

RÈGLEMENT MUTUALISTE « RADIANCE HUMANIS SANTÉ » Applicable à compter du 1^{er} janvier 2020

Le présent règlement référencé RM/MUT/RHS2/06.2015 a pour objet de décrire les engagements respectifs entre le Membre participant et la Mutuelle concernant la garantie frais de santé, conformément à l'article L.114-1 du Code de la mutualité. Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité.

DÉFINITIONS

Accident : l'accident s'entend de l'effet soudain, imprévisible et involontaire d'une cause extérieure provoquant sur la personne physique du Membre participant une atteinte ou lésion corporelle. La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire.

Actes Hors Nomenclature : désignent les actes non reconnus par la Sécurité sociale et non inscrits aux nomenclatures.

Assuré : désigne l'assuré social, c'est-à-dire la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Ayants droit : au sens de la Sécurité sociale, désignent les personnes à la charge du Membre participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Contrat d'accès aux soins : contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

Contrat responsable : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application en vigueur.

Contrat solidaire : contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes assurables.

Garantie : elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le Membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre.

Membre participant : le Membre participant est la personne qui adhère au présent règlement en remplissant et signant le bulletin d'adhésion.

Mutuelle : désigne Radiance Mutuelle dont les activités sont soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 483 747 333 dont le siège social se situe à Lyon 69006, 95 rue Vendôme.

Nomenclature : cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

« **OPTAM / OPTAM-CO** » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS).

Prestation : elle correspond à l'exécution de la garantie par la Mutuelle.

Remboursement de la Sécurité sociale :

- **Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)** : représente l'assiette servant de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

- **Montant remboursé par la Sécurité sociale (MR)** : ce montant est égal à la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multiplié par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

- **Ticket modérateur (TM)** : il correspond à la part des frais de santé non remboursée par le régime obligatoire d'assurance maladie, égale à la différence entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) et le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR).

Vente à distance : fourniture d'une prestation d'assurance conclue sans la présence physique simultanée des parties, entre une personne physique et la Mutuelle qui, pour l'établissement du bulletin d'adhésion, utilisent exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (utilisation de tout moyen pour la signature du bulletin d'adhésion, sans la présence physique ou simultanée du demandeur à l'adhésion et de la Mutuelle comme le téléphone, Internet ou la voie postale),

TITRE I - ADHÉSION

ARTICLE 1 - CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion au présent règlement est réservée à toute personne **domiciliée sur le territoire français et affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français**. Elle n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Étranger (CFE).

Les formules dédiées « Premium » sont ouvertes aux personnes âgées de 50 ans et plus qui adhèrent au plus tard dans les trois ans suivant la date de liquidation effective de leur pension vieillesse.

Pour bénéficier de la ou des garanties, le demandeur doit remplir et signer le bulletin d'adhésion au règlement et y indiquer notamment :

- les garanties frais de santé qu'il a choisies, résultat du choix d'une formule prédéfinie ou de la combinaison de différents niveaux de garanties des modules proposés ;

L'ensemble des bénéficiaires, tels que définis à l'article 7.3, sont couverts par les mêmes garanties.

- les bénéficiaires de la garantie frais de santé, membres de sa famille tels que définis à l'article 7.3 qu'il souhaite assurer. Ces derniers doivent également relever, en tant qu'assuré à titre personnel ou ayant droit du demandeur, d'un régime obligatoire d'assurance maladie français.

Par la signature du bulletin d'adhésion, le nouveau Membre participant reconnaît avoir préalablement reçu et pris connaissance des statuts de la Mutuelle et du présent règlement.

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

Le Membre participant doit joindre avec le bulletin d'adhésion, selon sa situation :

- une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- une attestation sur l'honneur de vie commune établie sur papier libre, signée par les deux concubins et tout justificatif de domicile commun (avis d'imposition, facture EDF, bail commun, attestation d'assurance...),
- pour les personnes à charge selon leur situation :
 - la copie du dernier avis d'imposition du Membre participant ou de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, (ou à défaut, attestation sur l'honneur pour la première année du rattachement fiscal),
 - le certificat de scolarité,
 - la copie du contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - tout document de reconnaissance de l'état d'infirmité permanente (dont la copie de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion),
 - l'attestation d'inscription au Pôle Emploi,
 - la copie du dernier bulletin de salaire.

Outre ces justificatifs, le bulletin d'adhésion doit être accompagné :

- de la photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale et plus généralement de la carte d'assuré au régime de base obligatoire d'assurance maladie, en vigueur à la date d'adhésion, pour tous les bénéficiaires ayant leur propre numéro,
- d'un relevé d'identité bancaire,
- le cas échéant, du formulaire « mandat SEPA » dûment complété afin de permettre le prélèvement automatique,
- de la photocopie de la pièce d'identité officielle en cours de validité.

À défaut, l'adhésion ne prend pas effet.

Le Membre participant s'engage à déclarer, sans délai, à la Mutuelle tout changement de situation familiale, de protection sociale (régime obligatoire d'assurance maladie) ainsi que d'activité professionnelle.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

La prise d'effet de l'adhésion est subordonnée aux conditions suspensives et cumulatives suivantes :

- 1 - la réception par la Mutuelle du Bulletin d'adhésion, accompagnée des pièces justificatives visées à l'article 2,
- 2 - la vérification de ces pièces justificatives par la Mutuelle,
- 3 - le paiement effectif à la Mutuelle de la première cotisation et du droit d'entrée.

L'adhésion devient définitive lorsque ces trois conditions sont satisfaites. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet

qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. Dans ce cas, la Mutuelle émet un certificat d'adhésion mentionnant les caractéristiques de l'adhésion ainsi que la date de sa prise d'effet.

Celle-ci est fixée au plus tôt au premier jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion, accompagné des pièces justificatives.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion fait foi entre les parties.

Le demandeur acquiert alors la qualité de Membre participant.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

L'adhésion à la garantie est attestée par la carte de droit délivrée par la Mutuelle. La carte mutualiste permet de bénéficier d'un service de dispense d'avance de frais :

- auprès du professionnel de santé ayant passé une convention,
- pour permettre l'accès aux réalisations sanitaires et sociales mutualistes.

La carte est délivrée pour la période de cotisation à venir avec l'appel de cotisation si le Membre participant est à jour du paiement de ses cotisations échues. Le Membre participant s'engage à ne pas l'utiliser en cas de défaut de paiement des cotisations et à la restituer à la Mutuelle en cas de démission, de radiation ou de changement de niveau de garantie.

ARTICLE 4 - FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Si l'adhésion au présent règlement a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la mutualité, le Membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L222-6 du Code de la consommation si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception ou par l'envoi d'un recommandé électronique.

Le Membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation ou de l'envoi recommandé électronique, la Mutuelle rembourse au Membre participant les cotisations payées, sous déduction le cas échéant de la cotisation due visée à l'alinéa précédent.

Un projet de rédaction destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

«Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../... au règlement mutualiste « Radiance Humanis Santé » et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance.» Fait à, le, (signature).

À adresser à : Radiance Mutuelle - 55 allée Albert Sylvestre - 73026 Chambéry cedex.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues par le présent règlement.

ARTICLE 5 - DURÉE, RENOUVELLEMENT ET CESSATION DE L'ADHÉSION

5.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction d'année en année sauf résiliation par le Membre participant ou la Mutuelle.

5.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement peut ainsi cesser dans plusieurs cas.

• À la demande du Membre participant :

- par lettre recommandée avec avis de réception ou par recommandé électronique, sous réserve que cette demande soit envoyée à la Mutuelle **au plus tard le 31 octobre** (le cachet de la poste ou la date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié, de l'envoi recommandé électronique, faisant foi),
- **en cours d'année** si le Membre participant justifie être couvert au titre d'un contrat groupe obligatoire frais de santé, par la fourniture d'une attestation établie par le nouvel organisme complémentaire, accompagnée d'une attestation de son employeur. Auquel cas, l'adhésion cesse au 1^{er} jour du mois civil suivant le mois de réception des justificatifs précités.

La dénonciation par le Membre participant de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent règlement, sauf dérogation par la Mutuelle.

• À la demande de la Mutuelle :

- **en cas de non-paiement des cotisations**, selon les dispositions prévues à l'article 11.
- **À titre exceptionnel, le Membre participant ou la Mutuelle peut résilier l'adhésion en cours d'année en cas de domiciliation à l'étranger (hors France métropolitaine).**
La résiliation de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de la nouvelle domiciliation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La Mutuelle rembourse au Membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

• En cas de décès du Membre participant

La Mutuelle rembourse prorata temporis, la partie de cotisation réglée correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter du 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de l'événement.

