

Garantie Frais de santé

Ma mutuelle Région Auvergne- Rhône-Alpes – Agents territoriaux

RÈGLEMENT MUTUALISTE N° 2026/ 01 AURA TER

Assuré par RADIANCE MUTUELLE

Applicable au 1^{er} janvier 2026

Validé par le Conseil d'Administration du 12/12/2025

PARTIE 1 – DISPOSITIONS COMMUNES

LEXIQUE

Dans le présent règlement, les termes suivants sont utilisés :

L'organisme assureur

Radiance Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, Siège : 95 rue Vendôme – 69006 LYON, N° SIREN 483 747 333 – Mutuelle membre du groupe Malakoff Humanis. Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité.

Le membre participant

La personne physique qui adhère au présent règlement sur la tête de laquelle repose le risque assuré, et répondant aux conditions d'adhésion définies à l'article 2.1.1 « Personnes assurables ».

Les ayants droit

Le conjoint est :

- L'époux ou l'épouse du membre participant, non-séparé(e) de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil), ni divorcé(e),
- Ou à défaut, le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (pacs) en vigueur dans les conditions fixées par les articles 515-1 et suivants du code civil,
- Ou à défaut, la personne vivant en couple avec le membre participant au sens de l'article 515-8 du code civil, sous réserve que le membre participant et son concubin soient libres de tout engagement (mariage ou PACS).

Les enfants à charge :

Sont les enfants du membre participant ou ceux de son conjoint au sens du présent règlement qui remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- Être âgés de moins de 21 ans,
- Bénéficier d'un régime de sécurité sociale du fait de l'affiliation du membre participant ou de celle de son conjoint ou d'une affiliation personnelle,
- Être fiscalement à la charge du membre participant, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial, ou percevoir une pension alimentaire que le membre participant déduit fiscalement de son revenu global.

Cette limite d'âge est portée à 28 ans pour les enfants qui remplissent l'une des conditions suivantes :

- S'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 65 % du smic,
- S'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,
- S'ils sont inscrits à France travail (anciennement pôle emploi) comme primo demandeurs d'emploi ou s'ils effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré.

La limite d'âge est supprimée pour les enfants qui bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qui sont titulaires de la carte d'invalidité ou de la carte mobilité inclusion portant la mention « invalidité » prévue à l'article L.241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant la limite d'âge prévue ci-dessus (21 ou 28 ans sous conditions).

Les bénéficiaires

- Le membre participant
- Sous réserve des dispositions mentionnées à l'article 3.2.1. « Prise d'effet de la Garantie frais de santé », le conjoint et les enfants à charge tels que définis ci-avant.

Contrat responsable

Contrat répondant à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure au membre participant.

Actes

Les actes pris en considération sont ceux :

- Référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures définissant les actes, produits et prestations pris en charge et leurs conditions de remboursement,
- Non référencés par la Sécurité sociale aux nomenclatures mais expressément prévus au bulletin d'adhésion qui sont prescrits et pratiqués par un professionnel de santé diplômé d'Etat dans sa spécialité et disposant d'un numéro au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Affectation Longue Durée

Maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite une thérapeutique particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100 % pour les soins liés à cette pathologie (c'est-à-dire pour laquelle le ticket modérateur est supprimé). Les ALD exonérantes sont inscrites sur une liste d'affections établie par décret.

Assuré social

Désigne la personne affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français

Base de remboursement de la Sécurité sociale

Le tarif défini par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Dispositifs prévus par une ou plusieurs conventions nationales signées par l'UNOCAM et au moins une des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé, ayant pour objet la maîtrise de leurs dépassements d'honoraires : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM ou OPTAM-ACO spécialité d'anesthésie, de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique).

Les professionnels de santé conventionnés exerçant en secteur 2 ou titulaires d'un droit de dépassement ayant choisi un de ces dispositifs sont consultables sur ameli-direct.fr.

Dispositif Mon Soutien Psy : Prise en charge de séances d'accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy ». Depuis le 5 avril 2022, votre contrat rembourse le ticket modérateur des séances effectuées dans le cadre de ce dispositif.

Forfait Patient urgence

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021 a prévu la mise en place du forfait patient urgence pour les passages aux urgences n'entraînant pas d'hospitalisation.

Désormais, la facturation est modifiée et fixée forfaitairement quels que soient les actes et soins médicaux. Le remboursement est réalisé dans les mêmes conditions que l'était celui du ticket modérateur.

