature, pratiqués à la suite :

1. **d'un des faits suivants : mutilation volontaire, duel, tentative de suicide, participation volontaire à une rixe, participation directe et effective à une émeute ou à un soulèvement populaire, cataclysme ayant le caractère de force majeure, pari, défi, match ;**
2. **de faits de guerre civile ou étrangère et spécialement de ceux d'agents bactériologiques, chimiques ou atomiques ;**
3. **d'un accident résultant d'un état d'ivresse reconnu ou de l'usage de stupéfiants (taux constaté égal ou supérieur au taux prévu par la réglementation en vigueur lors de l'accident) ;**
4. **d'un accident de travail donnant droit au bénéfice des dispositions de la législation sur les accidents du travail ;**
5. **d'un accident résultant de la pratique par le sociétaire de tout sport pratiqué à titre d'amateur et couvert par un contrat d'assurance accident individuel, de groupe, particulier ou spécifique et quelle que soit la nature juridique de ce contrat.**  
Il en est de même en ce qui concerne les accidents « scolaires » ;
6. **d'un accident résultant de l'utilisation en tant que pilote ou passager, de motos de plus de 125 cc ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières ;**
7. **d'un accident résultant de la pratique par le membre participant de tout sport à titre professionnel et des sports, même pratiqués à titre amateur, suivants : alpinisme, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors piste, tout sport nécessitant un engin à moteur ;**
8. **les interventions dites esthétiques, sauf si l'intervention envisagée est consécutive à un accident qui aurait entraîné la garantie de la Mutuelle et après accord du médecin-conseil. Par interventions esthétiques, il est entendu celles qui restaurent la morphologie sans rétablir la fonction.**

#### **ARTICLE 29 : MODIFICATION DES PRESTATIONS ASSURÉES PAR LA MUTUELLE**

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité 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 adressés aux adhérents à leur dernière adresse et leur seront opposables à compter de cette notification.

#### **ARTICLE 30 : CESSATION DE LA GARANTIE**

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- **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 résiliation dans les conditions exposées à l'article 12 du présent règlement ;**
- **en cas de non-paiement de la cotisation (article 19 du présent règlement) ;**

• **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.**

Il peut également être mis fin à l'adhésion, indifféremment par la Mutuelle ou le membre participant, en cas de survenance d'un des événements suivants :

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

Cette résiliation n'est possible que si l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure qui ne se trouve plus dans la nouvelle situation.

Elle doit faire l'objet d'une notification dans le délai de trois (3) mois suivant la survenance de cet événement, pour prendre effet un (1) mois après réception de la notification.

Dans cette hypothèse, il est procédé au remboursement de la fraction de cotisation postérieure à la date d'effet de la résiliation, lorsque cette cotisation a été payée d'avance.

#### **ARTICLE 31 : AUTRES SERVICES**

En complément des garanties statutaires visées ci-devant, la Mutuelle peut, dans le cadre de conventions intervenant entre elle et d'autres entreprises d'assurance, permettre à ses adhérents en difficulté, par suite de maladies ou d'accidents, de bénéficier d'aide en nature ou en espèces. Cette convention détermine les conditions dans lesquelles les adhérents pourront bénéficier de ces prestations et les limites des garanties octroyées.

Dans ce cas, la Mutuelle n'est pas responsable de l'assurance des risques ou de la constitution des avantages relatifs à ces prestations.

## **CHAPITRE V - DISPOSITIONS DIVERSES**

#### **ARTICLE 32 : 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'assuré 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 33 : ENGAGEMENTS DU MEMBRE PARTICIPANT**

Le membre participant 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.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues par l'article 34 ci-après.

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 34 : 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 35 : 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 36 : 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 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°2004-801 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 à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la Mutuelle.

#### **ARTICLE 37 : RÉCLAMATIONS – MÉDIATION**

En cas de difficultés liées à l'application du présent règlement mutualiste, 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 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 38 : MODIFICATION DU RÈGLEMENT**

Seule l'Assemblée générale est compétente pour modifier le présent règlement. Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents de la Mutuelle.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

#### **ARTICLE 39 : 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 an ou participent au financement du terrorisme.

