

NOTICE D'INFORMATION

« FRAIS DE SANTE »

SOMMAIRE

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES	3
CHAPITRE 1. DISPOSITIONS COMMUNES AUX OPERATIONS OBLIGATOIRES ET FACULTATIVES	3
Article 1. Objet	3
Article 2. Définitions	3
Article 3. Quel est l'objet de l'adhésion au Contrat ?	4
Article 4. Quels sont les Assurés au titre des garanties ?	4
Article 5. Comment vous affilier ?	4
Article 6. Que faire en cas de changement de situation ?	5
Article 7. Quand débutent les garanties ?	5
Article 8. Quand cessent les garanties ?	5
Article 9. Qu'est-ce que la révision ?	6
Article 10. Quel est le délai de prescription ?	6
Article 11. Mutuelle Bleue est-elle subrogée dans vos droits ?	7
Article 12. Quelle est la loi applicable ?	7
Article 13. Quelles conséquences en cas de fausses déclarations intentionnelles ?	7
Article 14. Quels sont les services complémentaires non régis par le présent Contrat ?	7
Article 15. Quelles sont les règles en matière de protection des données personnelles ?	8
Article 16. Quelles sont les règles en matière d'opposition au démarchage téléphonique ?	8
Article 17. Quelles sont les règles en matière de lutte anti-blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme ?	8
Article 18. Comment formuler une réclamation ?	9
Article 19. A quel organisme de contrôle sont soumis le Délégitaire de gestion et Mutuelle Bleue ?	9
Article 20. A qui dois-je m'adresser concernant la gestion de mes garanties ?	9
CHAPITRE 2. DISPOSITIONS PROPRES AUX OPERATIONS OBLIGATOIRES	9
Article 21. Comment sont payées les cotisations ?	9
Article 22. Quelles sont les conséquences du défaut de paiement des cotisations ?	9
Article 23. Que se passe-t-il en cas de suspension de votre contrat de travail ?	10
CHAPITRE 3. DISPOSITIONS PROPRES AUX OPERATIONS FACULTATIVES	10
Article 24. Comment sont payées les cotisations ?	10
Article 25. Quelles sont les conséquences du défaut de paiement des cotisations ?	10
Article 26. Quelles sont les conséquences en cas de fausses déclarations non-intentionnelles ?	11
Article 27. Comment résilier mon Contrat ?	11
Article 28. Quelles sont les effets de la résiliation ?	11
TITRE II : PRESTATIONS	11
Article 29. Quels sont les risques couverts ?	11
Article 30. Quel est le niveau des garanties ?	12
Article 31. Dispositions spécifiques concernant l'étendue des garanties	12
Article 32. Quelle est la base de remboursement ?	16
Article 33. Comment s'effectuent vos remboursements ?	16
Article 34. Quand s'effectue le paiement des prestations ?	17
Article 35. Quelles sont les modalités du contrôle médical ?	17
Article 36. Qu'est-ce que le Tiers Payant ?	17
Article 37. Comment fonctionne le Tiers Payant ?	17
Article 38. Quelle est la limite aux remboursements ?	18
Article 39. Quelles sont les exclusions ?	18
TITRE III : PORTABILITE DES GARANTIES : ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE	19
Article 40. Qui peut en bénéficier ?	19
Article 41. Quelles sont les conditions d'ouverture des droits ?	19
Article 42. Quelles sont la date de prise d'effet et la durée du maintien ?	19
Article 43. Quelles sont les conditions de maintien ?	19
Article 44. Quelles sont les conditions de la cessation du maintien ?	19
Article 45. Quelles sont les modalités de financement du maintien ?	20
Article 46. Quelle est la définition des prestations ?	20
Article 47. Quelle est l'assiette des prestations ?	20
Article 48. Quelles sont les obligations de l'employeur ?	20
Article 49. Quelles sont les conséquences de la résiliation du Contrat ?	20

TITRE I : DISPOSITIONS GENERALES

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS COMMUNES AUX OPERATIONS OBLIGATOIRES ET FACULTATIVES

ARTICLE 1 : OBJET

Cette Notice d'Information a pour objet de décrire les modalités de fonctionnement de votre Contrat. Votre Contrat est géré par le Délégué de gestion mentionné dans le document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE », joint à la présente Notice, et dans lequel figurent les spécificités de votre Contrat ainsi que toutes les coordonnées utiles à la gestion du présent Contrat.

Le document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE » est indissociable de la présente Notice d'Information. La remise de la Notice d'information, du Tableau des garanties ainsi que du document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE » est à la charge de la Personne morale souscriptrice.

ARTICLE 2 : DEFINITIONS

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-après, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule a la signification suivante :

2.1 Ayants droit

Personnes bénéficiant des prestations complémentaires maladie de Mutuelle Bleue, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec le Membre participant. Les personnes comprises sous le terme d'Ayants droit sont les membres de la famille du Membre participant, tels que définis dans les Statuts de Mutuelle Bleue.

Sont considérés comme Ayants droit du Membre participant :

- le conjoint exerçant ou non une activité professionnelle,
- le concubin vivant maritalement avec l'affilié, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'affilié et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur, signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale du Membre participant et de son concubin, devra être adressée au Délégué de gestion et renouvelé(e) annuellement,
- le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation d'une copie du récépissé de l'enregistrement du PACS ou d'une copie de la Convention,
- les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale, mais également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28^e anniversaire justifiant de la qualité :
 - d'étudiant ;
 - d'apprenti ;
 - de chercheur d'emploi ;
 - de personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés ;
 - de bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
 - de bénéficiaire d'un contrat d'insertion.
- à la demande expresse du représentant légal, les ascendants, descendants et collatéraux vivant sous le toit du Membre participant et à sa charge.

2.2 Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Notion pouvant encore être appelée « Tarif de Responsabilité » (TR).

2.3 Bénéficiaires des prestations - Assurés

Les Bénéficiaires des prestations, également dénommés « Assurés », sont définis dans l'acte juridique mettant en place le régime et rappelé dans le document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE » Cette notion doit être distinguée de celle de « bénéficiaire de l'Allocation Obsèques », laquelle est définie à l'article 31.8 du présent Contrat.