Franchise

Somme déduite par la Sécurité sociale et – non prise en charge par le contrat responsable – de ses remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Le montant des franchises médicales est disponible sur le site de l'assurance maladie « AMELI »

La franchise n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

Etat de la femme lui permettant de bénéficier des prestations de l'assurance maternité.

Montant remboursé par la Sécurité sociale

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) multipliée par le taux de remboursement appliqué par la Sécurité sociale.

Nomenclatures

Codification des actes et des médicaments donnant lieu à remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins

Passage par un médecin traitant choisi par l'assuré avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue, stomatologue ainsi que psychiatre et neuropsychiatre pour les patients âgés de 16 à moins de 26 ans).

Le non-respect du parcours de soins engendre la majoration du ticket modérateur qui ne sera pas pris en charge par l'organisme assureur.

Participations Forfaitaires

1. Participation forfaitaire :

Montant forfaitaire non remboursé par la Sécurité sociale et par le contrat responsable, dû par un assuré social pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Le montant de la participation forfaitaire est disponible sur le site de l'assurance maladie « AMELI »

Cette participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'organisme assureur.

2. Participation forfaitaire « actes lourds »

Ticket modérateur forfaitaire appliqué sur les actes supérieurs au montant fixé par l'Etat et dont le coefficient est égal ou supérieur à 60.

Cette participation forfaitaire est remboursée par l'organisme assureur.

Plafond annuel de la Sécurité sociale

Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Sa valeur annuelle peut servir au calcul de la cotisation due par l'assuré. Certaines prestations sont exprimées en pourcentage de sa valeur mensuelle.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Prestations en nature

Le remboursement des dépenses de frais de soins (frais médicaux, frais chirurgicaux, pharmaceutiques, ...) ou de service (séjour en établissement hospitalier) exposées par les bénéficiaires.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de la Sécurité sociale et de l'organisme assureur. Il est constitué :

- Du ticket modérateur, étant rappelé que la participation forfaitaire et la franchise ne sont pas prises en charge par l'organisme assureur,
- De l'éventuel dépassement d'honoraires.

Secteur conventionné

L'ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs contrôlés. A l'intérieur de ce secteur conventionné, les professionnels du secteur 1 s'engagent à respecter les bases de remboursement de la Sécurité sociale. Ceux du secteur 2 sont autorisés par convention à dépasser les bases de remboursements de la Sécurité sociale. Le ticket modérateur et le dépassement de la base de remboursement du régime obligatoire sont à la charge des bénéficiaires, sauf en cas de prise en charge totale ou partielle par l'organisme assureur.

Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et la Sécurité sociale et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par la Sécurité sociale est alors effectué sur une base minorée.

Sécurité sociale (Régime obligatoire)

Régime général ou local de Sécurité sociale française dont dépendent les bénéficiaires définis au Lexique.

Service médical rendu (S.M.R.)

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 4 niveaux (majeur, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par la Sécurité sociale.

Ticket Modérateur

Participation de l'assuré aux tarifs définis par la Sécurité sociale pour rembourser les frais médicaux. Cette participation peut être réduite, majorée ou supprimée dans certains cas mentionnés au Code de la sécurité sociale.

Calcul de l'âge

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et, selon le cas, celle de l'adhésion ou de la modification de l'adhésion.

Sinistre

La survenance des soins

Délai de carence

Période au cours de laquelle la Garantie frais de santé ne s'applique pas (ou de manière limitée) bien que le membre participant cotise.

UNOCAM

Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, association, fondée le 23 mai 2005, représente à travers ses membres tous les opérateurs en assurance maladie complémentaire. Ces derniers échangent et se concertent pour construire des positions communes sur toute question relative à l'assurance maladie et à l'évolution du financement du système de santé. Dans ce cadre, l'UNOCAM a établi un « glossaire » explicatif des termes utilisés par les différents acteurs permettant aux assurés de mieux comprendre leurs garanties.

L'ASSISTEUR (Assistance Santé)

Auxia Assistance

Société anonyme au capital de 1 780 000 € - entreprise régie par le Code des assurances

Immatriculée au RCS de Paris sous le numéro 351 733 761 - Siège social : 21 rue Laffitte 75009 Paris

TITRE I – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA VIE DE L'ADHÉSION

1.1. Objet de l'adhésion

Le présent règlement a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles l'organisme assureur accorde aux bénéficiaires le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés**, de tout ou partie des frais de santé occasionnés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Le présent règlement mutualiste a fait l'objet de la délivrance d'un label conformément aux dispositions du décret n°2011-1474 du 08 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Le règlement relève des branches d'activité 1 (Accidents) et 2 (Maladie).