#### **ARTICLE 40 : LOI APPLICABLE**

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

#### **ARTICLE 41 : DÉSIGNATION DE L'ORGANISME DE CONTRÔLE**

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

# TABLEAU DES PRESTATIONS : PACK BLEU SANTE

## Régime général

	Régime Obligatoire	Garantie AZUR	Garantie LAVANDE	Garantie OUTREMER	Garantie MARINE	Garantie INDIGO
<b>HOSPITALISATION</b> (psychiatrie : stage de 6 mois)						
<b>Frais de séjour, hébergement et ambulatoires</b> (limités à 30 j / an <sup>(1)</sup> en psychiatrie)						
• Etablissements conventionnés <sup>(2)</sup> (en fonction de la nature des soins)	80 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
• Etablissements conventionnés <sup>(2)</sup> (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-	-
• Etablissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	80 %	-	-	-	-	90 % F.R. <sup>(3)</sup>
• Etablissements non conventionnés (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-	90 % F.R. <sup>(3)</sup>
• Limite par hospitalisation (établissements non conventionnés)	-	-	-	-	-	6 000 €
<b>Forfait journalier (limité à 6 mois / an<sup>(1)</sup> sauf psychiatrie : limité à 30 j / an<sup>(1)</sup>)</b>	-	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>
<b>Honoraires (chirurgie / anesthésie)</b> en fonction de la nature des soins	80 %	20 %	20 %	45 %	70 %	220 %
<b>Honoraires (chirurgie / anesthésie)</b> en fonction de la nature des soins	100 %	-	-	25 %	50 %	200 %
<b>Transport sanitaire pris en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b> (VSL ou taxi, ambulance...)	65 %	35 %	35 %	35 %	35 %	35 %
<b>Chambre particulière</b> (y compris maternité, psychiatrie et maisons de repos)						
• Etablissements conventionnés et non conventionnés	-	-	-	40 € / j	60 € / j	80 € / j
• Limite durée / nombre de jours par an <sup>(1)</sup> (hors psychiatrie)	-	-	-	60 j	75 j	90 j
• Limite durée / nombre de jours par an <sup>(1)</sup> (pour la psychiatrie)	-	-	-	30 j	30 j	30 j
<b>Frais d'accompagnant</b> (établissements conventionnés <sup>(2)</sup> )	-	-	-	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>
• Limite durée / nombre de jours par an <sup>(1)</sup>	-	-	-	60 j	75 j	90 j
<b>Interruption Volontaire de Grossesse</b>	100 %	-	-	-	-	-
<b>SOINS COURANTS</b>						
<b>Consultations, honoraires ambulatoires, visites, actes techniques médicaux</b> (dont chirurgie)	70 %	30 %	30 %	55 %	80 %	230 %
<b>Radiologie</b> (dont ostéodensitométrie) et échographie	70 %	30 %	30 %	30 %	80 %	230 %
<b>Analyses prises en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b>	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
<b>Analyses prescrites non prises en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	-	-	-	50 €	65 €	75 €
<b>Auxiliaires médicaux</b> (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	60 %	40 %	40 %	40 %	90 %	240 %
<b>Soins à l'étranger pris en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b>	70 %	30 %	30 %	30 %	30 %	30 %
<b>Pharmacie</b> (médicaments prescrits, pris en charge par le R.O. <sup>(4)</sup> )	Entre 15 % et 65 %	Entre 85 % et 35 % à concurrence de 100 % de la base de remboursement				
<b>DENTAIRE</b>						
<b>Soins et radiologie</b>	70 %	30 %	30 %	30 %	80 %	230 %
<b>Orthodontie prise en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b>	100 %	-	-	50 %	100 %	200 %
<b>Prothèse prise en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b>	70 %	30 %	55 %	80 %	130 %	230 %
<b>Implantologie</b> (y compris radiologie et chirurgie) et <b>prothèse non prises en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	-	-	-	500 €	700 €	800 €
<b>Orthodontie non prise en charge par le R.O.<sup>(4)</sup></b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	-	-	-	500 €	700 €	800 €
<b>Forfait fidélité annuel<sup>(1)</sup></b> (après 5 ans d'ancienneté dans la gamme), <b>pour l'ensemble des actes dentaires</b>	-	25 €	25 €	50 €	70 €	80 €
<b>OPTIQUE</b>						
<b>Monture, verres et lentilles acceptées par le R.O.<sup>(4)</sup></b>	60 %	40 %	40 %	40 %	40 %	40 %
<b>Forfait annuel<sup>(1)</sup></b> (monture, verres et lentilles acceptées ou refusées par le R.O. <sup>(4)</sup> , jetables y compris adaptation de lentilles)	-	-	125 €	160 €	240 €	300 €
<b>Traitement de la myopie au laser</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> par œil)	-	-	-	100 €	200 €	300 €
<b>Forfait fidélité</b> (après 5 ans d'ancienneté dans la gamme) <b>en % sur le forfait annuel<sup>(1)</sup></b>	-	-	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %
<b>APPAREILLAGE</b>						
<b>Prothèses auditives</b>	60 %	40 %	40 %	140 %	240 %	340 %
<b>Autres appareillages y compris prothèses mammaires et capillaires</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	60 %	40 %	40 %	40 % + 40 €	40 % + 55 €	40 % + 75 €
<b>Prothèses orthopédiques</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	60 %	40 %	40 %	40 % + 40 €	40 % + 55 €	40 % + 75 €
<b>Fauteuil roulant</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	100 %	-	-	150 €	200 €	300 €
<b>FRANCHISE SUR LES ACTES LOURDS</b>						
	-	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>
<b>PRÉVOYANCE (facultatif)</b>						
<b>Prévoyance Hospitalisation</b>	-	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation				
<b>Prévoyance Accident</b>	-	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident				
<b>Capital Équipement Dépendance / Handicap</b>	-	Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap				

(1) Par année civile et par bénéficiaire (2) Y compris les maisons de repos (3) F.R. : Frais Réels (4) R.O. : Régime Obligatoire

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<sup>er</sup> janvier 2014 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 déremboursement 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 euro, 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.

# TABLEAU DES PRESTATIONS : PACK BLEU SANTE

## Régime local Alsace Moselle

	Régime Obligatoire	Garantie AZUR	Garantie LAVANDE	Garantie OUTREMER	Garantie MARINE	Garantie INDIGO
<b>HOSPITALISATION</b> (psychiatrie : stage de 6 mois et limité à 30 j / an <sup>(1)</sup> )						
<b>Frais de séjour, hébergement et ambulatoires</b> (limités à 30 j / an <sup>(1)</sup> en psychiatrie)						
• Etablissements conventionnés <sup>(2)</sup> y compris les maisons de repos (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-	-
• Etablissements non conventionnés y compris les maisons de repos (en fonction de la nature des soins)	100 %	-	-	-	-	90 % FR. <sup>(3)</sup>
• Limite par hospitalisation (établissements non conventionnés)	-	-	-	-	-	6 000 €
<b>Forfait journalier</b>	100 %	-	-	-	-	-
<b>Honoraires (chirurgie / anesthésie)</b> en fonction de la nature des soins	100 %	-	-	25 %	50 %	200 %
<b>Transport sanitaire pris en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup> (VSL ou taxi, ambulance...)	100 %	-	-	-	-	-
<b>Chambre particulière</b> (y compris maternité, psychiatrie et maisons de repos)						
• Etablissements conventionnés et non conventionnés	-	-	-	40 € / j	60 € / j	80 € / j
• Limite durée / nombre de jours par an <sup>(1)</sup> (hors psychiatrie)	-	-	-	60 jours	75 jours	90 jours
• Limite durée / nombre de jours par an <sup>(1)</sup> (pour la psychiatrie)	-	-	-	30 jours	30 jours	30 jours
<b>Frais d'accompagnant</b> y compris les maisons de repos (établissements conventionnés <sup>(2)</sup> )	-	-	-	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>	FR. <sup>(3)</sup>
• Limite durée / nombre de jours par an <sup>(1)</sup>	-	-	-	60 jours	75 jours	90 jours
<b>Interruption Volontaire de Grossesse</b>	100 %	-	-	-	-	-