2.4 Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant souscrit à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO). L'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-CO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

2.5 Honoraires Limites de Facturation (HLF)

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie, approuvée par l'Arrêté du 20 août 2018 (publié au Journal Officiel du 25 août 2018).

2.6 Membres participants

Les Membres participants sont des personnes physiques qui bénéficient des prestations de Mutuelle Bleue et en ouvrent le droit à leurs Ayants droit.

2.7 Personne morale souscriptrice

La Personne morale souscriptrice est l'entité ayant souscrit le Contrat collectif « Frais de santé » auprès de Mutuelle Bleue, au profit de tout ou partie de ses membres ou salariés.

2.8 Prix Limites de Vente (PLV)

Les Prix Limites de Vente correspondent aux prix maximums facturables par le professionnel de santé, fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Conformément au niveau de garanties de l'Assuré, Mutuelle Bleue interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

2.9 Régime Obligatoire (RO)

Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés le Membre participant et ses Ayants droit.

2.10 Ticket Modérateur (TM)

Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention du régime de Sécurité sociale français obligatoire.

ARTICLE 3 : QUEL EST L'OBJET DE L'ADHESION AU CONTRAT ?

Faire bénéficier les personnes concernées des garanties « Frais de santé », choisies par la Personne morale souscriptrice.

ARTICLE 4 : QUELS SONT LES ASSURES AU TITRE DES GARANTIES ?

Votre Contrat couvre les salariés ou membres de la Personne morale souscriptrice et le cas échéant vos Ayants droit mentionnés dans le document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE ».

Les Ayants droit inscrits au Contrat à titre facultatif doivent demeurer inscrits pour une durée minimale de douze (12) mois. Au-delà de la durée minimale de douze (12) mois, et hormis les cas de cessation des garanties suscités, le salarié peut demander la cessation des garanties à l'égard d'un ou plusieurs Ayant(s) droit le 31 décembre de chaque année, par courrier recommandé avec avis de réception adressé au Délégué de gestion, 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).

Les Assurés à titre obligatoire ne peuvent résilier leur adhésion de manière individuelle et de leur propre fait.

ARTICLE 5 : COMMENT VOUS AFFILIER ?

Votre adhésion, et le cas échéant celle de vos Ayants droit, se matérialise par la signature d'un Bulletin Individuel d'Affiliation, daté et signé par vos soins puis validé et transmis au Délégué de gestion par la Personne morale souscriptrice.

Vous devez joindre à votre Bulletin Individuel d’Affiliation :

- Une photocopie de votre attestation de droits adressée par l’organisme de Sécurité sociale lors de la délivrance de votre Carte Vitale ainsi que, le cas échéant, celle de vos Ayants droit qui sont assurés sociaux à titre personnel ;
- Un Relevé d’Identité Bancaire afin de permettre le virement direct des prestations sur votre compte ;
- Dans le cadre d’une adhésion facultative des Ayants droit, un mandat de prélèvement SEPA uniquement dans le cas d’un prélèvement direct sur votre compte bancaire.

S’il y a lieu, vous devez transmettre au Délégué de gestion :

- Pour votre concubin : une déclaration sur l’honneur signée par vous et votre concubin certifiant que le concubinage est notoire, indiquant vos deux numéros de Sécurité sociale ou un certificat de vie commune ou de concubinage. Cette déclaration devra être renouvelée annuellement ;
- Pour le partenaire lié par un PACS : une copie du récépissé de l’enregistrement du PACS ou une copie de la Convention.

➤ *Cas de dispenses d’affiliation*

Si vous devez vous affilier à titre obligatoire, vous pouvez être dispensé(e) de cette affiliation en application des textes en vigueur relatifs aux cas de dispenses dits de « plein droit ».

Au-delà desdits cas de dispense de plein droit, les dispenses d’affiliation possibles sont celles prévues par l’acte fondateur du régime de prévoyance (Décision Unilatérale de l’Employeur, accord ratifié à la majorité des intéressés ou convention ou accord collectif).

Il convient de vous rapprocher de votre employeur pour connaître les dispenses prévues.

➤ *Transmission des informations et documents*

Les informations et documents contractuels peuvent vous être transmis sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, vous pouvez vous opposer à l’utilisation de ce support dès l’entrée en relation ou à n’importe quel moment.

ARTICLE 6 : QUE FAIRE EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION ?

Signalez immédiatement au Délégué de gestion, dont les coordonnées figurent dans le document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE », tout changement relatif à la gestion de votre dossier (changement de situation familiale, d’adresse, de Caisse Primaire d’Assurance Maladie (CPAM), de coordonnées bancaires, de perte ou vol de votre carte de Tiers Payant...), accompagné des justificatifs nécessaires.

ARTICLE 7 : QUAND DEBUTENT LES GARANTIES ?

Elles débutent à la date à laquelle les conditions d’adhésion sont remplies (cette date est portée sur votre Bulletin Individuel d’Affiliation).

ARTICLE 8 : QUAND CESSENT LES GARANTIES ?

Vos garanties cessent :

- A votre décès ;
- A la date d’effet de la résiliation du Contrat par la Personne morale souscriptrice ou par Mutuelle Bleue ;
- A la date de rupture de votre contrat de travail ou de votre passage dans une catégorie de personnel non visée par l’acte juridique instituant le régime de prévoyance ou de la perte de la qualité de membre de la Personne morale souscriptrice.

Les garanties cessent à l’égard de vos Ayants droit :

- A la date de cessation de vos garanties ;
- A la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d’Ayants droit.

Les garanties peuvent être maintenues à votre profit, et le cas échéant au profit de vos Ayants droit, dans le cadre de deux mécanismes :

- **Portabilité : Article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale**

En cas de rupture de votre contrat de travail ouvrant droit à indemnisation par le régime d’assurance chômage (rupture du contrat hors licenciement pour faute lourde), vous pouvez bénéficier du maintien, à titre gratuit, des garanties complémentaires santé et prévoyance, sous réserve du respect des conditions fixées au Titre III de la présente Notice d’Information, pour une durée maximale de douze (12) mois.