Les bénéficiaires qui lui étaient rattachés continuent à être garantis jusqu'à la fin du mois de survenance du décès. Le conjoint survivant ou le partenaire lié par un PACS ou le concubin peut ensuite adhérer à titre personnel selon les dispositions prévues aux articles 1 et 3 et sous réserve que la demande d'adhésion soit effectuée dans les 12 mois qui suivent le décès.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

TITRE II - GARANTIE

ARTICLE 6 - EXCLUSIONS COMMUNES

Ne donnent pas lieu aux garanties et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

1) les maladies ou accidents résultant notamment des faits suivants :

- **accident du travail donnant lieu à remboursement intégral par la législation sur les accidents du travail ;**

- accidents résultant de la pratique d'un sport à titre professionnel ;

- accidents en milieu scolaire couverts par une assurance spécifique.

Ces deux dernières exclusions ne s'appliquent pas, dans le cadre de l'obligation de prise en charge minimale au titre du contrat responsable, aux prestations et actes mentionnés à l'article R871-2 du Code de la sécurité sociale.

2) Les interventions de chirurgie esthétique non prises en charge par la Sécurité sociale.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

ARTICLE 7 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

7.1 - Contrat « responsable »

Le présent règlement respecte les conditions mentionnées à l'article L 871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes réglementaires d'application pour répondre ainsi à la définition du contrat responsable.

À ce titre, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- **conformément à l'article L. 160-13 II du Code de la sécurité sociale, la participation forfaitaire due par l'assuré social pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale ;**
- **conformément à l'article L. 160-13 III du Code de la sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du Code de la sécurité sociale, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 160-8 du Code de la sécurité sociale) ;**
- **conformément à l'article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale, la majoration de la participation supportée par l'assuré social lorsqu'il n'a pas désigné son médecin traitant ou lorsqu'il consulte un praticien en dehors du parcours de soins coordonnés.**

7.2 - Choix et changement de garantie

7.2.1 La gamme se compose de différentes formules :

- quatre formules [F1],[F2], [F3] et [F4] proposant différents niveaux de garanties croissants, constituées chacune de trois modules de garanties :
 - un module Hospitalisation-Maternité / Soins courants,
 - un module Optique / Dentaire,
 - un module Aides Auditives / Cure Thermale.

Le Membre participant a la possibilité de souscrire une formule préétablie. Il peut également composer sa propre formule à partir des niveaux de garanties des modules des quatre formules précitées. Dans ce cas, il doit obligatoirement choisir des modules dont les niveaux de garantie (limités à 3) sont consécutifs.

Les trois formules [F2], [F3] et [F4] composées de différents modules de la gamme offrent la possibilité au Membre participant de souscrire l' « option budget » afin de diminuer le montant de sa cotisation en renonçant à certaines garanties.

- des formules [F5], [Premium 1], [Premium 2], [Premium 3] et [Premium 4].

7.2.2 Toute modification substantielle des éléments de l'adhésion (composition de famille, garantie, etc.) fait l'objet d'un avenant au bulletin d'adhésion signé par le Membre participant.

Le changement de formule, de module ou d'option, peut intervenir après 12 mois de présence dans la garantie précédemment souscrite et engage le Membre participant et ses bénéficiaires pour les 12 mois suivants. La prise d'effet du changement intervient le 1^{er} janvier suivant la demande.

Le changement de garantie vers un niveau supérieur N+2 ou le passage de la formule / module 4 vers la formule 5 **implique, pour les prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale et les implants, le maintien des conditions de remboursement de l'ancien niveau de garantie pendant 12 mois**. Les conditions de remboursement de la nouvelle formule / module s'appliquent à partir du 13^e mois.

De plus, le passage de la formule / module 4 vers la formule 5 **implique également pendant 12 mois le remboursement des honoraires et actes techniques en milieu hospitalier sur la base de la formule / module 4**.

7.3 - Bénéficiaires

Sont bénéficiaires des prestations versées au titre des garanties frais de santé, sous réserve des justificatifs à apporter visés à l'article 2 et du versement de la cotisation correspondante :

- le Membre participant,
- son conjoint, son partenaire lié par un PACS ou concubin (même bénéficiant à titre personnel d'un régime obligatoire d'assurance maladie),
- ainsi que les enfants du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Membre participant, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leurs besoins et assure leur entretien, et satisfaisant à l'une des conditions suivantes :
 - être âgés de moins de 18 ans et être non salarié et avoir la qualité d'ayant droit au sens de la Sécurité sociale du Membre participant, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin,
 - être âgés de moins de 21 ans et être non salariés et bénéficier d'une immatriculation en propre en tant qu'assuré du régime de Sécurité sociale et reconnus à charge par l'administration fiscale du Membre participant. L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 20^e anniversaire,
 - être âgés de moins de 26 ans, et :
 - être à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi,
 - ou exercer une activité rémunérée leur procurant un revenu mensuel inférieur au RSA mensuel,
 - ou bénéficier d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation,
 - ou être non-salariés, reconnus à charge par l'administration fiscale ou non imposables et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé, sous réserve de fournir annuellement tout justificatif de leur situation,

L'âge de l'enfant est calculé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance. En conséquence, sous réserve de satisfaire aux conditions ci-dessus, l'enfant est considéré comme à charge jusqu'au 31 décembre de l'année de son 25^e anniversaire.

- quel que soit leur âge, sous réserve qu'ils soient atteints d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune

activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^e anniversaire.

- ainsi que les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Membre participant verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.

En tout état de cause, l'adhésion de l'enfant cesse au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il ne satisfait plus à la définition des enfants à charge.

La démission ou la radiation du Membre participant sera assimilée à une démission de l'ensemble des bénéficiaires.

7.4 Délais d'attente

Pendant les 6 premiers mois de l'adhésion :

- la prestation **Honoraires facturés par un médecin soumis à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, des formules / modules 3,4, 5 est limitée à 150 % de la Base de Remboursement, sauf si les soins résultent d'un accident. Elle est limitée à 130 % de la Base de Remboursement pour les honoraires facturés par un médecin non soumis à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.**

Pendant les 9 premiers mois de l'adhésion :

- la prestation « Allocation de naissance ou d'adoption » de l'ensemble des formules / modules, n'est pas versée.

Pendant les 12 premiers mois de l'adhésion :

- le forfait prévu pour les postes « Chirurgie réfractive » de l'ensemble des formules / modules, n'est pas versé.

Toutefois, les membres participants et/ou bénéficiaires qui peuvent justifier d'une affiliation antérieure à une couverture complémentaire santé équivalente à celle souscrite, dont la date de résiliation date de moins de 3 mois, bénéficieront des remboursements correspondant au niveau souscrit dès le premier jour de leur adhésion.

7.5 Définition - Prestations garanties

Les garanties souscrites sont annexées au présent règlement. Pour les produits et services pris en charge par l'assurance maladie, **les remboursements de la Mutuelle sont limités aux bases de remboursement de la Sécurité sociale Française, sous réserve de prise en charge par un régime légal et dans la limite des frais déclarés engagés, hors participation forfaitaire et franchise médicale.**

Les prises en charge de la Mutuelle sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement définis ci-dessus. **Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé spécialistes et généralistes hors parcours de soins sont réduits dans les mêmes conditions quel que soit le secteur conventionnel d'exercice.**

Lorsque ces mêmes professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et non soumis à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, la base de remboursement retenue pour le calcul de la prise en charge du dépassement d'honoraires pratiqué est celle du tarif d'autorité.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Les forfaits et plafonds de remboursement sont réglés par année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, **et dans la limite des frais réels engagés.**

En tout état de cause, le montant des prestations servies par la Mutuelle ne peut excéder les frais réellement engagés par le Membre participant, sous déduction des remboursements versés par la Sécurité sociale et tout autre organisme complémentaire (article 9, alinéa 1^{er} de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

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 (article 2 alinéa 1^{er} du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Dès lors que le remboursement de la Mutuelle est exprimé forfaitairement en euros, celui-ci s'entend par bénéficiaire.

En tout état de cause, après épuisement des forfaits, selon la formule/module choisie, la Mutuelle prend en charge à hauteur du Ticket Modérateur les garanties donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire de l'Assurance Maladie.

Certaines garanties, selon la formule / module choisie, présentent des dispositions particulières mentionnées ci-après.

Hospitalisation :

• **Honoraires** : honoraires médicaux et chirurgicaux, paramédicaux et actes de laboratoire factures par un médecin soumis ou non à un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

• **Forfait journalier hospitalier** : Le forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale est pris en charge sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

• **Frais d'hospitalisation**

- Frais de séjour (frais de structure et de soins) et fournitures divers (produits de la LPP facturables et spécialités pharmaceutiques). Pour tout séjour notamment en hôpital, clinique, sanatorium, maison de repos ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.