### SOINS COURANTS

<b>Honoraires ambulatoires, consultations, visites, actes techniques médicaux</b> (dont chirurgie)	90 %	10 %	10 %	35 %	60 %	210 %
<b>Radiologie</b> (dont ostéodensitométrie) et échographie	90 %	10 %	10 %	10 %	60 %	210 %
<b>Analyses prises en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup>	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
<b>Analyses prescrites non prises en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	-	-	-	50 €	65 €	75 €
<b>Auxiliaires médicaux</b> (soins infirmiers, kinésithérapie, orthophonie)	90 %	10 %	10 %	10 %	60 %	210 %
<b>Soins à l'étranger pris en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup>	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
<b>Pharmacie</b> (médicaments prescrits, pris en charge par le R.O.) <sup>(4)</sup>	Entre 15 % et 90 %	Entre 85 % et 10 % à concurrence de 100 % de la base de remboursement				

### DENTAIRE

<b>Soins et radiologie</b>	90 %	10 %	10 %	10 %	60 %	210 %
<b>Orthodontie prise en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup>	100 %	-	-	50 %	100 %	200 %
<b>Prothèse prise en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup>	90 %	10 %	35 %	60 %	110 %	210 %
<b>Implantologie</b> (y compris radiologie et chirurgie) et <b>prothèse non prises en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	-	-	-	500 €	700 €	800 €
<b>Orthodontie non prise en charge par le R.O.</b> <sup>(4)</sup> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	-	-	-	500 €	700 €	800 €
<b>Forfait fidélité annuel</b> <sup>(1)</sup> (après 5 ans d'ancienneté dans la gamme), <b>pour l'ensemble des actes dentaires</b>	-	25 €	25 €	50 €	70 €	80 €

### OPTIQUE

<b>Monture, verres et lentilles acceptées par le R.O.</b> <sup>(4)</sup>	90 %	10 %	10 %	10 %	10 %	10 %
<b>Forfait annuel</b> <sup>(1)</sup> (monture, verres et lentilles acceptées ou refusées par le R.O.) <sup>(4)</sup> , jetables y compris adaptation de lentilles	-	-	125 €	160 €	240 €	300 €
<b>Traitement de la myopie au laser</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> par œil)	-	-	-	100 €	200 €	300 €
<b>Forfait fidélité</b> (après 5 ans d'ancienneté dans la gamme) <b>en % sur le forfait annuel</b> <sup>(1)</sup>	-	-	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %	+ 20 %

### APPAREILLAGE

<b>Prothèses auditives</b>	90 %	10 %	10 %	110 %	210 %	310 %
<b>Autres appareillages y compris prothèses mammaires et capillaires</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	90 %	10 %	10 %	10 % + 40 €	10 % + 55 €	10 % + 75 €
<b>Prothèses orthopédiques</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	90 %	10 %	10 %	10 % + 40 €	10 % + 55 €	10 % + 75 €
<b>Fauteuil roulant</b> (forfait annuel <sup>(1)</sup> )	100 %	-	-	150 €	200 €	300 €

### FRANCHISE SUR LES ACTES LOURDS

	100 %	-	-	-	-	-
--	-------	---	---	---	---	---

### PRÉVOYANCE (facultatif)

<b>Prévoyance Hospitalisation</b>	-	Versement d'une indemnité forfaitaire de 15 € par jour d'hospitalisation				
<b>Prévoyance Accident</b>	-	Versement d'un capital de 15 000 € en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident				
<b>Capital Équipement Dépendance / Handicap</b>	-	Versement d'un capital de 3 000 € en cas de survenance de dépendance ou de handicap				

(1) Par année civile et par bénéficiaire (2) Y compris les maisons de repos (3) F.R. : Frais Réels (4) R.O. : Régime Obligatoire

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<sup>er</sup> janvier 2014 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 déremboursement 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 euro, 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.

# GAMME INDIVIDUELLE PACK BLEU SANTÉ

## MODULE “ SENIORS ”

## MODULE “ BIEN-ÊTRE ”

## MODULE “ JEUNES PARENTS ”

En plus des prestations prévues dans les garanties du socle, des prestations optionnelles, peu ou pas prises en charge par les régimes obligatoires, peuvent être couvertes par la souscription de modules proposés par Mutuelle Bleue :

- Module « SENIORS »
  - Module « BIEN-ÊTRE »
  - Module « JEUNES PARENTS »
- (cf. détail des modules de la page 10 à 12)

La souscription à ces modules étant conditionnée par l'adhésion préalable ou simultanée à une garantie santé du socle de la gamme Mutuelle Bleue, le règlement mutualiste prévu aux pages 2 à 7 s'applique également à ces modules.

Nous vous rappelons néanmoins, ci-après, les principales caractéristiques des modules.

### CONDITIONS GÉNÉRALES DES MODULES

Un module ne peut pas être souscrit seul : il vient obligatoirement en complément d'une garantie santé du socle. Il est possible de souscrire plusieurs modules.

La résiliation de la garantie santé du socle entraîne automatiquement la résiliation du ou des modules souscrits.

Le droit aux prestations des modules est ouvert immédiatement (pas de délai de stage\*).

Le ou les modules peuvent :

- soit être souscrits en même temps que la garantie santé du socle ;
- soit être souscrits ultérieurement. Dans ce cas, la date de souscription détermine la date d'effet des prestations.

Toute souscription d'un ou plusieurs modules engage l'adhérent pour une durée minimale de douze (12) mois.

La cotisation forfaitaire du module est unique quel que soit le nombre de bénéficiaires du contrat santé.

Les prestations, forfaitaires ou plafonnées, des modules s'entendent par contrat et non par bénéficiaire.