- **Article 4 de la Loi Evin**

Lorsque vous êtes garanti(e) collectivement en tant que salarié soit sur la base d'une convention ou accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par Décision Unilatérale de l'Employeur, vous pouvez en cas de rupture de votre contrat de travail, ou vos Ayants droit si vous décédez, demander un maintien de la couverture santé au titre de l'article 4 de la Loi n°89-1009, dite « Loi Evin » du 31 décembre 1989, dans le cadre d'un contrat d'accueil « Loi Evin ».

- En cas de rupture de votre contrat de travail

Vous devez en faire la demande dans les six (6) mois suivant la rupture de votre contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six (6) mois suivant l'expiration de la période durant laquelle vous bénéficiez à titre temporaire du maintien des garanties. La couverture vous est accordée si votre contrat de travail est rompu et que vous êtes bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, si vous êtes privé(e) d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans limitation de durée.

- En cas de décès

Vos Ayants droit doivent en faire la demande dans les six (6) mois suivant votre décès. La couverture est accordée à vos Ayants droit pendant douze (12) mois à compter de votre décès.

- Proposition de maintien

Le Délégué de gestion, ou Mutuelle Bleue, vous adresse la proposition de maintien de la couverture au plus tard dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de cessation de votre contrat de travail ou de la fin de la période du maintien des garanties à titre temporaire en tant qu'ancien salarié, ou de la date de votre décès pour vos Ayants droit.

- Modalités et conditions tarifaires des contrats « Loi Evin »

Les garanties sont identiques à celles dont vous bénéficiez au titre du présent Contrat.

Les tarifs applicables seront identiques aux tarifs globaux qui vous sont applicables au moment de la rupture de votre contrat de travail, lors de la première année du Contrat « Loi Evin », et ne pourront évoluer que dans les limites fixées par les dispositions réglementaires en vigueur.

ARTICLE 9 : QU'EST-CE QUE LA REVISION ?

Les garanties et la tarification du Contrat sont établies sur la base de la législation et de la réglementation en vigueur. Si, ultérieurement, de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires ou conventionnelles venaient à rompre l'équilibre du Contrat, il serait procédé, le cas échéant en cours d'année, aux réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face notamment aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires. Il s'agit là d'une révision des stipulations contractuelles.

ARTICLE 10 : QUEL EST LE DELAI DE PRESCRIPTION ?

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à cinq (5) ans en cas d'incapacité de travail.

Toutefois, ces délais ne courent :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre participant, que du jour où Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité, le Bénéficiaire n'est pas le Membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit du Membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2° ci-avant, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par Mutuelle Bleue à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en

paiement de la cotisation, et par l'Assuré, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à Mutuelle Bleue, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité.**

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

A noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est suspendue à compter du jour où les Parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des Parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des Parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

ARTICLE 11 : MUTUELLE BLEUE EST-ELLE SUBROGEE DANS VOS DROITS ?

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, Mutuelle Bleue est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans vos droits et actions, et le cas échéant dans ceux de vos Ayants droit contre les tiers responsables.

Afin de permettre à Mutuelle Bleue de pouvoir exercer son droit de subrogation, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, vous et vos Ayants droit vous engagez à déclarer audit Délégué tout accident dont vous seriez victimes.

ARTICLE 12 : QUELLE EST LA LOI APPLICABLE ?

La loi applicable au Contrat est la loi française.

En tout état de cause, les garanties visées par la présente Notice sont régies par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de l'adhésion.

ARTICLE 13 : QUELLES CONSEQUENCES EN CAS DE FAUSSES DECLARATIONS INTENTIONNELLES ?

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

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à Mutuelle Bleue qui a droit, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, Mutuelle Bleue et le Délégué de gestion ne sont redevables d'aucune prestation même pour la part correspondant, le cas échéant, à un sinistre réel.

ARTICLE 14 : QUELS SONT LES SERVICES COMPLEMENTAIRES NON REGIS PAR LE PRESENT CONTRAT ?

Mutuelle Bleue vous accorde des services d'assistance assurés par un prestataire dont les coordonnées figurent dans les Conditions Générales de l'assisteur.

Vous disposez également d'un Service d'Action Sociale. Ce Service comprend :

- Un Fonds d'entraide, pour vous aider à financer des soins onéreux peu remboursés par le Régime Obligatoire ;
- La prise en charge d'une partie de votre cotisation si vous êtes dans une situation de chômeur en fin de droit ;

- La mise à disposition d'un assistant du Service d'Action Sociale pour vous aider à constituer les dossiers de demande de financement.

Il est à noter que la mise en œuvre de ce service est soumise à certaines conditions.

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter le Service d'Action Sociale au 01 64 71 40 96.

Si cette prestation figure au Tableau des garanties, votre Contrat peut également prévoir une prestation de Téléconsultation médicale, les conditions d'utilisation de cette prestation sont définies aux Conditions Générales d'Utilisation le cas échéant disponibles auprès de la Personne morale souscriptrice.

ARTICLE 15 : QUELLES SONT LES REGLES EN MATIERE DE PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES ?

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par Mutuelle Bleue et le Délégué de gestion pour la gestion de leur relation avec l'Assuré et l'exécution du Contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à Mutuelle Bleue et au Délégué de gestion en tant que responsables du traitement et, éventuellement, leurs mandataires, partenaires et/ou aux réassureurs de Mutuelle Bleue. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux Contrats, Bulletin Individuel d'Affiliation ou tout autre document contractuel que l'Assuré est tenu de respecter.

Mutuelle Bleue et le Délégué de gestion prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

Les Assurés peuvent exercer leurs droits en s'adressant au Délégué de gestion.

En outre, les Assurés ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel, applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, les Assurés peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de leurs données personnelles, à l'adresse suivante :

Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de Fontenoy 75007 Paris.

ARTICLE 16 : QUELLES SONT LES REGLES EN MATIERE D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE ?

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la Consommation, vous êtes informé(e) qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle vous pouvez vous inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10000 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription vous permet de ne pas être sollicité(e) par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels vous n'avez pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas le Délégué de gestion ou Mutuelle Bleue de vous joindre téléphoniquement dans le cadre des relations contractuelles existantes.