- Hospitalisation à domicile (HAD) prise en charge par la Sécurité sociale.

- Chambre Particulière : Selon la formule/module choisie, la Mutuelle peut prendre en charge la chambre particulière avec hébergement (comprenant au moins une nuit) ainsi que la chambre particulière en ambulatoire.

La prise en charge de la chambre particulière avec hébergement est versée dans la limite de 180 jours par année civile lors d'une hospitalisation médicale, chirurgicale ou obstétricale. Elle est limitée à 30 jours par année civile en psychiatrie, en séjour de convalescence et de rééducation.

Elle peut être prise en charge en l'absence d'hébergement, dans les mêmes conditions et limites.

- Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale : Les forfaits « frais d'accompagnement » sont versés, selon la formule / module souscrite, en cas d'hospitalisation :

- d'un adulte, bénéficiaire assuré au présent règlement dont l'accompagnant est nécessairement le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un PACS, assuré ou non au titre du règlement,
- ou d'un enfant, bénéficiaire assuré au présent règlement.

Ils prennent en charge l'hébergement (établissements ou maisons de parents), le transport de la personne accompagnante (frais calculés sur la base du barème

kilométrique de la Sécurité sociale), et la restauration. Les forfaits sont versés dans la double limite d'un plafond de dépenses par jour et de 10 jours par année civile.

• **Allocation Naissance ou adoption** : Selon la formule / module choisie, une allocation forfaitaire de naissance ou d'adoption est versée pour chaque naissance ou adoption. Cette allocation est multipliée par le nombre d'enfants nés ou adoptés en cas de naissance ou d'adoption multiple. Cette allocation est versée si l'enfant est inscrit dans les deux mois suivant sa naissance (ou son adoption) au titre de l'adhésion de l'un des parents, déjà adhérent au présent règlement au moment de la naissance ou de l'adoption.

Soins courants :

Pour l'ensemble des formules / modules, sont pris en charge les actes et soins effectués par des praticiens conventionnés ou non

• **Honoraires médicaux :**

- Consultation, visite d'un généraliste ou d'un spécialiste ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- Actes techniques médicaux réalisés par un médecin spécialiste ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

- Actes d'imagerie médicale réalisés par un médecin ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

• **Honoraires paramédicaux**

Consultations, actes techniques et prestations remboursés par la Sécurité sociale, réalisés par un auxiliaire médical ayant adhéré ou non à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) / l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique (OPTAM-CO).

• **Analyses et examens de laboratoire**

• **Matériel médical** (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives et optiques), montant forfaitaire par an et par bénéficiaire

Selon la formule / module choisie, la Mutuelle prend en charge l'orthopédie et les appareils médicaux, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale.

Selon la formule / module choisie, un forfait annuel complémentaire s'ajoute. Il est versé sur présentation d'une prescription médicale.

• **Médicaments remboursés par la Sécurité sociale**

• **Autres soins**

- Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale.

- Frais de transport sanitaire (ambulance, taxis conventionnés hors SMUR) remboursés par la Sécurité Sociale.

- Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds.

Optique :

• Sont pris en charge les « **Équipement Optique 100 % Santé** » (montures et/ou verres de classe A), à hauteur des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour ces équipements, tels que définis dans la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour des verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge à hauteur des prix limites de vente tels que définis dans la liste prévue à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

• Sont pris en charge les « **Équipement Optique autre que 100 % Santé** » (montures et/ou verres de classe B), dont le tarif est fixé librement par l'opticien.

Cette prise en charge doit respecter les minima et maxima mentionnés dans le tableau des garanties conformément à l'article R.871-2 3° du Code de la sécurité sociale.

Ces maxima s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

Les minima et maxima incluent la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire hors prestations annexes.

Les prestations dépendent du type de verre (verre simple complexe ou très complexe) définis par les codes LPP de la nomenclature de la Sécurité sociale,

Les prestations dépendent également du choix du professionnel de santé (opticien conventionné dans le réseau KALIXIA ou opticien non conventionné dans le réseau) et de la formule/module souscrite.

Des forfaits «monture enfant », «monture adulte », « verre adulte » et « verre enfant » sont versés, dans les conditions précisées ci-dessous, sur présentation de la facture acquittée et de la prescription médicale, sous réserve du remboursement par la Sécurité sociale.

Conditions de renouvellement :

Les équipements d'optique composés d'une monture et deux verres sont pris en charge à raison d'un équipement tous les deux ans par bénéficiaire. Toutefois, en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, le délai est réduit à un an. Pour les enfants de moins de 16 ans, le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an après le dernier remboursement d'un équipement.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans, le renouvellement de l'équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois après le dernier remboursement d'un équipement uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, le renouvellement de la prise en charge est possible sans délai pour l'acquisition de verres, pour les mineurs de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue et quel que soit l'âge, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières visées à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale.

Concernant cette périodicité selon le cas, il est précisé que :

- celle-ci est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement optique pris en charge par la Mutuelle ;
- en cas de demande de remboursement en deux temps, d'une part la monture et d'autre part les verres, la période pendant laquelle un équipement (verres + monture) peut être remboursé est identique (la période débute à la date de facturation du dernier élément de l'équipement).

Si l'assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de tout ou partie d'un équipement optique antérieurement au 1^{er} janvier 2020 alors le délai court à compter de la date de facturation du dernier équipement d'optique médical.

- **Lentilles correctives** prises en charge ou non par la Sécurité sociale : ce forfait est exprimé par année civile et par bénéficiaire. Selon le niveau de garantie choisi, un complément « Lentilles » s'ajoute dans les mêmes conditions de versement.
- **Chirurgie réfractive** : selon la formule / module choisie, un forfait est versé une seule fois par œil pendant toute la durée de l'adhésion, sur présentation de la facture acquittée. Il est versé en cas de chirurgie de la myopie, de l'astigmatisme, de l'hypermétropie et de la presbytie.

Dentaire :

• Soins et prothèses dentaires 100 % Santé :

Sont pris en charge les frais exposés par l'assuré pour les soins prothétiques dentaires en sus des tarifs de responsabilité à hauteur des honoraires limites de facturation, que les praticiens s'engagent à respecter, pour les actes définis par arrêté et mentionné au sein du tableau de garanties.

- **Les Soins Hors 100 % Santé** : Sont pris en charge les frais exposés par l'assuré pour d'autres soins dentaires en fonction de la formule/module retenue, selon les modalités détaillées dans le tableau de garanties figurant en annexe :

- soins, parodontologie et actes dentaires (soins, prophylaxie bucco-dentaire, endodontie) pris en charge par la Sécurité sociale,

- parodontologie non prise en charge par la Sécurité sociale. **Les frais de blanchiment et des facettes ne sont pas pris en charge par la Mutuelle au titre du présent règlement.**

- **Prothèses hors 100 % Santé remboursée par la Sécurité Sociale**

- inlays - onlays pris en charge par la Sécurité sociale,

- prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale : Couronnes, bridges et inter de bridges, couronnes sur implant, Prothèses dentaires amovibles (y compris transitoires), Réparations sur prothèses et inlay-core,

- **Implantologie**

implants non pris en charge par la Sécurité sociale. La Mutuelle verse un forfait par dent et dans la limite de 3 dents par année civile. **Le pilier sur implant n'est pas pris en charge au titre du présent règlement.**

- **Orthodontie**

- orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale,

- orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale : le remboursement de la Mutuelle est limité au versement d'un forfait par bénéficiaire dans la limite de deux fois pour toute la durée de son adhésion au présent règlement.

Selon la formule/module choisie, la Mutuelle verse un forfait par an et par bénéficiaire pour les garanties libellées ci-dessus, qui ne donneraient pas lieu à remboursement par la Sécurité sociale.

Pour l'ensemble des formules / modules, la prise en charge est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes soins dentaires et inlays / onlays). Ce plafond évolue la deuxième année, en fonction de l'ancienneté de l'adhésion et ce, dans la formule souscrite. Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur.

Aides auditives :

Jusqu'au 31 décembre 2020, les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les aides auditives de classe I et II . Selon la formule / module choisie, un forfait complémentaire pour les « Prothèses auditives » s'ajoute dans la limite d'un forfait tous les 4 ans par bénéficiaire.

À compter du 1^{er} janvier 2021, les aides auditives 100 % santé : sont pris en charge. les Frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les aides auditives classe I telles que visées à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale, dans la limite des prix limites de vente en application de l'article L.165-3 du Code de la sécurité sociale, que les audioprothésistes s'engagent à respecter

À compter du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge des frais exposés par l'assuré pour l'acquisition d'une aide auditive autre que 100 % Santé (de classe II) dans la limite du montant fixé par l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale par aide auditive.