*\* À l'exception de la prestation « amniocentèse », non prise en charge par le Régime Obligatoire et inscrite dans le module « Jeunes Parents », pour laquelle un délai de stage de neuf (9) mois est applicable.*

## MODULE “SENIORS”

PRESTATIONS DU MODULE « SENIORS »	REMBOURSEMENT MUTUELLE BLEUE POUR LA FAMILLE	DOCUMENTS À FOURNIR POUR ÊTRE REMBOURSÉ
Cure thermale prise en charge par le R.O. <sup>1</sup> <ul style="list-style-type: none"><li>• Soins et forfait surveillance</li><li>• Transport et hébergement hors hospitalisation (non cumulable sur une année civile avec la cure de thalassothérapie ou la cure de balnéothérapie)</li></ul>	100 % du Ticket Modérateur  200 € / an	➤ Original du décompte de remboursement du R.O. <sup>1</sup> (sauf si télétransmission par le R.O. <sup>1</sup> )
Cure de thalassothérapie, de balnéothérapie en métropole, (non cumulable sur une année civile avec la cure thermale)	200 € / an	➤ Prescription médicale ➤ Facture originale acquittée
Ostéodensitométrie non prise en charge par le R.O. <sup>1</sup> ou avec dépassement d'honoraires	Participation sur la dépense à hauteur de 60 € / an	➤ Prescription médicale ➤ Facture originale acquittée
Matériel pour basse vision (loupe, aide visuelle optique, agrandissement électronique)	150 € / an	➤ Prescription médicale ➤ Facture originale acquittée de l'opticien
Prise en charge de l'adhésion à un club sportif sous condition médicale	Participation sur la dépense à hauteur de 50 % du coût, dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €	➤ Copie du certificat d'aptitude ➤ Copie de la licence ➤ Reçu du paiement
Aide ménagère <sup>2</sup> (non consécutive à une hospitalisation)	200 € / an	➤ Facture originale acquittée d'une association agréée

1 = R.O. : Régime Obligatoire

2 = Le bénéficiaire de cette prestation est soumis à l'attribution préalable de l'aide sociale servie par le Conseil général ou votre caisse de retraite, après examen de dossier. Cette aide est accordée sous conditions d'âge, de ressources,... et se matérialise par la prise en charge totale ou partielle de 30 heures d'aide ménagère par mois maximum. La contribution du bénéficiaire est une participation horaire fixée suivant ses ressources. L'intervention de Mutuelle Bleue se limite au remboursement de cette participation horaire durant la période où l'adhérent aura pu bénéficier de l'aide sociale.

## MODULE “BIEN-ÊTRE”

PRESTATIONS DU MODULE « BIEN-ÊTRE »	REMBOURSEMENT MUTUELLE BLEUE POUR LA FAMILLE	DOCUMENTS À FOURNIR POUR ÊTRE REMBOURSÉ
Visite diététicien, nutritionniste	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels, dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prescription du médecin traitant</li> <li>➤ Facture originale acquittée pour les honoraires</li> </ul>
En-cas hyperprotiques et hypocaloriques		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prescription médicale</li> <li>➤ Feuillet de remboursement prestations spécifiques</li> <li>➤ Facture du pharmacien exclusivement</li> </ul>
Visite ostéopathe, chiropracteur, acupuncteur	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels, dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prescription du médecin traitant</li> <li>➤ Facture originale acquittée pour les honoraires</li> </ul>
Pharmacie non prise en charge par le R.O. <sup>1</sup> y compris : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Homéopathie</li> <li>• Vaccins (toutes formes)</li> </ul>	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels, dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prescription médicale</li> <li>➤ Feuillet de remboursement prestations spécifiques</li> <li>➤ Facture originale acquittée de la pharmacie</li> </ul>
Contraception non prise en charge par le R.O. <sup>1</sup> : pilules toutes générations et stérilets uniquement	Participation sur la dépense à hauteur de 40 % des frais réels, dans la limite d'un plafond global annuel de 75 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prescription médicale</li> <li>➤ Feuillet de remboursement prestations spécifiques</li> <li>➤ Feuille de soins ou facture originale acquittée de la pharmacie</li> </ul>
Sevrage tabagique : patchs, gommes uniquement	Forfait de 75 € / an	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feuillet de remboursement prestations spécifiques</li> <li>➤ Facture originale acquittée de la pharmacie</li> </ul>

<sup>1</sup> = R.O. : Régime Obligatoire

## MODULE “JEUNES PARENTS”

PRESTATIONS MODULE « JEUNES PARENTS »	REMBOURSEMENT MUTUELLE BLEUE POUR LA FAMILLE	DOCUMENTS À FOURNIR POUR ÊTRE REMBOURSÉ
Test de grossesse	30 € / an	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Feuillet de remboursement prestations spécifiques</li> <li>➤ Facture originale acquittée de la pharmacie ou parapharmacie</li> </ul>
Amniocentèse non prise en charge par le R.O. <sup>1</sup> (stage de 9 mois)	150 € / an	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Facture originale acquittée</li> </ul>
Insémination artificielle non prise en charge par le R.O. <sup>1</sup> (limitée à 3 tentatives sur la durée du contrat)	300 € / tentative	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Facture originale acquittée ou</li> <li>➤ Attestation médicale</li> </ul>
Traitement de la stérilité	500 € / an	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Facture originale acquittée ou</li> <li>➤ Attestation médicale</li> </ul>
Acte d'obstétrique (accouchement dont péridurale)	200 % en plus de votre garantie santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Facture originale acquittée</li> </ul>
<b>Si inscription de l'enfant</b>		
Prime naissance <sup>2</sup>	200 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aucun justificatif demandé</li> </ul>
Colis naissance <sup>2</sup>	oui	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aucun justificatif demandé</li> </ul>
Substitut lait maternel	Participation sur la dépense à hauteur de 50 % des frais réels, dans la limite d'un plafond global annuel de 150 €	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prescription médicale</li> <li>➤ Feuillet de remboursement prestations spécifiques</li> <li>➤ Facture originale acquittée de la pharmacie ou parapharmacie</li> </ul>
Kinésithérapie enfant de moins de 5 ans (y compris kinésithérapie respiratoire)	Supplément de 50 € / an en complément de votre garantie santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aucun justificatif demandé</li> </ul>
Prévention « soleil » (enfant de moins de 15 ans)	100 € / an	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prescription médicale</li> <li>➤ Feuillet de remboursement prestations spécifiques</li> <li>➤ Facture originale acquittée de la pharmacie ou parapharmacie</li> </ul>

1 = R.O. : Régime Obligatoire      2 = Si inscription de l'enfant le mois de sa naissance

Un colis naissance vous est offert pour toute inscription de votre nouveau-né.