ARTICLE 17 : QUELLES SONT LES REGLES EN MATIERE DE LUTTE ANTI-BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET DE FINANCEMENT DU TERRORISME ?

Le Délégué de gestion ainsi que Mutuelle Bleue s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. A ce titre, ils

sont tenus de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans leurs livres ou les opérations portant sur des sommes dont ils savent, soupçonnent ou ont de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

ARTICLE 18 : COMMENT FORMULER UNE RECLAMATION ?

En cas de difficultés liées à l'application du présent Contrat, vous pouvez formuler toute réclamation concernant le présent Contrat auprès du service compétent du Délégué de gestion dont les coordonnées figurent au sein du document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE ».

Le Délégué de gestion s'engage à vous informer des modalités de saisine de chacun des niveaux de traitement des réclamations mis en place, notamment les coordonnées de la(des) personne(s) ou du service en charge du traitement des réclamations.

Il s'engage à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximal est 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.

Après épuisement de toutes les procédures internes du Délégué de gestion, si un désaccord subsiste, et que vous n'avez pas saisi les tribunaux, vous aurez toujours la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française :

Fédération Nationale de la Mutualité Française
A l'attention de Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française
255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15

et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à Mutuelle Bleue, écrite et motivée.

ARTICLE 19 : A QUEL ORGANISME DE CONTROLE SONT SOUMIS LE DELEGATAIRE DE GESTION ET MUTUELLE BLEUE ?

Conformément au Code des Assurances et au Code de la Mutualité, le Délégué de gestion et Mutuelle Bleue exercent leur activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située :
4 place de Budapest 75436 Paris.

ARTICLE 20 : A QUI DOIS-JE M'ADRESSER CONCERNANT LA GESTION DE MES GARANTIES ?

Nous vous invitons à vous reporter au document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE » dans lequel figure une rubrique « coordonnées utiles ».

CHAPITRE 2. DISPOSITIONS PROPRES AUX OPERATIONS OBLIGATOIRES

ARTICLE 21 : COMMENT SONT PAYEES LES COTISATIONS ?

La Personne morale souscriptrice est seule responsable du paiement de vos cotisations et le cas échéant celles de vos Ayants droit ayant adhéré de manière obligatoire au présent Contrat, y compris en ce qui concerne la part salariale éventuelle.

Les cotisations précomptées par votre employeur sont versées par ses soins au Délégué de gestion. Le versement des prestations est subordonné au paiement des cotisations. En cas de non-paiement des cotisations, vos garanties pourront se trouver suspendues, sauf à ce que vous vous substituiez à votre employeur conformément aux dispositions de l'article 23.

ARTICLE 22 : QUELLES SONT LES CONSEQUENCES DU DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ?

Lorsque la Personne morale souscriptrice assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement des cotisations dans les dix (10) jours suivant leur échéance, le Délégué de gestion adressera à votre employeur une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception détaillant les conséquences du non-paiement.

Mutuelle Bleue, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, pourra suspendre les garanties dans un délai de trente (30) jours à compter de l'envoi de cette mise en demeure. Les garanties seront résiliées dans un délai de dix (10) jours à compter de l'expiration du délai suscitée.

Le Délégué de gestion vous informera de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure à l'employeur. Vous pourrez vous substituer à ce dernier pour le paiement des cotisations.

ARTICLE 23 : QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE SUSPENSION DE VOTRE CONTRAT DE TRAVAIL ?

23.1 Suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

Le bénéfice des garanties est maintenu dans le cas d'une suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation pendant toute la période au titre de laquelle vous bénéficiez :

- soit d'un maintien, total ou partiel, de salaire ;
- soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par votre employeur.

L'employeur maintient sa contribution pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée mais vous devez vous acquitter de votre part de cotisation dans les conditions prévues dans l'acte fondateur du régime de prévoyance.

Dans les cas où le prélèvement sur salaire ne serait pas possible (ex : absence de versement d'un salaire), vous devrez fournir un mandat de prélèvement SEPA à votre employeur, qui reversera la totalité de la cotisation (part patronale et part salariale) au Délégué de gestion.

23.2 Suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation (notamment congé sabbatique, congé parental d'éducation ou autres), le maintien des garanties et de la contribution employeur est facultatif. Il convient de vous rapprocher de votre employeur.

CHAPITRE 3. DISPOSITIONS PROPRES AUX OPERATIONS FACULTATIVES

ARTICLE 24 : COMMENT SONT PAYEES LES COTISATIONS ?

La Personne morale souscriptrice peut être responsable du paiement de vos cotisations et/ou de celles de vos Ayants droit.

Toutefois, dans l'hypothèse où la Personne morale souscriptrice ne s'est pas engagée au précompte de vos cotisations et/ou de celles de vos Ayants droit, elles doivent être acquittées directement par vos soins, mensuellement, par prélèvement sur votre compte bancaire ou par chèque.

Il convient de vous reporter à votre document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE » concernant les modalités de paiement.

ARTICLE 25 : QUELLES SONT LES CONSEQUENCES DU DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ?

25.1. En cas de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice

Lorsque la Personne morale souscriptrice assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure de la Personne morale souscriptrice.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse à la Personne morale souscriptrice, le Délégué de gestion l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

Le Membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par la Personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du Contrat, sauf s'il entreprend de se substituer à cette dernière pour le paiement des cotisations. Mutuelle Bleue a le droit de mettre fin au Contrat dix (10) jours après le délai de trente (30) jours précité.

Le Contrat non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de Mutuelle Bleue, ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

25.2 En l'absence de précompte de la cotisation par la Personne morale souscriptrice

- **Non-paiement de sa part de cotisation par le Membre participant**

Lorsque la Personne morale souscriptrice n'assure pas le précompte des cotisations, si vous ne payez pas votre cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, vous pourrez faire l'objet d'une exclusion.

L'exclusion peut intervenir dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure.

Cette lettre doit être envoyée dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé(e) qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au Contrat.