Le plafond inclut la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire hors prestations annexes tels que les consommables, piles et accessoires.

Conditions de renouvellement à compter du 1^{er} janvier 2021 :

La prise en charge d'appareil auditif, 100 % santé ou Hors 100 % santé est limitée à une aide auditive par oreille par période de 4 ans suivant la date de facturation de cet appareil. Si l'assuré a bénéficié d'une prise en charge au titre de l'aide auditive antérieurement au 1^{er} janvier 2021, alors le délai court à compter de la date de facturation du dernier appareil.

Cure thermale acceptée par la Sécurité sociale :

Les honoraires de surveillance, les frais de thermes, l'hébergement et les frais de transport donnant lieu à intervention de la Sécurité sociale sont pris en charge à hauteur du ticket modérateur dans la limite des frais réellement engagés.

Les frais de transport sont calculés sur la base du barème Kilométrique fixe par la Sécurité sociale.

Les frais d'hébergement sont remboursés dans la limite des frais engagés.

Selon la formule/module choisie, la Mutuelle verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement.

La Mutuelle prend en charge, dans la limite des frais engagés et sur présentation d'une facture ou d'un contrat de location, les frais d'hébergement de type camping, hôtel, logement meublé en location temporaire, maison d'hôte, gîte. En cas de réservation par Internet (Airbnb, Abritel, de particulier à particulier...), une copie du bon de réservation est à présenter.

Cependant, le remboursement des frais correspondants ne pourra s'opérer qu'à compter du 1^{er} jour d'entrée dans les lieux du logement.

La Mutuelle ne prend pas en charge les frais de logement résultant d'un hébergement en résidence principale ou secondaire du membre participant ou de l'un de ses ayants droit ainsi que les frais d'hébergement dans le cadre d'un hébergement familial ou amical.

Prévention :

• **Médecine Alternative :** Selon la formule / module choisie, sont prises en charge partiellement des pratiques médicales non reconnues par la Sécurité sociale. Cette prise en charge concerne exclusivement les actes pratiques par les diététiciens, les podologues et pédicures, les psychologues et les psychothérapeutes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les homéopathes et les acupuncteurs.

Le praticien doit être titulaire d'un diplôme reconnu pour cette spécialité et inscrit à ce titre, au répertoire Adeli.

Un forfait est versé par séance, sur présentation de la facture détaillée. Le nombre de séances et le montant pris en charge chaque année varient selon la garantie souscrite.

• **Actes de prévention au titre du contrat responsable :** La Mutuelle prend en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur, les actes de prévention au titre de chaque poste de garanties concernés par ces actes,

• **Soins divers :** Selon la formule / module choisie, la Mutuelle verse un forfait annuel dans la limite des frais engagés pour :

- l'examen de mesure de densité osseuse,
- les substituts tabagiques (médicaments d'aide à l'arrêt du tabac recommandés par la Haute Autorité de Santé, à l'exclusion de la cigarette électronique),
- la contraception féminine et masculine,
- la pharmacie prescrite mais non remboursée par la Sécurité sociale.

• **Vaccination non remboursée :** selon la formule / module choisie, la Mutuelle verse un forfait annuel par bénéficiaire dans la limite des frais engagés, notamment pour les vaccins antigrippe et les vaccinations internationales.

7.6 Soins engagés hors de France

Les garanties sont étendues aux actes et frais de santé engagés à l'étranger, dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention bilatérale avec la France, dans la mesure où le régime obligatoire d'assurance maladie français les prend en charge.

La Mutuelle intervient en complément des bases de remboursement de la Sécurité sociale française éventuellement reconstituées et selon les garanties prévues au présent règlement, sous réserve de recevoir le décompte original de la Sécurité sociale française et les factures détaillées des soins, éventuellement traduites.

7.7 Tiers payant Généralisé

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et de ses textes réglementaires d'application, la Mutuelle met à la disposition du Membre participant et ses bénéficiaires un service de dispense d'avance de frais de santé (tiers payant) sur l'ensemble des garanties prévues au contrat faisant l'objet d'un tarif de responsabilité.

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé est conditionnée à l'acceptation de ce dernier. Sauf mention particulière sur la carte de tiers payant, la dispense d'avance de frais est limitée au tarif de responsabilité.

Le Membre participant et ses bénéficiaires doivent donc régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du professionnel de santé.

Le Membre participant et ses bénéficiaires qui n'utilisent pas leur carte de tiers payant ou se voient refuser ce service par le professionnel de santé doivent demander une facture auprès du professionnel de santé afin d'être remboursés par la Mutuelle.

7.8 Assistance et Téléconsultation

Les prestations d'assistance et de téléconsultation, décrites dans les Conditions Générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTÉ A DOMICILE » et Référencée « Convention n°753734 » annexées au présent règlement sont incluses dans les garanties souscrites par le membre participant. Elles sont assurées par AUXIA Assistance.

ARTICLE 8 - FONDS SOCIAL

Le Membre participant peut demander un secours exceptionnel à la Mutuelle. Ces secours sont accordés dans la limite d'un budget fixé chaque année par l'Assemblée Générale.

La demande sera adressée au président de la Mutuelle et devra préciser, par écrit, l'objet et le montant de la prise en charge sollicitée. Tous autres documents utiles pourront être demandés pour compléter l'examen du dossier.

TITRE III - COTISATIONS

ARTICLE 9 - MONTANT DES COTISATIONS

Les cotisations sont forfaitaires, exprimées en euros et individuelles, par bénéficiaire.

Elles sont établies pour chaque bénéficiaire en fonction :

- des garanties souscrites,

- du département de résidence du Membre participant (pour les membres participants résidant hors de France métropolitaine, le département de la caisse de Sécurité sociale de rattachement sera retenu),
- du régime obligatoire d'assurance maladie,
- de l'ancienneté de l'adhésion,
- de l'âge, c'est-à-dire qu'il y a changement de cotisation au 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle intervient le changement d'âge du bénéficiaire. L'âge se calcule en faisant la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

La cotisation « Enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre du 18^e anniversaire. Au-delà de cette date, les enfants payent une cotisation en fonction de leur âge.

Toutefois, pour les formules « Premium », la cotisation « Enfant » s'applique jusqu'à l'âge limite de la définition des enfants à charge prévue à l'article 7.3 du présent règlement.

La cotisation « Enfant » est gratuite à compter du 3^e enfant affilié, tant qu'il répond à la définition d'enfant à charge précitée.

La cotisation des nouveau-nés, dont l'un des parents est adhérent au présent règlement à la naissance, est offerte durant les trois premiers mois de leur adhésion, sous réserve de satisfaire aux conditions suivantes :

- la demande d'adhésion doit intervenir dans les 2 mois suivant leur naissance ;
- et l'adhésion doit prendre effet au jour de leur naissance.

ARTICLE 10 - PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables d'avance selon les modalités et la périodicité fixées sur le bulletin d'adhésion. Elles sont payées mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance par prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

La Mutuelle accepte également que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées annuellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois de l'année civile. Le Membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Si la date d'adhésion du Membre participant ne coïncide pas avec le 1^{er} jour du mois en cours, les cotisations sont calculées au prorata du nombre de jours restant à courir jusqu'à la fin du mois.

ARTICLE 11 - DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, l'adhésion du Membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception ou par recommandé électronique adressée par la Mutuelle au Membre participant.

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

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa. L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la

cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement (article L. 221-7 du Code de la mutualité).

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du Membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés, évalués forfaitairement à 15 %.

ARTICLE 12 - RÉVISION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction des résultats du règlement Radiance Humanis Santé.

Elles sont modifiées chaque 1^{er} janvier, conformément à l'article 9 du présent règlement, en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Les cotisations et/ou les garanties peuvent également être modifiées à tout moment par la Mutuelle en fonction notamment de l'évolution de la réglementation relative à la protection sociale dont celle relative à la Sécurité sociale, suite, par exemple, à des mesures de désengagement ou des modifications des bases de remboursement, et à celle relative à la fiscalité.

En tout état de cause, la Mutuelle exclut l'application de l'article 1195 du code civil dans sa rédaction issue de l'ordonnance N° 2016-131 du 10 février 2016 et applique exclusivement les dispositions figurant ci-avant.

TITRE IV - VERSEMENT DE LA PRESTATION

ARTICLE 13 - CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

13.1 Paiement des cotisations

Pour que le Membre participant puisse bénéficier des prestations, celui-ci doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre de son adhésion au règlement Radiance Humanis Santé.