L'adhésion se compose, pour chaque membre participant de trois parties indissociables qui ont valeur contractuelle :

- **Le présent règlement**, composé des Dispositions générales (Partie 1) et complété des Dispositions spécifiques (Partie 2) applicables aux garanties choisies, selon que le contrat est responsable ou non responsable. Ces dispositions définissent les obligations réciproques des parties, les modalités d'entrée en vigueur de la Garantie frais de santé proposée par l'organisme assureur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

Le présent règlement est complété d'une **annexe relative à la communication des frais de gestion et taux de redistribution**,

- **Le bulletin d'adhésion** qui comporte notamment :
 - La Garantie frais de santé choisie par le membre participant, la nature et le montant des prestations,
 - La nature de la garantie souscrite par le membre participant,
 - La cotisation correspondante à la Garantie frais de santé choisie par le membre participant,
 - Les dérogations éventuelles au présent règlement mutualiste,
- **La confirmation d'adhésion** qui comporte notamment la date d'effet de l'adhésion au règlement

Toute modification du présent règlement sera notifiée au membre participant.

En cas de contradiction entre le bulletin d'adhésion et la confirmation d'adhésion, les dispositions de la confirmation d'adhésion l'emportent.

1.2. Nature du règlement

Le règlement souscrit auprès de l'organisme assureur est un règlement respectant le cahier des charges du contrat « responsable » tel que défini au Lexique,

Le règlement souscrit auprès de l'organisme assureur est qualifié de « solidaire » puisque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du membre participant.

1.3. Obligations d'information

1.3.1. Information des membres participants

L'organisme assureur établit et remet à chaque membre participant un exemplaire du présent règlement mutualiste, d'un bulletin d'adhésion et d'un certificat d'adhésion.

Conformément aux dispositions légales, il est de la responsabilité de l'organisme assureur de porter à la connaissance des membres participants les modifications apportées à leurs droits et obligations.

1.3.2. Information de l'organisme assureur

1. En cas de changement de la situation de famille

La liste des personnes retenues à l'adhésion conformément à l'article 2.1.1 « Personnes assurables » peut être modifiée par le membre participant pour tenir compte de l'évolution de sa situation familiale :

- Mariage, conclusion d'un pacs, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant à charge,
- Décès d'un ayant droit, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), dissolution d'un pacs, séparation des concubins.

Le membre participant devra notifier ce changement à l'organisme assureur dans les 30 jours qui suivent l'événement et lui communiquer les informations administratives correspondantes, afin qu'elles soient prises en compte dans l'adhésion.

Il recevra en retour une notification tenant compte de sa nouvelle situation.

2. En cas de changement d'adresse

Le membre participant doit informer l'organisme assureur de tout changement de domiciliation dans les 30 jours suivant l'événement et lui communiquer les informations administratives correspondantes afin qu'elles soient prises en compte dans le cadre de son adhésion.

1.4 Révision du règlement

Le règlement peut être modifié en cours d'année en cas d'évolution réglementaire ou chaque 1^{er} janvier notamment en cas d'évolution des résultats

1.4.1. Evolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de la Sécurité sociale, le règlement peut être modifié en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date mentionnée la notification adressée au membre participant pour formaliser cette modification.

Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de modification des garanties, le membre participant peut refuser la proposition de l'organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception de la notification en envoyant sa demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité. L'adhésion du membre participant prend alors fin dans les dix jours suivants.

1.4.2. Résultats du règlement

Si une évolution des résultats techniques de l'ensemble des membres participants relevant du présent règlement ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des engagements de l'organisme assureur, celui-ci, sur décision du Conseil d'administration, dans les conditions prévues par le Code de la mutualité et les statuts de la Mutuelle se réserve la possibilité de modifier le règlement et ses annexes et/ou de réviser les garanties et/ou les cotisations au 1^{er} janvier de chaque année.

Le membre participant est informé de la modification du règlement et/ou de la révision de sa cotisation, par notification

TITRE II – LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADHÉSION AU RÈGLEMENT

2.1. Conditions et formalités d'adhésion

2.1.1. Conditions d'adhésion

Les personnes assurables au titre du présent règlement sont :

- Le membre participant, personne **affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français** :
 - o ayant le statut de fonctionnaire ou d'agent non titulaire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics affilié aux institutions de retraite CNRACL et IRCANTEC
 - ou
 - o ayant la qualité de retraité du statut précité

qui adhère au présent règlement et qui paie les cotisations. L'adhésion au présent règlement n'est pas ouverte aux personnes ayant adhéré à la Caisse des Français à l'Etranger (CFE).