# OPTION PROTECTION ACCIDENT EN INCLUSION

## - Conditions générales valant note d'information -

### ARTICLE 1<sup>ER</sup> : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option Protection Accident en inclusion proposée par la Mutuelle a pour but de garantir aux personnes assurées au titre de la garantie Santé Socle un capital en cas de décès par accident ou d'invalidité absolue et définitive suite à un accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Il faut entendre par accident toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'assuré.

Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

Cette option est régie par le livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

### Article 2 : INTERVENANTS

L'adhésion à l'option Protection Accident en inclusion est accessoire à la garantie Santé Socle. La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

### Article 3 : PRESTATIONS GARANTIES

Le montant du capital en cas de décès par accident ou en cas d'invalidité absolue et définitive suite à un accident est de 15 000 euros par personne mentionnée au bulletin d'adhésion à la garantie Santé.

### Article 4 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes à un contrat Santé de la gamme Pack Bleu Santé individuel.

Les limites d'âge à l'adhésion sont identiques à celles de la garantie Santé Socle.

La souscription se fait au moyen du bulletin d'adhésion à la garantie Santé en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

### Article 5 : PRISE D'EFFET DE L'OPTION

**L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1<sup>re</sup> cotisation, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande de souscription par la Mutuelle (cachet de la poste ou date de remise en agence faisant foi). Elle est valide jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction selon les mêmes modalités que la garantie Santé Socle.**

### Article 6 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé Socle.

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion de l'option.

Cette cotisation annuelle porte également la taxe sur les conventions d'assurances au taux de 9 %.

### Article 7 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si le contrat santé est réglé annuellement. Si le membre participant souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui du contrat Santé Socle. La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que le contrat Santé.

### Article 8 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle adresse au membre participant une lettre de mise en demeure, par courrier recommandé avec accusé réception, l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

À défaut de paiement dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la Mutuelle pourra suspendre les garanties.

**Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.**

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

### Article 9 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

En cas de décès accidentel d'une personne assurée pendant la période de garantie, la Mutuelle règle au(x) bénéficiaire(s) le capital souscrit.

Les bénéficiaires du capital sont les personnes nommément désignées par le membre participant ou, à défaut, les ayants droit dans l'ordre ci-après :

- le conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps par une décision judiciaire définitive à la date du décès ;
- à défaut, les descendants à parts égales : enfants (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs) présents ou représentés ainsi que les enfants recueillis ;
- à défaut, les ascendants à parts égales ;
- à défaut, les frères et sœurs à parts égales ;
- à défaut, les héritiers légaux ;
- à défaut, la Mutuelle.

Lorsque les enfants bénéficiaires, orphelins de père et de mère, sont mineurs, le capital décès est versé au tuteur.

#### *Pièces à fournir*

Les bénéficiaires devront faire parvenir à la Mutuelle :

- un acte de décès de l'assuré ;
- un certificat médical de décès à retourner sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle ;
- une photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires portant la mention «non décédé» ;
- une pièce établissant la cause accidentelle du décès (rapport de police ou de gendarmerie, coupures de journaux).

Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne nettement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes du décès.

- toutes pièces éventuellement requises au titre de la législation fiscale.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

### Article 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT

La Mutuelle versera à l'assuré reconnu en invalidité absolue et définitive suite à un accident pendant la période de garantie le montant du capital défini à l'article 3 des présentes conditions générales.

#### *Pièces à fournir*

L'assuré devra faire parvenir à la Mutuelle :

- une demande écrite, datée et signée ;
- un rapport médical délivré par le médecin traitant à retourner sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle (ce certificat devra préciser l'origine accidentelle, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'invalidité ainsi que l'état clinique actuel de l'assuré) ;
- un certificat médical attestant l'obtention de la tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie ;
- une pièce établissant de façon décisive la cause accidentelle de l'invalidité (rapport de police). Toutefois, cet élément de preuve n'est pas demandé lorsque le certificat médical mentionne nettement la nature, la date, le lieu, les circonstances et les causes de l'accident ;
- une photocopie de la carte nationale d'identité à son nom, datée et signée ;
- un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire.

La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

L'invalidité absolue et définitive doit survenir en cours de période de garantie.

La Mutuelle se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'invalidité, soit par son propre médecin conseil, soit par un médecin choisi par elle, autre que le médecin traitant.

Compte tenu de l'avis formulé par le médecin conseil de la Mutuelle et, le cas échéant, du résultat d'une expertise à effectuer aux frais de la Mutuelle, celle-ci statue sur la demande présentée et notifie sa décision à l'assuré. En cas de contestation sur le niveau de l'invalidité et sur son caractère définitif, l'état de cette invalidité est apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de la Mutuelle et par le médecin traitant.

Les honoraires de l'expert sont à la charge de la Mutuelle.

## Article 11 : RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les accidents et conséquences résultant de :

- suicide, actes intentionnels ou illégaux de l'assuré ou des bénéficiaires, usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;
- des conséquences d'un acte délibéré du bénéficiaire ;
- des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages ;
- utilisation en tant que pilote ou passager, de motos de plus de 125 cc ou d'engins aériens autres que les avions de lignes régulières ;
- compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ou pratique des activités suivantes : alpinisme, boxe, hippisme en compétition, navigation maritime de plaisance, spéléologie, ski hors piste, tout sport nécessitant un engin à moteur ;
- conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants ;
- conséquences d'accidents occasionnés par une catastrophe naturelle ;
- conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre).

## Article 12 : CESSATION DE LA GARANTIE

### Résiliation

Le membre participant a la faculté de résilier la présente option, le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle **deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile**, soit le 31 octobre de l'année en cours.

### Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation et à l'issue des quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle, les garanties sont résiliées de plein droit à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement de la cotisation est dû à un cas de force majeure.

Dans cette hypothèse, les prestations garanties sont suspendues jusqu'au paiement des cotisations dues par le membre participant.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension.