13.2 Demandes de prestations

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations du règlement Radiance Humanis Santé, de fournir à la Mutuelle les déclarations et pièces justificatives listées dans l'annexe au présent règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de demander au Membre participant ou bénéficiaire toute autre pièce justificative et notamment celle établissant la qualité et/ou le statut du professionnel de santé dont les actes ou soins sont à l'origine de la demande de prestations (inscription sur des registres nationaux, N° d'inscription Adeli etc.).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

13.3 Justificatifs et contrôles

Afin d'assurer la protection de ses données personnelles de santé, le Bénéficiaire a la possibilité d'adresser par voie postale tout document comportant ce type de données, sous pli cacheté portant la mention « Confidential », à l'attention du Médecin-conseil - Centre de Service Prestations Santé dont l'adresse figure sur sa carte de tiers payant.

Le service médical de la Mutuelle peut faire procéder par un médecin, un chirurgien-dentiste ou tout autre professionnel de santé désigné par lui, au contrôle médical du Bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre du contrat.

La charge des honoraires des professionnels de santé missionnés par le service médical est supportée par la Mutuelle ou, en cas de fraude avérée, par le bénéficiaire.

Outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, le service médical de la Mutuelle se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires permettant une juste appréciation de la situation du Membre participant. La Mutuelle peut également demander tout renseignement ou pièce permettant d'établir la réalité du paiement des dépenses engagées (notamment documents comptables et bancaires) ou la réalité des prestations elles-mêmes. Ces pièces peuvent être demandées avant ou après paiement des prestations, y compris après résiliation du contrat.

Pour ouvrir droit à prise en charge, les actes ou soins doivent être effectués par des praticiens habilités, diplômés d'État et inscrits sur des registres nationaux.

En cas de refus de se soumettre au contrôle médical ou à défaut de fournir les justificatifs demandés, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge.

• Garantie frais de santé

Les demandes de prestations frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date du décompte de Sécurité sociale (ou des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale).

TITRE V - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 14 - RECOURS SUBROGATOIRE

En cas de maladie ou d'accident imputable à un tiers, la victime ou ses ayants droit donnent de plein droit subrogation à la Mutuelle dans leur action contre le tiers responsable, dans la limite toutefois du montant des prestations versées. La Mutuelle se réserve la possibilité de leur demander une quittance subrogatoire.

Cette action en recours s'exerce dans la limite des dispositions de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985.

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, les délais ne courent qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription de droit commun que sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à 2243 de ce même code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à 2246 de ce même code.

La prescription est également interrompue 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 ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par la Mutuelle au Membre participant en vue d'obtenir le paiement de cotisations,
- de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception par le Membre participant ou ses ayants droit à la Mutuelle en vue d'obtenir le règlement d'une prestation.

ARTICLE 16 - ADHÉSION AU RÈGLEMENT À DISTANCE - INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

16.1 - Adhésion au règlement par procédé dématérialisé

La Mutuelle propose également l'adhésion au règlement de façon dématérialisée.

À cet effet, le Membre participant devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle.

Des moyens de sécurité sont mis en place pour garantir la confidentialité des données (cryptage, conditions d'accès sécurisées). Pour vérifier que ces moyens sont opérationnels, la mention « https » apparaît dans la barre d'adresse du navigateur ainsi qu'un cadenas en icône.

Après avoir recueilli les exigences et besoins formulés par le Membre participant, la Mutuelle envoie à ce dernier par courrier électronique, le bulletin d'adhésion, ainsi que les dispositions contractuelles applicables.

Une phase d'adhésion dématérialisée lui est alors proposée. Dans ce cadre et afin de lui permettre de signer électroniquement les documents relatifs à son contrat, le Membre participant devra télécharger au préalable sa carte d'identité en cours de validité.

À l'issue de cette phase, le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA sont signés électroniquement.

La signature électronique du Membre participant emporte acceptation de sa part de l'ensemble des caractéristiques de l'adhésion et autorise la Mutuelle à prélever les cotisations directement sur son compte bancaire.

Le bulletin d'adhésion signé ainsi que l'ensemble des documents contractuels précités sont envoyés au Membre participant par courrier électronique.

L'adhésion prendra effet conformément aux modalités définies à l'article 3 du présent document et sera confirmée par l'envoi du certificat d'adhésion à l'adresse postale du Membre participant.

L'adhésion est archivée dans des conditions de nature à garantir sa sécurité et son intégrité dans le temps.

16.2 Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

L'adhésion au présent règlement par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le Membre participant, dont le coût est supporté par ses soins.

16.3 Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde la Mutuelle pour établir les relations précontractuelles avec le Membre participant, ainsi que celle applicable au présent règlement notamment pour son interprétation ou son exécution.

Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

16.4 Langue utilisée

La Mutuelle et le Membre participant conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion du Membre participant au présent règlement.

16.5 Fonds de garantie

Le Membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance des Mutuelles et unions de Mutuelles relevant du livre II du Code de la mutualité, fonds visé aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 17 - DEMANDES D'INFORMATION-RÉCLAMATION-MÉDIATION

Pour toute demande d'informations concernant l'application du présent règlement, le Membre participant peut contacter le Centre de Gestion, dont les coordonnées postales et téléphoniques (appel non surtaxé) figurent sur la lettre de confirmation de son adhésion.

Pour toute réclamation concernant l'application du contrat, le Membre participant peut contacter Radiance Mutuelle à l'adresse suivante, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice :

Radiance Mutuelle
Service Réclamations
55 allée Albert Sylvestre
73026 Chambéry cedex
Tél. (appel non surtaxé) : 09 69 36 40 00

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle adresse au membre participant un courrier

précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Après épuisement des voies de recours internes et si le désaccord persiste après la réponse fournie le Membre participant, ses ayants droit ou la Mutuelle peuvent avoir recours, sur simple demande écrite, au médiateur de la mutualité française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le dossier, constitué des documents et éléments indispensables à l'examen de la prétention, est à transmettre à l'adresse suivante :

**Monsieur le Médiateur de la consommation
auprès de la FNMF**
255 rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
mediateur-mutualite.fr

Le règlement de la médiation de la mutualité française est communiqué sur simple demande.

La saisine du médiateur de la mutualité française interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation devront être informées.

L'avis du médiateur ne préjuge pas du droit du Membre participant ou de l'ayant droit d'intenter une action en justice.

ARTICLE 18 - CONTRÔLE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 9.

ARTICLE 19 - DISPOSITIONS DIVERSES

19.1 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle :

- le présent règlement et ses annexes,
- le bulletin d'adhésion dûment complété et signé par le Membre participant,
- le certificat d'adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles du certificat d'adhésion, ce sont celles du certificat d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement. Toute modification du présent règlement sera notifiée au Membre participant.

19.2 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n° 2016/679 du 27 avril 2016, les informations que le membre participant communique sont traitées par l'organisme assureur, responsable de traitement, ou l'organisme gestionnaire par délégation.

Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance.

En cas de conclusion d'un contrat, les données du membre participant sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ses données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant de votre part (demande de renseignements ou de documentation, par exemple).

Le membre participant peut demander l'accès, la rectification, l'effacement de ses données et décider du sort de celle-ci, post Mortem. Il dispose également du droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont

il fait l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi.

Le membre participant dispose enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée. Ces droits peuvent être exercés en justifiant de son identité en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO) du groupe Malakoff Humanis par email à dpo@malakoff-humanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis - Pôle Informatique et Libertés - 21 rue Laffitte - 75317 Paris cedex 9. Pour en savoir plus, vous pouvez consulter notre politique de protection des données à caractère personnel accessible sur notre site internet.

En cas de réclamation relative à la protection des données, le membre participant peut saisir directement la CNIL à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07.

19.3 Prospection commerciale par voie téléphonique

En respect des articles L223-1 à L223-7 du Code de la consommation, le membre participant qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique peut s'inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « Bloctel », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer : Société Opposetel, service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

Toutefois, tant que le présent contrat est en cours, et sous réserve qu'il n'ait pas été apporté par un intermédiaire en assurance, cette inscription n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le membre participant si ce dernier ne s'est pas opposé auprès de la Mutuelle, à l'adresse mentionnée à l'article 19.2, à l'utilisation de ses coordonnées téléphoniques à des fins de prospection commerciale, en application des dispositions légales en vigueur en matière de protection des données personnelles.