- **Non-paiement de sa part de cotisation par la Personne morale souscriptrice**

La procédure prévue à l'article 25.1 est applicable à la Personne morale souscriptrice qui ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, le Délégué de gestion vous informe de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre recommandée susmentionnée et vous rembourse, le cas échéant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel Mutuelle Bleue ne couvre plus le risque.

ARTICLE 26 : QUELLES SONT LES CONSEQUENCES EN CAS DE FAUSSES DECLARATIONS NON-INTENTIONNELLES ?

L'omission ou la déclaration inexacte de votre part, si votre mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité des garanties prévues au Contrat.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, Mutuelle Bleue peut maintenir, avec votre accord, votre adhésion au Contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation. A défaut de votre accord, le Contrat prend fin dix (10) jours après l'envoi d'une notification qui vous sera adressée par lettre recommandée. Mutuelle Bleue vous restituera la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

ARTICLE 27 : COMMENT RESILIER MON CONTRAT ?

Vous avez la possibilité de mettre fin à votre adhésion le 31 décembre de chaque année par lettre recommandée avec avis de réception adressée au Délégué de gestion 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).

ARTICLE 28 : QUELLES SONT LES EFFETS DE LA RESILIATION ?

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, ni au titre de la garantie « 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 la date de résiliation, les Assurés s'engagent à ne plus utiliser la ou les carte(s) de Tiers Payant santé auprès des professionnels de santé, et à la(les) retourner à Mutuelle Bleue dans les meilleurs délais. D'une manière générale, ils s'engagent à renoncer à tous les services de Mutuelle Bleue dont ils bénéficiaient de par leur adhésion à celle-ci, sans préjudice pour Mutuelle Bleue de recouvrer les sommes indûment versées.

TITRE II : PRESTATIONS

ARTICLE 29 : QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS ?

Les garanties « Frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de vous assurer et éventuellement d'assurer à vos Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le Régime Obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les garanties « Frais de santé » respectent les règles du Contrat Responsable.

Vous bénéficiez également de la garantie Allocation Obsèques si la Personne morale souscriptrice l'a souscrite. Par ailleurs, vous pouvez, si la Personne morale souscriptrice l'a prévu, souscrire à un ou plusieurs niveau(x) de garanties santé optionnelles pour vous, et le cas échéant vos Ayants droit. Pour connaître les modalités d'adhésion auxdites garanties santé optionnelles, il convient de vous reporter à votre document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE ».

ARTICLE 30 : QUEL EST LE NIVEAU DES GARANTIES ?

Un Tableau des garanties est annexé à la présente Notice.

ARTICLE 31 : DISPOSITIONS SPECIFIQUES CONCERNANT L'ETENDUE DES GARANTIES

31.1 Justificatifs

Le Délégué de gestion se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale).

Les justificatifs qui seront adressés au Délégué de gestion devront être des documents originaux (dans leur version papier adressée par voie postale ou dans leur version électronique issue du site de l'Assurance Maladie obligatoire).

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait qu'il lui est conseillé d'envoyer au Délégué de gestion le ou les devis émis par les professionnels de santé avant chaque réalisation de soins ou de prestations.

Chaque devis fera l'objet d'une réponse de la part du Délégué de gestion informant l'Assuré de son reste à charge éventuel. Le Délégué de gestion contrôlera que le professionnel de santé n'a pas dépassé les Prix Limites de Vente ou les Honoraires Limites de Facturation.

31.2 Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge par la garantie « Frais de santé » de la présente Notice, lorsque le niveau de garanties choisi le prévoit. La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérant à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) et les médecins n'y adhérant pas. Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale. En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale si le choix de votre niveau de garanties prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires. Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, vous pouvez consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr.

31.3 Prise en charge de l'optique

Les prestations optiques concernant l'acquisition d'un équipement (1 monture + 2 verres) s'expriment par un forfait en euros et par composante d'équipement incluant le Ticket Modérateur et la prise en charge par le Régime Obligatoire.

Les plafonds de remboursement tels qu'indiqués dans le Tableau des garanties sont conformes aux limites imposées par le Contrat Responsable.

La prise en charge par Mutuelle Bleue des prestations optiques est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'équipement, à savoir à la Classe A ou la Classe B.

Conformément à la réforme « 100% Santé », les équipements appartenant à la Classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le Régime Obligatoire.

En conséquence, une fois le remboursement effectué par ce dernier et celui opéré au titre du présent Contrat dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Les équipements de Classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux « Contrats Responsables » conformément au Tableau des garanties. Ainsi, un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Conformément au Tableau des garanties, les montants de remboursement d'un équipement dépendront du forfait applicable à chaque composante :

- Forfait monture
- Forfait verre « correction simple »
- Forfait verre « correction complexe »
- Forfait verre « correction très complexe »

Les forfaits verres sont définis comme suit :

Forfaits verres	Définitions des verres
CORRECTION SIMPLE	<ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; - verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.
CORRECTION COMPLEXE	<ul style="list-style-type: none"> - équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ; - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ; - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ; - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.
CORRECTION TRES COMPLEXE	<ul style="list-style-type: none"> - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ; - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ; - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Il est à noter que le forfait applicable, déterminé selon le niveau de dioptries, est susceptible d'être modifié en fonction d'éventuelles évolutions législatives et/ou réglementaires.

Un équipement est dit « mixte » lorsqu'il est composé :

- d'un (1) verre simple et d'un (1) verre complexe ;
- d'un (1) verre simple et d'un (1) verre très complexe ;
- d'un (1) verre complexe et d'un (1) verre très complexe.

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

L'Assuré pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres, et d'une (1) monture, n'appartenant pas à la même Classe (A ou B).

Dans ces hypothèses, la composante de Classe B sera remboursée conformément au niveau de garanties souscrit, déduction faite du remboursement de la composante de Classe A.

Lorsque l'Assuré choisi une monture de Classe B, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à cent (100) euros.

➤ *Conditions de prise en charge et de renouvellement*

En tout état de cause, les prestations optiques sont limitées à un (1) équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux (2) ans par Bénéficiaire.

Cette période s'apprécie à compter de la dernière acquisition d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire.

L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'équipement optique.