D'une façon générale, la Mutuelle ne doit aucune garantie pour les décès accidentels survenus pendant cette période.

### Fausse déclaration intentionnelles

**Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.**

**Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.**

Dans ce cas, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre le bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à la Mutuelle.

**D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à un contrat Santé Socle.**

## Article 13 : DISPOSITIONS DIVERSES

### 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 est portée à dix (10) ans lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.**

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'assuré 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.

## Engagements du membre participant

Le membre participant 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.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues au paragraphe « Sanctions » ci-après.

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

### 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.

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

### 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 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° 2004-801 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 à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la Mutuelle.

### Réclamations – Médiation

En cas de difficultés liées à l'application du présent règlement mutualiste, 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 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.

### Modification des conditions générales

Seule l'Assemblée générale est compétente pour modifier les présentes conditions générales. Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents de la Mutuelle.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

### Loi applicable

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

### Désignation de l'organisme de contrôle

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

# OPTION PROTECTION HOSPI EN INCLUSION

## - Conditions générales valant note d'information -

### ARTICLE 1<sup>ER</sup> : OBJET ET FORME DU CONTRAT

L'option Protection Hospi en inclusion proposée par la Mutuelle a pour but de verser des indemnités journalières forfaitaires en cas d'hospitalisation pour une maladie contractée ou un accident survenu pendant la période de validité de la garantie.

Cette option est régie par le livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

### Article 2 : INTERVENANTS

L'adhésion à l'option Protection Hospi en inclusion est accessoire à la garantie Santé Socle. La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

### Article 3 : PRESTATIONS GARANTIES

Cette option ouvre droit, en cas d'hospitalisation de l'assuré ou de l'une des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion pour cette option, au versement d'indemnités journalières forfaitaires d'un montant de 15 euros par jour d'hospitalisation.

### Article 4 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte uniquement aux personnes adhérentes à un contrat Santé de la gamme Pack Bleu Santé individuel.

**La limite d'âge à la souscription est de 80 ans. L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.**

La souscription se fait au moyen du bulletin d'adhésion à la garantie Santé en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

### Article 5 : PRISE D'EFFET ET DURÉE DE CETTE OPTION

**L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1<sup>ère</sup> cotisation, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande de souscription par la Mutuelle (cachet de la poste ou date de remise en agence faisant foi). Elle est valide jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction selon les mêmes modalités que la garantie Santé Socle.**

### Article 6 : CARENCE - FRANCHISE

#### DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION

#### *Délai de carence*

**Période suivant l'enregistrement de la demande de souscription pendant laquelle une hospitalisation d'origine non accidentelle (ainsi que ses suites, conséquences et récidives) ne peut donner lieu à indemnisation. Il est unique pour l'option, à savoir : quatre vingt dix (90) jours à compter de la date d'effet du contrat.**

#### *Franchise*

Nombre minimum de jours consécutifs d'hospitalisation ouvrant droit à une indemnisation. Les indemnités sont versées à partir du 1<sup>er</sup> jour suivant ce délai.

L'indemnisation débute à partir du 3<sup>e</sup> jour consécutif d'hospitalisation (franchise de deux (2) jours).

Si l'hospitalisation résulte d'un accident, l'indemnisation débute au 1<sup>er</sup> jour (pas de franchise).

Il faut entendre par accident toute atteinte corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'assuré.

Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examen médicaux.

#### *Durée maximale d'indemnisation*

La durée maximale d'indemnisation pour une même affection est limitée à trois cent soixante-cinq (365) jours.

### Article 7 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé Socle.

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion.

### Article 8 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la

cotisation ne pourra être fractionné si le contrat santé est réglé annuellement. Si le membre participant souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui du contrat Santé Socle. La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que le contrat Santé.

### Article 9 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle adresse au membre participant une lettre de mise en demeure, par courrier recommandé avec accusé réception, l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

À défaut de paiement dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la Mutuelle pourra suspendre les garanties.

**Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.**

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

### Article 10 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'HOSPITALISATION

La Mutuelle verse une indemnité pour toute période de 24 heures d'hospitalisation et dans la limite de trois cent soixante-cinq (365) indemnités journalières à compter de la 1<sup>ère</sup> admission, pour une même maladie ou un même accident.

En cas de nouvelles hospitalisations dues aux suites ou conséquences de la même maladie ou du même accident nécessitant au moins une nuit d'hospitalisation, le versement des indemnités reprendra dans la limite des trois cent soixante-cinq (365) indemnités, à compter du :

- 1<sup>er</sup> jour de la nouvelle admission si celle-ci intervient moins de trente (30) jours après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé ;
- 3<sup>e</sup> jour de la nouvelle admission si celle-ci intervient plus de trente (30) jours après le dernier jour d'hospitalisation indemnisé.

En cas de nouvelle hospitalisation due à une autre maladie ou à un autre accident, le droit à indemnités débutera au-delà de la franchise dans la limite des trois cent soixante-cinq (365) jours.

### Article 11 : PIÈCES À FOURNIR EN CAS D'HOSPITALISATION

L'assuré doit adresser à la Mutuelle un bulletin d'hospitalisation au plus tard dans les quinze (15) jours suivant le début de son hospitalisation, sauf cas de force majeure.

Si l'hospitalisation dure plus de quinze (15) jours, les indemnités sont réglées hebdomadairement sur présentation d'un bulletin de situation.

À la sortie de l'hôpital, l'assuré fait parvenir à la Mutuelle un bulletin d'hospitalisation ou une copie de la facture mentionnant les dates d'entrée et de sortie ou le nombre de jours du séjour.

En outre, si l'hospitalisation est consécutive à un accident, l'assuré fera parvenir à la Mutuelle :

- une déclaration d'accident précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident ;
- les preuves de l'accident : rapport de police, procès verbal de gendarmerie, coupures de journaux...