Annexes au règlement mutualiste Radiance Humanis Santé

Tableau récapitulatif des pièces à joindre aux demandes de prestations

BÉNÉFICIAIRE NOÉMIE	
Dépassements d'honoraires en cas d'hospitalisation	Facture acquittée précisant la date de l'intervention et la base de la Sécurité sociale
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation	Factures acquittées d'hébergement et de restauration Attestation sur l'honneur ou récapitulatif des frais de transport
Chambre particulière	Facture acquittée
Verres et monture	Facture acquittée + Prescription médicale En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue : - soit la nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction, - soit la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction, - et la prescription médicale de l'équipement précédent ou document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.
Forfait lentilles correctives	Prescription médicale + facture acquittée
Chirurgie réfractive	Facture acquittée nominative
Couronne dentaire provisoire	Facture acquittée nominative
Parodontologie	Facture acquittée nominative
Implantologie	Facture acquittée nominative
Orthodontie non prise en charge	Facture acquittée précisant la date des soins
Appareillage	Facture acquittée nominative
Forfait naissance	Extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille
Forfait adoption	Certificat définitif d'adoption
Frais d'hébergement et de transport cure thermale	Attestation ou facture de la cure thermale mentionnant les dates de séjour + justificatifs de transport et d'hébergement
Médecine alternative	Justificatif sur papier entête ou tampon (précisant le numéro ADELI ou le numéro d'immatriculation FINESS, les dates et le nombre des séances effectuées)
Traitement anti tabac	Facture acquittée nominative
Examen de mesure de la densité osseuse	Facture acquittée nominative
Vaccins non remboursés	Facture acquittée nominative
Contraception	Facture acquittée nominative
Pharmacie prescrite et non remboursée	Prescription médicale + Facture acquittée nominative

NON BÉNÉFICIAIRE NOÉMIE	
Pour les soins pris en charge par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale + Justificatifs ci-dessus

Pour tout acte ou frais non pris en charge par la Sécurité sociale : facture originale acquittée

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative pour tenir compte, notamment, des spécificités des garanties souscrites.

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES MODULAIRES							F5
	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F4 Budget	F4	F5
HOSPITALISATION - MATERNITE / SOINS COURANTS								
HOSPITALISATION ⁽¹⁾								
Honoraires ⁽²⁾								
Praticiens et auxiliaires médicaux adhérents OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Praticiens et auxiliaires médicaux non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	130 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier								
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais d'hospitalisation								
Frais de séjour ⁽⁵⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre Particulière par nuitée et par bénéficiaire ⁽⁶⁾	-	-	50 €	-	70 €	-	90 €	110 €
Chambre particulière en ambulatoire par hospitalisation et par bénéficiaire	-	-	20 €	-	20 €	-	20 €	20 €
Frais d'accompagnement ⁽⁷⁾	-	-	20 €	-	20 €	-	30 €	30 €
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxis conventionnés hors SMUR ⁽⁸⁾) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Naissance - Adoption								
Allocation de naissance ou d'adoption, par enfant ⁽⁹⁾	-	-	100 €	-	200 €	-	300 €	400 €
SOINS COURANTS								
Honoraires médicaux								
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un généraliste adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un généraliste non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR	200 % BR
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un spécialiste adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un spécialiste non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	130 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR
Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	130 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux								
Consultations, actes techniques et prestations réalisées par un auxiliaire médical remboursés par la Sécurité sociale - adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Consultations, actes techniques et prestations réalisées par un auxiliaire médical remboursés par la Sécurité sociale - non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	130 % BR	130 % BR	180 % BR	180 % BR	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire								
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Matériel médical								
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives et optiques), montant forfaitaire par an et par bénéficiaire	100 % BR	150 % BR	150 % BR + 50 €	200 % BR	200 % BR + 75 €	250 % BR	250 % BR + 100 €	300 % BR + 125 €
Médicaments								
Médicaments remboursés à 65 et 30 % par la Sécurité Sociale ⁽¹⁰⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité Sociale ⁽¹⁰⁾	80 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES MODULAIRES							F5
	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F4 Budget	F4	F5
Autres soins								
Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale (à compter d'octobre 2019)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxis conventionnés hors SMUR ⁽⁸⁾) remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
DENTAIRE / OPTIQUE								
DENTAIRE								
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé⁽¹¹⁾								
Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹¹⁾ À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins hors 100 % Santé⁽¹¹⁾								
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale, par bénéficiaire	-	-	50 €	-	100 €	-	200 €	300 €
Prothèses hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ remboursées par la Sécurité Sociale								
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale *	100 % BR	200 % BR	200 % BR	280 % BR	280 % BR	360 % BR	360 % BR	440 % BR
Inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	125 % BR	125 % BR	150 % BR	150 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	200 % BR	200 % BR	250 % BR	250 % BR	300 % BR	300 % BR	350 % BR
Implantologie								
Implant, maximum 3 implants par année civile	-	-	-	-	200 €/dent	-	400 €/dent	600 €/dent
Orthodontie								
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR	400 % BR	400 % BR	500 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale : montant versé par bénéficiaire avec un maximum de 2 versements par bénéficiaire durant toute la vie de l'adhésion	-	-	-	-	600 €	-	1200 €	1800 €
Plafond dentaire								
La prise en charge en dentaire est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes soins dentaires et inlays / onlays). Ce plafond évolue la deuxième année, en fonction de l'ancienneté de l'adhésion et ce, dans la formule souscrite. Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur.	-	Année 1 : 600 € Suivantes 1000 €	Année 1 : 600 € Suivantes 1000 €	Année 1 : 1000 € Suivantes 1400 €	Année 1 : 1000 € Suivantes 1400 €	Année 1 : 1400 € Suivantes 1800 €	Année 1 : 1400 € Suivantes 1800 €	Année 1 : 1800 € Suivantes 2200 €
OPTIQUE⁽¹²⁾								
Renouvellement par équipement tous les 2 ans à compter du 16^e anniversaire, monture plus deux verres (hors situation médicale particulière pour les verres)								
Équipement 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe A) : 1 monture + 2 verres⁽¹⁴⁾								
Par monture de lunettes (PLV max 30 €)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Par Verre (simple, complexe et très complexe)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Équipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) adulte ou enfant à compter de son 16^e anniversaire, dans le réseau KALIXIA⁽¹³⁾ avec tarifs négociés et reste à charge minoré : 1 monture + 2 verres⁽¹¹⁾								
Par monture de lunettes	100 % BR	50 €	80 €	70 €	100 €	90 €	100 €	100 €
Par Verre simple	100 % BR	55 €	55 €	90 €	90 €	110 €	110 €	130 €
Par Verre complexe	100 % BR	95 €	95 €	190 €	190 €	210 €	210 €	230 €
Par Verre très complexe	100 % BR	95 €	95 €	210 €	210 €	230 €	230 €	250 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES MODULAIRES							F5
	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F4 Budget	F4	F5
Equipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) adulte ou enfant à compter de son 16^e anniversaire, hors réseau KALIXIA⁽¹³⁾ : 1 monture + 2 verres⁽¹⁴⁾								
Par monture de lunettes	100 % BR	50 €	80 €	70 €	100 €	90 €	100 €	100 €
Par Verre simple	100 % BR	45 €	45 €	80 €	80 €	100 €	100 €	120 €
Par Verre complexe	100 % BR	85 €	85 €	180 €	180 €	200 €	200 €	220 €
Par Verre très complexe	100 % BR	85 €	85 €	200 €	200 €	220 €	220 €	240 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Equipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) enfant jusqu'à 15 ans révolus, dans le réseau KALIXIA⁽¹³⁾ avec tarifs négociés et reste à charge minoré : 1 monture + 2 verres⁽¹⁴⁾								
Par monture de lunettes	100 % BR	30 €	60 €	55 €	95 €	80 €	100 €	100 €
Par Verre simple de Classe B	100 % BR	55 €	55 €	80 €	80 €	100 €	100 €	120 €
Par Verre complexe de Classe B	100 % BR	95 €	95 €	140 €	140 €	160 €	160 €	180 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Equipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) enfant jusqu'à 15 ans révolus, hors réseau KALIXIA⁽¹³⁾ : 1 monture + 2 verres (14)								
Par monture de lunettes de Classe B	100 % BR	30 €	60 €	55 €	95 €	80 €	100 €	100 €
Par Verre simple de Classe B	100 % BR	45 €	45 €	70 €	70 €	85 €	85 €	100 €
Par Verre complexe de Classe B	100 % BR	85 €	85 €	130 €	130 €	145 €	145 €	160 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles⁽¹⁵⁾								
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (montant par an et par bénéficiaire)	100 % BR	100 % BR + 100 €	100 % BR + 150 €	100 % BR + 130 €	100 % BR + 195 €	100 % BR + 160 €	100 % BR + 240 €	100 % BR + 285 €
Lentilles prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (montant par an et par bénéficiaire)	-	100 €	150 €	130 €	195 €	160 €	240 €	285 €
Chirurgie optique⁽⁹⁾								
Chirurgie réfractive : montant par œil et par bénéficiaire, défini pour toute l'adhésion	-	-	-	-	500 €/ œil	-	600 €/ œil	700 €/ œil
AIDES AUDITIVES / CURE THERMALE								
AIDES AUDITIVES (renouvellement tous les 4 ans, à compter du 01/01/2021)								
Aides auditives - Jusqu'au 31/12/2020								
Aides auditives de Classe I ou II	100 % BR	150 % BR	150 % BR + 100 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire	200 % BR	200 % BR + 200 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire	250 % BR	250 % BR + 300 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire	300 % BR + 400 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire
Aides auditives - par oreille - Renouvellement par appareil tous les 4 ans - À compter du 01/01/2021								
Equipements 100 % Santé ⁽¹¹⁾ : Aide auditive de Classe I	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Equipements hors 100 % Santé ⁽¹¹⁾ dans la limite de 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) : Aide auditive de Classe II, bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité**	100 % BR	105 % BR	105 % BR	110 % BR	110 % BR	115 % BR	115 % BR	120 % BR
Equipement hors 100 % Santé ⁽¹¹⁾ dans la limite de 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) : Aide auditive de Classe II, bénéficiaire à compter de son 21 ^e anniversaire	100 % BR	150 % BR	175 % BR	200 % BR	250 % BR	250 % BR	325 % BR	400 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
CURE THERMALE								
Cure thermique remboursée par la Sécurité sociale								
Honoraires et soins	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport et hébergement (par an et par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés)	-	-	100 % BR + 100 €	-	100 % BR + 200 €	-	100 % BR + 400 €	100 % BR + 600 €