Lorsque l'Assuré effectue des demandes de remboursement en deux temps, c'est-à-dire d'une part la monture et d'autre part les verres, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Par dérogation, **pour l'acquisition d'un équipement optique (1 monture + 2 verres), cette période est réduite :**

- à un (1) an, pour les Bénéficiaires de moins de seize (16) ans ;
- à un (1) an, pour les Bénéficiaires de plus de seize (16) ans en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.
- à six (6) mois, pour les Bénéficiaires de moins de six (6) ans, lorsque la monture est mal adaptée à la morphologie du visage du Bénéficiaire entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, **pour l'acquisition de verres correcteurs**, aucun délai de renouvellement minimal n'est applicable :

- pour les Bénéficiaires de moins de seize (16) ans, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
- quel que soit l'âge des Bénéficiaires, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'Arrêté du 3 décembre 2018 (publié au Journal Officiel du 13 décembre 2018) portant modification des modalités de prise en charge d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Il est à noter que l'âge des Bénéficiaires correspond à l'âge atteint au 1^{er} janvier de l'année considérée.

La prestation « Lentilles » est prise en charge, lorsque le Tableau des garanties le prévoit, dans la limite d'un forfait incluant, le cas échéant, le Ticket Modérateur, qui s'apprécie par an et par Bénéficiaire.

Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, ainsi que les lentilles jetables.

31.4 Prise en charge du dentaire

Dans le cadre de la réforme « 100% Santé » et de l'entente directe des chirurgiens-dentistes libéraux avec l'Assurance Maladie fixée dans la Convention du 21 juin 2018, trois (3) paniers sont définis :

- Le panier « 100% Santé » (prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation) ;
- Le panier aux tarifs maîtrisés (remboursement dans la limite des Honoraires Limites de Facturation et conformément au niveau de garanties de l'Assuré) ;
- Le panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (absence d'Honoraires Limites de Facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'Assuré).

31.5 Prise en charge des aides auditives

La prestation s'entend par oreille appareillée. Elle est remboursée sur la base d'un pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

➤ *Limites de prise en charge*

Les prestations d'appareillage auditif sont prises en charge conformément au Tableau des garanties.

A compter du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge par Mutuelle Bleue des prestations « Aides auditives » est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la Classe I ou la Classe II.

Conformément à la réforme « 100% Santé », les aides auditives appartenant à la Classe I font l'objet d'une prise

en charge renforcée. A ce titre, une fois le remboursement effectué par le Régime Obligatoire et celui opéré au titre du présent Contrat et dans la limite des Prix Limites de Vente aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré. Les aides auditives de Classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux « Contrats Responsables », selon l'âge du Bénéficiaire et conformément au plafond inscrit au Tableau des garanties.

Lorsque l'aide auditive appartient à la Classe II, la prise en charge par Mutuelle Bleue intervient conformément au niveau de garanties souscrit et dans la limite fixée par les textes relatifs aux « Contrats Responsables » soit mille-sept-cents (1 700) euros par aide auditive et par Bénéficiaire. Ce plafond inclut le Ticket Modérateur et la prise en charge par le Régime Obligatoire.

C'est pourquoi un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Il est à noter que ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le Ticket Modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

➤ *Conditions de prise en charge et de renouvellement*

En tout état de cause, à compter du 1^{er} janvier 2021, les prestations « Aides auditives » sont limitées à une (1) aide auditive tous les quatre (4) ans par Bénéficiaire. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire.

Ce délai de renouvellement court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

31.6 Prise en charge de l'hospitalisation

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements hospitaliers tels que mentionnés à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'applique donc :

- aux établissements de médecine, chirurgie,
- aux établissements obstétricaux et odontologiques,
- aux établissements spécialisés : les établissements psychiatriques, les établissements de soins de suite et de réadaptation.

Le forfait journalier facturé par les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) n'est pas pris en charge.

31.7 Précisions concernant les paramédicaux

Les honoraires paramédicaux correspondent aux actes facturés par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes et les pédicures-podologues.

Vous pouvez retrouver la liste exhaustive des praticiens de votre département en vous connectant sur le site www.annuaire.sante.ameli.fr

31.8 Allocation Obsèques (si souscrite par la Personne morale souscriptrice)

Vous bénéficiez de cette prestation si cette dernière a été souscrite par la Personne morale souscriptrice. Reportez-vous à votre Tableau des garanties.

➤ *Objet de la prestation Allocation Obsèques*

En cas de décès de l'un des Assurés, il est versé une « Allocation Obsèques » d'un montant prévu au Tableau des garanties à la personne ayant réglé les obsèques et, pour le surplus, au(x) bénéficiaire(s).

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que l'âge de l'Assuré et/ou la date de survenance du risque assuré peut(peuvent) conditionner la mise en jeu de la garantie.

La garantie ne dispose pas de provision mathématique constituée. En cas de résiliation, il n'y a pas de valeur de rachat pour la garantie. La garantie s'exerce dans le monde entier.

➤ *Bénéficiaire(s) de la prestation Allocation Obsèques*

L'Allocation Obsèques est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques, sur présentation de la facture acquittée, et jusqu'à hauteur des frais engagés. **L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que l'Allocation Obsèques versée est susceptible d'être insuffisante pour couvrir la totalité des frais d'obsèques.**

L'Allocation Obsèques ne peut être utilisée, à concurrence du coût des obsèques, à la convenance du(des) bénéficiaire(s), et donc à des fins étrangères au financement des obsèques.

Le solde du capital assuré éventuellement restant sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-après :

- au conjoint survivant de l'Assuré, non séparé de corps par un jugement définitif, ni divorcé, ou au partenaire avec lequel l'Assuré est lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- à défaut, aux descendants de l'Assuré, par parts égales entre eux : enfants nés ou à naître (légitimes ou légitimés, naturels, reconnus, adoptifs, recueillis) présents ou représentés ;
- à défaut, aux ascendants de l'Assuré par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, aux frères et sœurs de l'Assuré par parts égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré, selon la dévolution successorale.

La clause bénéficiaires peut être modifiée si celle-ci n'est pas ou plus appropriée.