La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives permettant d'apprécier si l'hospitalisation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

### Article 12 : RISQUES EXCLUS

**L'assuré est garanti pour tout séjour effectué en hôpital ou clinique public(que) ou privé(e), à l'exclusion des séjours générés par les faits suivants :**

- les hospitalisations non accidentelles survenant pendant les périodes de carence énumérées à l'article 6 de ces mêmes Conditions générales ;
- le suicide ou les tentatives de suicide ;
- des faits de guerre civile ou étrangère, de la désintégration du noyau atomique ;
- la participation active de l'assuré à des émeutes, rixes, crimes, délits, actes de terrorisme ou de sabotage (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel) ;
- l'usage de stupéfiants à des fins autres que médicales ;
- la manipulation d'une arme à feu par l'assuré ;

- la pratique d'un sport à titre professionnel ou des sports suivants : aviation légère ou sportive, vol à voile, U.L.M., parachutisme, deltaplane, parapente, compétitions automobiles, motocyclistes ou motonautiques ;
- l'usage d'une moto de cylindrée supérieure à 400 cc (la garantie étant acquise pour une moto de cylindrée inférieure mais uniquement en usage promenade trajet) ;
- l'alpinisme avec varappe ou randonnée au-delà de 4 000 mètres ;
- les conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre) ;
- l'état de grossesse et ses conséquences ;
- les asthénies, les états dépressifs et les affections psychiatriques ;
- les bilans de santé et les traitements esthétiques ;
- les cures de désintoxication ou de sommeil ;
- les suites et conséquences de maladies ou d'accidents déclarés ou survenus avant la date d'effet de l'option.

**Ne sont pas garantis par la présente option, l'hospitalisation à domicile, la rééducation fonctionnelle, les séjours effectués dans des établissements classés comme maisons de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, hospices et maisons de retraite.**

### Article 13 : CESSATION DE LA GARANTIE

#### *Résiliation*

Le membre participant a la faculté de résilier la présente option, le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle **deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile**, soit le 31 octobre de l'année en cours.

#### *Non-paiement des cotisations*

En cas de non-paiement de la cotisation et à l'issue des quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle, les garanties sont résiliées de plein droit à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement de la cotisation est dû à un cas de force majeure.

Dans cette hypothèse, les prestations garanties sont suspendues jusqu'au paiement des cotisations dues par le membre participant.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension.

D'une façon générale, la Mutuelle ne doit aucune garantie pour les hospitalisations survenues pendant cette période.

#### *Fausse déclaration intentionnelles*

**Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.**

**Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.**

Dans ce cas, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre le bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à la Mutuelle.

**D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à un contrat Santé Socle.**

### Article 14 : DISPOSITIONS DIVERSES

#### *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'assuré 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.

#### *Engagements du membre participant*

Le membre participant 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.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues au paragraphe «Sanctions» ci-après.

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.

#### *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.

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

#### *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.

#### *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 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° 2004-801 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 à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la Mutuelle.

#### *Réclamations – Médiation*

En cas de difficultés liées à l'application du présent règlement mutualiste, 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 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.

#### *Modification des conditions générales*

Seule l'Assemblée générale est compétente pour modifier les présentes conditions générales. Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents de la Mutuelle.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

#### *Loi applicable*

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

#### *Désignation de l'organisme de contrôle*

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

# OPTION CAPITAL ÉQUIPEMENT DÉPENDANCE / HANDICAP EN INCLUSION

## - Conditions générales valant note d'information -

### ARTICLE 1<sup>ER</sup> : OBJET ET FORME DE L'OPTION

L'option Capital Équipement Dépendance / Handicap proposée en inclusion par la Mutuelle a pour but de garantir aux personnes assurées au titre de la garantie Santé Socle un capital en cas de dépendance ou handicap de l'assuré pendant la période de validité de la garantie.

Il faut entendre par Dépendance la perte définitive d'autonomie de l'assuré qui lui rend impossible la réalisation de certaines activités ordinaires de la vie sans l'aide d'une tierce personne. L'option Capital Équipement Dépendance / Handicap ne prévoit le versement du capital qu'en cas de classement de l'assuré en Groupe Iso-Ressources 1 et 2 (GIR1 et GIR2).

Il faut entendre par Handicap toute atteinte corporelle ou psychique entraînant le classement par la Sécurité sociale en 3<sup>e</sup> catégorie d'invalidité ou l'attribution définitive d'un taux d'invalidité d'au moins 80 % par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Cette option est régie par le livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de sa souscription.

### Article 2 : INTERVENANTS

L'adhésion à l'option Capital Équipement Dépendance / Handicap en inclusion est accessoire à la garantie Santé Socle. La souscription concerne l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé.

### Article 3 : PRESTATIONS GARANTIES

Le montant du capital versé en cas de dépendance ou d'handicap avéré est de 3 000 euros par personne assurée au moment du sinistre et mentionnée au bulletin d'adhésion à la garantie Santé.

### Article 4 : CONDITIONS DE SOUSCRIPTION

La souscription est ouverte aux personnes adhérentes à un contrat Pack Bleu Santé individuel.

**La limite d'âge à la souscription est de 80 ans. L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de naissance.**

La souscription se fait au moyen du bulletin d'adhésion à la garantie Santé en remplissant le paragraphe prévu à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'option devra être conservée pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute modification.

### Article 5 : PRISE D'EFFET DE L'OPTION

**L'adhésion prend effet, sous réserve du règlement de la 1<sup>ère</sup> cotisation, le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la réception de la demande de souscription par la Mutuelle (cachet de la poste ou date de remise en agence faisant foi). Elle est valide jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle annuellement par tacite reconduction selon les mêmes modalités que la garantie Santé Socle.**

### Article 6 : CALCUL DES COTISATIONS

La garantie est consentie moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée de façon forfaitaire pour l'ensemble des personnes mentionnées au bulletin d'adhésion de la garantie Santé Socle.

Cette cotisation annuelle comporte 15 % de frais affectés à la gestion de l'option.

Cette cotisation annuelle porte également la taxe sur les conventions d'assurances affectée à la catégorie de la présente option.

### Article 7 : PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement de la cotisation ne pourra être fractionné si le contrat santé est réglé annuellement. Si le membre participant souhaite opter pour un fractionnement, celui-ci sera identique à celui du contrat Santé Socle. La cotisation ainsi fractionnée sera appelée sur le même bordereau que le contrat Santé.