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES MODULAIRES							F5
	F1	F2 Budget	F2	F3 Budget	F3	F4 Budget	F4	F5
PREVENTION								
Prévention non remboursée par la Sécurité sociale								
Médecine alternative (par an et par bénéficiaire) : Diététicien Pédicure, Podologue Psychologue, Psychothérapeute, Ostéopathe, Chiropracteur, Homéopathe et Acupuncteur	-	-	30 €/ séance, max 2 séances/ an	-	35 €/ séance, max 3 séances/ an	-	40 €/ séance, max 3 séances/ an	50 €/ séance, max 3 séances/ an
Examen de la mesure de densité osseuse Substituts tabagiques Contraception Pharmacie prescrite non remboursée (Prise en charge globale, par an et par bénéficiaire)	-	-	30 €	-	60 €	-	90 €	120 €
Vaccination non remboursée, par an et par bénéficiaire	-	-	20 €	-	40 €	-	60 €	80 €
SERVICES D'ASSISTANCE ET TELECONSULTATION MEDICALE	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Le membre participant et ses ayants droit assurés bénéficient du service de tiers payant mentionné sur la carte de tiers payant et, sur présentation de cette dernière, des tarifs, honoraires et services négociés auprès des professionnels de santé partenaires des réseaux de soins KALIXIA proposés par la Mutuelle.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **FR** : Frais Réels. **PLV** : Prix Limite de Vente

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, convalescence et rééducation, hors chirurgie esthétique. Etablissements conventionnés et non conventionnés.
 - (2) Honoraires limités à 150 % pour les adhérents OPTAM/OPTAM-CO et à 130 % pour les non-adhérents OPTAM/OPTAM-CO durant les 6 premiers mois d'adhésion au contrat sauf en cas d'accident.
 - (3) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.
 - (4) Sans limitation de durée. Forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux non pris en charge;
 - (5) Y compris séjours en maisons de repos, convalescence et rééducation, à l'exclusion des frais relatifs au placement en long-séjour.
 - (6) Limité à 180 jours pour l'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale et à 30 jours pour l'hospitalisation en psychiatrie, convalescence et rééducation.
 - (7) Limité à 10 jours et au plafond de dépenses par jour. Applicable pour un seul accompagnant. Le bénéficiaire de la prestation est le bénéficiaire hospitalisé.
 - (8) **SMUR** : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
 - (9) Certaines prestations hors celles prises en charge par la Sécurité sociale et par la Mutuelle dans le cadre du cahier des charges du contrat responsable peuvent être soumises à un délai d'attente dans les conditions telles que définies au règlement Mutualiste RM/MUT/RHS2/06.2015.
 - (10) Les taux de remboursement exprimés correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale
 - (11) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.
 - (12) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé des verres ou pour les enfants jusqu'à 15 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 5 ans révolus en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.
 - (13) Dans le cadre du RÉSEAU OPTIQUE KALIXIA, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale. Les prestations dans et hors réseau ne sont pas cumulatives.
 - (14) Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature de la Sécurité sociale.
 - (15) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. La prise en charge est versée pour l'une ou l'autre des prestations.
- * Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat.
- ** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} après correction.

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES PREMIUM			
	P1	P2	P3	P4
HOSPITALISATION - MATERNITE / SOINS COURANTS				
HOSPITALISATION⁽¹⁾				
Honoraires⁽²⁾				
Praticiens et auxiliaires médicaux adhérents OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	200 % BR	200 % BR	300 % BR	300 % BR
Praticiens et auxiliaires médicaux non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	180 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier				
Forfait journalier hospitalier ⁽⁴⁾	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais d'hospitalisation				
Frais de séjour ⁽⁵⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Chambre Particulière par nuitée et par bénéficiaire ⁽⁶⁾	70 €	70 €	90 €	90 €
Chambre particulière en ambulatoire par hospitalisation et par bénéficiaire	20 €	20 €	20 €	20 €
Frais d'accompagnement ⁽⁷⁾	20 €	20 €	30 €	30 €
Participation forfaitaire sur les actes lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxis conventionnés hors SMUR ⁽⁸⁾) remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Naissance - Adoption				
Allocation de naissance ou d'adoption, par enfant ⁽⁹⁾	-	-	-	-
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un généraliste adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un généraliste non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un spécialiste adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Consultation/visite/téléconsultation en ligne, chez un spécialiste non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	150 % BR	200 % BR	300 % BR
Actes techniques médicaux réalisés par un professionnel non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	130 % BR	180 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale réalisés par un professionnel non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Honoraires paramédicaux				
Consultations, actes techniques et prestations réalisées par un auxiliaire médical remboursés par la Sécurité sociale - adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Consultations, actes techniques et prestations réalisées par un auxiliaire médical remboursés par la Sécurité sociale - non-adhérent OPTAM/OPTAM-CO ⁽³⁾	100 % BR	100 % BR	130 % BR	180 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	125 % BR	150 % BR	200 % BR
Matériel médical				
Matériel médical (appareillage et prothèses médicales hors aides auditives et optiques), montant forfaitaire par an et par bénéficiaire	100% BR	100% BR	150% BR + 50 €	200% BR + 75 €
Médicaments				
Médicaments remboursés à 65 et 30 % par la Sécurité Sociale ⁽¹⁰⁾	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15 % par la Sécurité Sociale ⁽¹⁰⁾	80% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Autres soins				
Honoraires de dispensation du pharmacien, y compris vaccination antigrippale (à compter d'octobre 2019)	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Frais de transport sanitaire (ambulance, taxis conventionnés hors SMUR ⁽⁸⁾) remboursés par la Sécurité Sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes médicaux lourds	100 % FR	100 % FR	100 % FR	100 % FR