L'Assuré peut alors désigner le(s) bénéficiaire(s) par écrit joint au Bulletin Individuel d'Affiliation et ultérieurement, par avenant, ou suivant toute autre forme juridiquement valide, notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'Assuré peut procéder à la modification du(des) bénéficiaire(s) en s'adressant au service compétent du Délégué de gestion dont les coordonnées figurent dans le document « VOS GARANTIES FRAIS DE SANTE ».

Toute désignation de bénéficiaire(s) qui ne serait pas portée à la connaissance de Mutuelle Bleue ne lui sera pas opposable.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le(s) bénéficiaire(s). L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de Mutuelle Bleue, de l'Assuré et du(des) bénéficiaire(s), soit par acte authentique ou par acte sous seing privé, signé de l'Assuré et du(des) bénéficiaire(s), mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de Mutuelle Bleue que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

➤ *Formalités à accomplir pour le versement de l'Allocation Obsèques*

Les sommes dues sont payées après remise des pièces suivantes :

- La facture acquittée des frais d'obsèques ;
- Une photocopie d'une pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité, Passeport...) de la personne ayant réglé les frais d'obsèques et, le cas échéant du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire au nom du ou des bénéficiaire(s) ;
- Un extrait d'acte de décès de l'Assuré ;
- Un certificat du médecin ayant constaté le décès précisant la cause du décès ;
- L'original du Bulletin Individuel d'Affiliation.

En cas de pluralité de bénéficiaires, les sommes dues seront réglées sur demande conjointe des intéressés, accompagnée des photocopies de leur Carte Nationale d'Identité.

Le Délégué de gestion se réserve le droit de demander toutes pièces justificatives supplémentaires.

ARTICLE 32 : QUELLE EST LA BASE DE REMBOURSEMENT ?

Les prestations sont calculées en fonction des Tarifs de Responsabilité selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur ou sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire, s'il existe, sauf mention contraire prévue dans le Tableau des garanties et dans la limite des frais engagés.

Mutuelle bleue garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger lors de séjours temporaires dès lors qu'ils sont pris en charge par la Sécurité sociale française et selon le Tableau des garanties.

Le Délégué de gestion complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant au Tableau des garanties.

Sauf cas particuliers, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu au remboursement des soins par le Délégué de gestion.

ARTICLE 33 : COMMENT S'EFFECTUENT VOS REMBOURSEMENTS ?

33.1 Télétransmission

Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'informations automatisé entre les Caisses d'assurance maladie et Mutuelle Bleue. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très court puisque les décomptes de l'assurance maladie sont transmis à Mutuelle Bleue sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ainsi, et sauf opposition de votre part, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de Télétransmission (Noémie) entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le Délégué de gestion. Grâce à ce système, vous n'avez en principe pas besoin d'envoyer vos décomptes. Les documents sont directement transmis au Délégué de gestion par votre Régime Obligatoire et/ou par les professionnels de santé.

33.2 Envoi de justificatifs à défaut de Télétransmission

A défaut d'application du procédé de la Télétransmission, le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- La prescription médicale ;
- Les décomptes originaux ou, le cas échéant, les décomptes en ligne, délivrés par le Régime Obligatoire d'assurance maladie ;
- Les originaux des notes d'honoraires et des factures datées des frais prescrits et acquittés et, le cas échéant, les devis (établis par les praticiens...) ;
- Le cas échéant, les photocopies des notifications du Régime Obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ;
- En cas de remboursement de frais de santé d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par le Délégué de gestion auprès de l'éventuel tiers responsable.

Le Délégué de gestion se réserve le droit de demander tout autre justificatif nécessaire à la liquidation de votre dossier.

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

ARTICLE 34 : QUAND S'EFFECTUE LE PAIEMENT DES PRESTATIONS ?

Sauf dans le cas du Tiers Payant, Mutuelle Bleue n'intervient qu'après l'intervention du Régime Obligatoire.

ARTICLE 35 : QUELLES SONT LES MODALITES DU CONTROLE MEDICAL ?

Le Délégué de gestion, ou Mutuelle Bleue, 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 Assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Contrat. Le contrôle peut intervenir avant et/ou après la décision de prise en charge par le Délégué de gestion ou Mutuelle Bleue.

En cas de refus de l'Assuré de se soumettre à ce contrôle médical, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part du Délégué de gestion ou de Mutuelle Bleue.

ARTICLE 36 : QU'EST-CE QUE LE TIERS PAYANT ?

Le Tiers Payant est un système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou l'organisme de complémentaire santé.

Le Tiers Payant Sécurité sociale est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'Assurance Maladie.

Mutuelle Bleue vous délivre, pour l'application du Tiers Payant complémentaire, une carte de Tiers Payant santé qui vous permet, ainsi qu'à vos Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

ARTICLE 37 : COMMENT FONCTIONNE LE TIERS PAYANT ?

Après l'enregistrement de l'affiliation de l'Assuré auprès du Délégué de gestion, il lui est remis une carte de Tiers Payant permettant la pratique du Tiers Payant avec certaines professions de santé et l'obtention, le cas échéant, de prises en charge hospitalières, optiques ou dentaires.

En cas de cessation des garanties, la carte de Tiers Payant doit être restituée à la Personne morale souscriptrice qui la transmettra au Délégué de gestion dans un délai de quinze (15) jours.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que vos droits ne sont pas ouverts auprès de votre régime d'assurance maladie obligatoire, vous serez tenu(e) de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par le Délégué de gestion pour votre compte. A défaut, une procédure contentieuse pourra être dirigée à votre encontre.

ARTICLE 38 : QUELLE EST LA LIMITE AUX REMBOURSEMENTS ?

Conformément à l'article 9 de la Loi n°89-1009, dite « Loi Evin », du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son Décret d'application, 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 toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du Contrat ou de la Convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par le Délégué de gestion ou un organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par ledit Délégué seraient réduites à due concurrence.

Le Bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par le Délégué de gestion sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le Bénéficiaire est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, le Délégué de gestion ne règlera que les frais non-couverts par la police dans la limite de ses Tarifs de Responsabilité.