### Article 8 : DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement des cotisations dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle adresse au membre participant une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec accusé de réception l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

À défaut de paiement dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la Mutuelle pourra suspendre les garanties.

**Les garanties seront résiliées dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.**

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

### Article 9 : CONDITIONS DE VERSEMENT DU CAPITAL EN CAS DE DÉPENDANCE OU HANDICAP

En cas de survenance de dépendance ou d'handicap avéré d'une personne assurée pendant la période de garantie, la Mutuelle règle à l'assuré ou au représentant légal, dans le cas d'un enfant mineur, le capital souscrit.

#### **Pièces à fournir en cas de dépendance**

L'assuré devra faire parvenir à la Mutuelle :

- un certificat médical du médecin traitant ou hospitalier à retourner sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle, exposant l'état de dépendance de l'assuré, sa date de survenance et précisant l'origine de la ou des affections ;
- la notification du rattachement de l'assuré au Groupe Iso-Ressources (GIR) ;
- tout autre document demandé par la Mutuelle lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

#### **Pièces à fournir en cas de handicap**

- un certificat médical délivré par le médecin traitant à retourner sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle (ce certificat devra préciser l'origine, la nature, la date de début et le caractère définitif de l'invalidité ainsi que l'état clinique actuel de l'assuré),
- le justificatif du classement en invalidité 3<sup>e</sup> catégorie Sécurité sociale établi par le médecin conseil de l'organisme d'assurance maladie dont dépend l'assuré,
- ou la notification définitive de l'attribution de la carte d'invalidité par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH avec un minimum de 80 % d'invalidité reconnue),
- tout autre document demandé par la Mutuelle lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie.

La Mutuelle se réserve le droit de procéder, à ses frais, à un examen médical approfondi de l'assuré, soit par son propre médecin conseil, soit par un médecin choisi par elle, autre que le médecin traitant de l'assuré.

Compte tenu de l'avis formulé par le médecin conseil de la Mutuelle et, le cas échéant, du résultat d'une expertise à effectuer aux frais de la Mutuelle, celle-ci statue sur la demande présentée et notifiée sa décision à l'assuré. En cas de contestation sur le niveau de l'invalidité et sur son caractère définitif, l'état de cette invalidité est apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin conseil de la Mutuelle et par le médecin traitant.

Les honoraires de l'expert sont à la charge de la Mutuelle.

#### **Pièces à fournir dans tous les cas**

La Mutuelle se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives complémentaires.

### Article 10 : RISQUES EXCLUS

**Dans tous les cas, les suites et conséquences d'un handicap ou d'un état de dépendance déclaré ou survenu avant la date d'effet de la présente option sont exclues de la garantie.**

**Sont également exclues de la garantie les conséquences résultant de :**

- **suicide, actes intentionnels ou illégaux de l'assuré, usage abusif de produits pharmaceutiques ou de stupéfiants en l'absence ou en cas de non-respect de l'ordonnance médicale ;**
- **d'un acte délibéré du bénéficiaire ;**
- **des faits de guerres civiles ou étrangères, mouvements populaires, attentats, actes de terrorisme, détournement, prises d'otages ;**
- **compétitions sportives (entraînements et épreuves) à titre professionnel ;**
- **conséquences de la modification de structure du noyau atomique ou de toute autre source de rayonnements ionisants ;**

- **conséquences de l'état d'ivresse, d'éthylisme ou d'alcoolémie (taux constaté égal ou excédant le taux prévu par la réglementation en vigueur lors du sinistre).**

## **Article 11 : CESSATION DES GARANTIES**

### **Résiliation**

Le membre participant a la faculté de résilier la présente option, le 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle **deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile**, soit le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation du contrat Santé entraîne de fait la résiliation de l'option Capital Équipement Dépendance / Handicap.

### **Non-paiement des cotisations**

En cas de non-paiement de la cotisation et à l'issue des quarante (40) jours à compter de l'envoi de la lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle, les garanties sont résiliées de plein droit à moins que le membre participant n'apporte la preuve que le non-paiement de la cotisation est dû à un cas de force majeure.

Dans cette hypothèse, les prestations garanties sont suspendues jusqu'au paiement des cotisations dues par le membre participant.

Le paiement s'entend ici de l'intégralité des cotisations échues et impayées pendant la période de suspension.

D'une façon générale, la Mutuelle n'assure aucune garantie pour les états de dépendance ou d'handicap survenus pendant cette période de suspension.

### **Fausse déclaration intentionnelles**

**Que ce soit à l'adhésion ou en cours de garantie, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour le sinistre en cause.**

**Par ailleurs, la communication d'informations erronées, portant sur la date, les circonstances et conséquences du sinistre, n'ouvre pas droit aux prestations garanties.**

Dans ce cas, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre le bénéficiaire pour le remboursement des sommes indûment versées et les cotisations payées d'avance restent acquises à la Mutuelle.

**D'une façon générale, les garanties prennent automatiquement fin à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion à un contrat Santé Socle.**

### **Réalisation du risque**

Le versement du capital garanti au titre d'un état de dépendance ou de handicap met définitivement fin à l'option Capital Équipement Dépendance / Handicap pour l'assuré concerné.

## **Article 12 : DISPOSITIONS DIVERSES**

### **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 est portée à dix (10) ans lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.**

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'assuré 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.

### **Engagements du membre participant**

Le membre participant 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.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions prévues au paragraphe «Sanctions» ci-après.

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

### **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.

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

### **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 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° 2004-801 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 à propos de toute information les concernant en s'adressant à l'adresse du siège de la Mutuelle.

### **Réclamations – Médiation**

En cas de difficultés liées à l'application du présent règlement mutualiste, 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 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.

### **Modification des Conditions générales**

Seule l'Assemblée générale est compétente pour modifier les présentes Conditions générales. Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents de la Mutuelle.

Les modifications portant sur les taux de cotisations et/ou les montants de prestations sont applicables de plein droit à compter de leur notification.

### **Loi applicable**

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

### **Désignation de l'organisme de contrôle**

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).



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

56RCG011 - 07/2014