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES PREMIUM			
	P1	P2	P3	P4
DENTAIRE / OPTIQUE				
DENTAIRE				
Soins et prothèses dentaires 100 % Santé⁽¹¹⁾				
Soins et prothèses dentaires 100% Santé ⁽¹¹⁾ À compter du 01/01/2020 pour les couronnes et bridges et dès le 01/01/2021 pour les prothèses amovibles	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Soins hors 100 % Santé⁽¹¹⁾				
Soins et actes dentaires remboursés par la Sécurité sociale : soins dentaires, actes d'endodontie, actes de prophylaxie bucco-dentaire, parodontologie	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Parodontologie non remboursée par la Sécurité Sociale , par bénéficiaire	-	-	50 €	100 €
Prothèses hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ remboursées par la Sécurité Sociale				
Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale *	100 % BR	100 % BR	200 % BR	280 % BR
Inlay-cores remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	125 % BR	150 % BR
Inlays-onlays remboursés par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	200 % BR	250 % BR
Implantologie				
Implant, maximum 3 implants par année civile	-	-	-	200 €/dent
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale : montant versé par bénéficiaire avec un maximum de 2 versements par bénéficiaire durant toute la vie de l'adhésion	-	-	-	600 €
Plafond dentaire				
La prise en charge en dentaire est limitée à un plafond annuel (sauf pour les postes soins dentaires et inlays / onlays). Ce plafond évolue la deuxième année, en fonction de l'ancienneté de l'adhésion et ce, dans la formule souscrite. Une fois le plafond atteint, la Mutuelle prend en charge les actes remboursés par la Sécurité sociale à hauteur du ticket modérateur.	-	-	Année 1 : 600 € Suivantes 1000 €	Année 1 : 1000 € Suivantes 1400 €
OPTIQUE⁽¹²⁾				
Renouvellement par équipement tous les 2 ans à compter du 16^e anniversaire, monture plus deux verres (hors situation médicale particulière pour les verres)				
Équipement 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe A) : 1 monture + 2 verres⁽¹⁴⁾				
Par monture de lunettes (PLV max 30 €)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Par Verre (simple, complexe et très complexe)	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer	Sans reste à payer
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Équipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) adulte ou enfant à compter de son 16^e anniversaire, dans le réseau KALIXIA⁽¹³⁾ avec tarifs négociés et reste à charge minoré : 1 monture + 2 verres⁽¹¹⁾				
Par monture de lunettes	100 % BR	80 €	100 €	100 €
Par Verre simple	100 % BR	55 €	90 €	110 €
Par Verre complexe	100 % BR	95 €	190 €	210 €
Par Verre très complexe	100 % BR	95 €	210 €	230 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Équipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) adulte ou enfant à compter de son 16^e anniversaire, hors réseau KALIXIA⁽¹³⁾ : 1 monture + 2 verres⁽¹⁴⁾				
Par monture de lunettes	100 % BR	80 €	100 €	100 €
Par Verre simple	100 % BR	45 €	80 €	100 €
Par Verre complexe	100 % BR	85 €	180 €	200 €
Par Verre très complexe	100 % BR	85 €	200 €	220 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES PREMIUM			
	P1	P2	P3	P4
Equipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) enfant jusqu'à 15 ans révolus, dans le réseau KALIXIA⁽¹³⁾ avec tarifs négociés et reste à charge minoré : 1 monture + 2 verres⁽¹⁴⁾				
Par monture de lunettes	100 % BR	60 €	95 €	100 €
Par Verre simple de Classe B	100 % BR	55 €	80 €	100 €
Par Verre complexe de Classe B	100 % BR	95 €	140 €	160 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Equipement hors 100 % Santé⁽¹¹⁾ (classe B) enfant jusqu'à 15 ans révolus, hors réseau KALIXIA⁽¹³⁾ : 1 monture + 2 verres⁽¹⁴⁾				
Par monture de lunettes de Classe B	100 % BR	60 €	95 €	100 €
Par Verre simple de Classe B	100 % BR	45 €	70 €	85 €
Par Verre complexe de Classe B	100 % BR	85 €	130 €	145 €
Facturation examen de la vue par l'opticien	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles⁽¹⁵⁾				
Lentilles remboursées par la Sécurité sociale (montant par an et par bénéficiaire)	100 % BR	100 % BR + 150 €	100 % BR + 195 €	100 % BR + 240 €
Lentilles prescrites et non remboursées par la Sécurité sociale (montant par an et par bénéficiaire)	-	150 €	195 €	240 €
Chirurgie optique⁽⁹⁾				
Chirurgie réfractive : montant par œil et par bénéficiaire, défini pour toute l'adhésion	-	-	500 €/ œil	600 €/ œil
AIDES AUDITIVES / CURE THERMALE				
AIDES AUDITIVES (renouvellement tous les 4 ans dans, à compter du 01/01/2021)				
Aides auditives - Jusqu'au 31/12/2020				
Aides auditives de Classe I ou II	100 % BR + 100 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire	100 % BR + 100 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire	150 % BR + 200 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire	200 % BR + 300 €/ tous les 4 ans par bénéficiaire
Aides auditives - par oreille - Renouvellement par appareil tous les 4 ans - A compter du 01/01/2021				
Equipements 100 % Santé ⁽¹¹⁾ : Aide auditive de Classe I	Sans reste à payer			
Equipements hors 100 % Santé ⁽¹¹⁾ dans la limite de 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) : Aide auditive de Classe II, bénéficiaire jusqu'à 20 ans révolus ou atteint de cécité**	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Equipement hors 100 % Santé ⁽¹¹⁾ dans la limite de 1 700 € TTC par aide auditive (hors accessoires) : Aide auditive de Classe II, bénéficiaire à compter de son 21 ^e anniversaire	125 % BR	125 % BR	200 % BR	275 % BR
Accessoires et fournitures	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
CURE THERMALE				
Cure thermale remboursée par la Sécurité sociale				
Honoraires et soins	100 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Transport et hébergement (par an et par bénéficiaire, dans la limite des frais engagés)	-	-	100 % BR + 100€	100 % BR + 200€

Garanties y compris remboursement Sécurité sociale	FORMULES PREMIUM			
	P1	P2	P3	P4
PREVENTION				
Prévention non remboursée par la Sécurité sociale				
Médecine alternative (par an et par bénéficiaire) : Diététicien Pédicure, Podologue Psychologue, Psychothérapeute, Ostéopathe, Chiropracteur, Homéopathe et Acupuncteur	-	30 €/ séance, max 2 séances/ an	35 €/ séance, max 3 séances/ an	40 €/ séance, max 3 séances/ an
Examen de la mesure de densité osseuse Substituts tabagiques Contraception Pharmacie prescrite non remboursée (Prise en charge globale, par an et par bénéficiaire)	-	30 €	60 €	90 €
Vaccination non remboursée, par an et par bénéficiaire	-	20 €	40 €	60 €
SERVICES D'ASSISTANCE ET TELECONSULTATION MEDICALE	Inclus	Inclus	Inclus	Inclus

Le membre participant et ses ayants droit assurés bénéficient du service de tiers payant mentionné sur la carte de tiers payant et, sur présentation de cette dernière, des tarifs, honoraires et services négociés auprès des professionnels de santé partenaires des réseaux de soins KALIXIA proposés par la Mutuelle.

BR : Base de Remboursement de la Sécurité sociale. **FR** : Frais Réels. **PLV** : Prix Limite de Vente

- (1) En médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, convalescence et rééducation, hors chirurgie esthétique. Etablissements conventionnés et non conventionnés.
 - (2) Honoraires limités à 150 % pour les adhérents OPTAM/OPTAM-CO et à 130 % pour les non-adhérents OPTAM/OPTAM-CO durant les 6 premiers mois d'adhésion au contrat sauf en cas d'accident.
 - (3) Dispositifs de pratiques tarifaires maîtrisées OPTAM ou OPTAM-CO (en Chirurgie et Obstétrique) : en adhérant à ces options, les professionnels de santé s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires dans des conditions établies par la convention. Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.
 - (4) Sans limitation de durée. Forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux non pris en charge;
 - (5) Y compris séjours en maisons de repos, convalescence et rééducation, à l'exclusion des frais relatifs au placement en long-séjour.
 - (6) Limité à 180 jours pour l'hospitalisation médicale, chirurgicale et obstétricale et à 30 jours pour l'hospitalisation en psychiatrie, convalescence et rééducation.
 - (7) Limité à 10 jours et au plafond de dépenses par jour. Applicable pour un seul accompagnant. Le bénéficiaire de la prestation est le bénéficiaire hospitalisé.
 - (8) **SMUR** : Service médical d'urgence régional. Organisation régionale mettant à la disposition du SAMU une ambulance médicalisée permettant d'assurer les premiers soins et le transport d'un malade dans un service hospitalier.
 - (9) Certaines prestations hors celles prises en charge par la Sécurité sociale et par la Mutuelle dans le cadre du cahier des charges du contrat responsable peuvent être soumises à un délai d'attente dans les conditions telles que définies au règlement Mutualiste RM/MUT/RHS2/06.2015.
 - (10) Les taux de remboursement exprimés correspondent aux taux du régime général de la Sécurité sociale. Ces taux peuvent être différents pour certains régimes locaux ou spéciaux de Sécurité sociale
 - (11) Tels que définis réglementairement : dispositif 100 % Santé par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires définies réglementairement et intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.
 - (12) Renouvellement annuel en cas de renouvellement anticipé des verres ou pour les enfants jusqu'à 15 ans révolus. Renouvellement tous les 6 mois pour les enfants jusqu'à 5 ans révolus en cas d'adaptation de la monture à la morphologie du visage.
 - (13) Dans le cadre du RÉSEAU OPTIQUE KALIXIA, les tarifs pratiqués respectent les seuils des contrats responsables tels que mentionnés à l'article R 871-2 du Code de la sécurité sociale. Les prestations dans et hors réseau ne sont pas cumulatives.
 - (14) Les verres simples, complexes ou très complexes sont définis par les codes LPP de la nomenclature de la Sécurité sociale.
 - (15) Les prestations « remboursées » et « non remboursées » ne sont pas cumulatives. La prise en charge est versée pour l'une ou l'autre des prestations.
- * Les inter de bridges ne sont pas remboursés au titre du présent contrat.
- ** La cécité se définit par une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} après correction.