ARTICLE 39 : QUELLES SONT LES EXCLUSIONS ?

39.1 Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Attention : Ne donnent droit à aucun remboursement les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies pour chaque garantie dans le Tableau des garanties.

Les soins de toutes natures (notamment les séjours en établissements hospitaliers ou cliniques, les traitements d'orthodontie et les prothèses dentaires) dont les dates de première proposition, de prescription ou d'exécution se situent avant la date d'effet du Contrat, ne peuvent donner lieu à intervention.

39.2 Parcours de soins coordonnés et Contrat Responsable

Attention : Le montant des prestations servies par le Régime Obligatoire pourra varier si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés.

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

- La participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;
- Les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - La majoration du Ticket Modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - Les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- Les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours, à accéder à son Dossier Médical Personnel et à le compléter (à compter de la mise en place du Dossier Médical Personnel).
- Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles r. 871-1 et r. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties du Contrat seront automatiquement adaptées en cas de modification des prescriptions liées au Contrat Responsable.

TITRE III : PORTABILITE DES GARANTIES

ARTICLE L. 911-8 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

ARTICLE 40 : QUI PEUT EN BENEFICIER ?

Le maintien des garanties est accordé à l'ancien salarié dont la rupture du contrat de travail, hors licenciement pour faute lourde, ouvre droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Les Ayants droit du salarié, qui bénéficient effectivement des garanties souscrites à la date de la cessation du contrat de travail, bénéficient également du maintien des garanties, dans les mêmes conditions.

ARTICLE 41 : QUELLES SONT LES CONDITIONS D'OUVERTURE DES DROITS ?

Les droits sont examinés au jour de la cessation du contrat de travail. Ils sont ouverts sous les conditions suivantes :

- Le contrat de travail doit être rompu ;
- La rupture du contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- Les droits à garantie doivent avoir été ouverts avant la date de cessation du contrat de travail.

ARTICLE 42 : QUELLES SONT LA DATE DE PRISE D'EFFET ET LA DUREE DU MAINTIEN ?

Les droits sont maintenus dès le lendemain de la date de cessation du contrat de travail, pendant la période d'affiliation à l'assurance chômage, pour une durée égale à celle du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, dans la limite de douze (12) mois de couverture.

La demande nominative du maintien des garanties doit être remise au Délégataire de gestion dans le mois suivant la cessation du contrat de travail. Cette demande doit notamment préciser la durée du dernier contrat de travail de l'ancien salarié, ainsi que la durée prévue du maintien des garanties.

A l'issue de ce maintien, les salariés bénéficiant notamment d'une rente d'incapacité ou d'une pension de retraite peuvent, conformément à l'article 4 de la Loi Evin, demander à bénéficier du maintien de couverture, à titre individuel, sous réserve d'en faire la demande dans un délai de six (6) mois suivant le présent maintien.

ARTICLE 43 : QUELLES SONT LES CONDITIONS DE MAINTIEN ?

Pour bénéficier des dispositions relatives au maintien des garanties précitées, l'ancien salarié doit fournir au Délégataire de gestion la justification de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'ancien salarié doit également informer le Délégataire de gestion de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage, lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien de la couverture complémentaire santé et prévoyance.

Le Délégataire de gestion et Mutuelle Bleue peuvent, à tout moment, demander à l'ancien salarié s'il remplit les conditions requises pour bénéficier du maintien des garanties, en exigeant notamment la preuve de l'ouverture des droits, de leur durée et de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le maintien des garanties ne peut conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

ARTICLE 44 : QUELLES SONT LES CONDITIONS DE LA CESSATION DU MAINTIEN ?

A l'égard de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation du versement des allocations payées par le régime d'assurance chômage ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve du bénéfice de cette indemnisation ;
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié ;
- à la date d'effet de la retraite Sécurité sociale de l'ancien salarié ;
- à l'issue de la durée de maintien à laquelle l'ancien salarié a droit ;
- à la date d'effet de la résiliation du Contrat collectif souscrit par l'employeur.

A l'égard des Ayants droit de l'ancien salarié, le maintien des garanties cesse :

- à la date de cessation du maintien de l'ancien salarié,
- à la date à laquelle ils ne répondent plus aux conditions leur conférant la qualité d'Ayants droit.

ARTICLE 45 : QUELLES SONT LES MODALITES DE FINANCEMENT DU MAINTIEN ?

L'ancien salarié et le cas échéant ses Ayants droit bénéficie(nt) du maintien des garanties à titre gratuit, ce maintien étant financé par l'employeur et les salariés actifs à travers le système de la mutualisation.

ARTICLE 46 : QUELLE EST LA DEFINITION DES PRESTATIONS ?

Les garanties maintenues à l'ancien salarié sont celles définies dans le Contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait. En cas de modification du Contrat des actifs, les modifications de garanties sont appliquées à l'ancien salarié.

ARTICLE 47 : QUELLE EST L'ASSIETTE DES PRESTATIONS ?

Le salaire de référence servant de base au calcul des prestations est identique à celui défini dans le Contrat des actifs pour la catégorie de population assurée à laquelle l'ancien salarié appartenait et est apprécié au jour de la cessation du contrat de travail.

ARTICLE 48 : QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DE L'EMPLOYEUR ?

L'employeur sera tenu d'informer l'ancien salarié de son droit au maintien des garanties dans le certificat de travail et devra informer le Délégué de gestion des cessations de contrat de travail déclenchant le droit au maintien des garanties.

ARTICLE 49 : QUELLES SONT LES CONSEQUENCES DE LA RESILIATION DU CONTRAT ?

En cas de résiliation du Contrat, l'ancien salarié cessera d'être couvert à la date d'effet de la résiliation. Si, à la date d'effet de la résiliation, l'ancien salarié perçoit des prestations d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente au titre du Contrat, le maintien des garanties éventuelles, au titre du décès, s'effectuerait dans les mêmes conditions que celles prévues au Contrat des actifs.

MUTUELLE BLEUE

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

Siège social : 68 rue du Rocher - CS 60075 - 75396 Paris Cedex 08

NISANTEGE003 - 10/2019