- Les ayants droit affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie français mentionnés sur le bulletin d'adhésion complété et signé par le membre participant.

L'adhésion au présent règlement est facultative et ouverte aux personnes précitées âgées de plus de seize ans, sans âge maximal d'adhésion.

2.1.2. Formalités d'adhésion

Le membre participant doit accomplir les formalités d'adhésion suivantes :

- Compléter et retourner la « proposition de bulletin d'adhésion »,
- Communiquer les pièces demandées par l'organisme assureur et mentionnées au Titre VI « Pièces justificatives »,
- Choisir la Garantie frais de santé applicable dans les conditions mentionnées à l'article 2.1.3.1 ci-après,
- Déclarer ses éventuels ayants droit.

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.

2.1.3. Choix de la Garantie frais de santé

1. Choix du Niveau,

a. Choix du Niveau

Lors de son adhésion au présent règlement, le membre participant doit choisir l'un des trois niveaux de garanties proposés par l'organisme assureur :

- Le niveau Initiale

- Le niveau Elargie
- Le niveau Optimale

Ce choix s'applique pour le membre participant et pour l'ensemble de ses ayants droit adhérent au règlement.

2. Modalités de changement de la Garantie frais de santé

a. Modification en cas de changement de situation familiale ou professionnelle

Le membre participant peut modifier sa Garantie frais de santé à tout moment, **à la hausse ou à la baisse**, en cas de :

- Changement de sa situation familiale :
 - Mariage, conclusion d'un pacs, concubinage, naissance ou adoption d'un enfant à charge,
 - Décès d'un ayant droit, divorce, séparation de corps (judiciaire ou amiable), dissolution d'un pacs, séparation des concubins,
- Changement de sa situation professionnelle : chômage, passage à la retraite.

La modification de la garantie frais de santé prend effet, pour l'ensemble des bénéficiaires :

- Au plus tôt, dans les trois jours qui suivent la survenance du changement de situation familiale ou professionnelle,
- Au jour de la naissance ou de l'adoption d'un enfant à charge.

Un courrier sera adressé au membre participant pour formaliser ce changement et sa date d'effet.

b. Modification hors changement de situation familiale ou professionnelle

Le membre participant peut modifier sa Garantie frais de santé, à la hausse ou à la baisse, au terme d'un délai de 12 mois minimum suivant l'adhésion au règlement et engage le Membre participant et ses bénéficiaires pour les 12 mois suivants. La prise d'effet du changement intervient un mois suivant la demande.

Un courrier sera adressé au membre participant pour formaliser le changement.

Prise d'effet de l'adhésion

Sauf dérogation, l'adhésion du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit prend effet, au plus tôt, le jour suivant la date de signature indiquée sur la proposition de bulletin d'adhésion. En tout état de cause, l'adhésion ne prendra effet qu'à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance. La date d'effet de l'adhésion au règlement est indiquée sur la confirmation d'adhésion.

L'adhésion du membre participant est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par le membre participant dans les conditions mentionnées aux articles 2.6.1 « À la date d'échéance » et 2.6.2 « À tout moment ». En tout état de cause, la tacite reconduction ne peut être supérieure à une année.

L'adhésion d'un nouvel ayant droit en cours d'adhésion prend effet, au plus tôt, le jour suivant la date de signature de la demande faite par le membre participant.

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant en cours d'adhésion, l'adhésion prendra effet au jour de la naissance pour le nouveau-né ou au jour de l'adoption d'un enfant mineur, sous réserve que la demande d'adhésion intervienne dans le mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer. A défaut, l'adhésion prendra effet au plus tôt le jour suivant la date de signature de la demande faite par le membre participant.

2.2. Adhésion à distance

2.2.1. Informations complémentaires

L'organisme assureur propose également l'adhésion au contrat de façon dématérialisée. A 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 l'organisme assureur.

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 les besoins formulés par le membre participant, l'organisme assureur envoie notamment à ce dernier, par courrier électronique, la proposition de bulletin d'adhésion et le présent règlement.

Une phase d'adhésion dématérialisée est alors proposée au membre participant. Dans ce cadre et afin de lui permettre de signer électroniquement les documents relatifs à son contrat, le membre participant devra télécharger sa carte nationale d'identité ou son passeport 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 l'organisme assureur à prélever les cotisations directement sur son compte bancaire lorsque ce mode de paiement est retenu par le membre participant conformément à l'article 4.2 « Modalités de paiement ».

Le bulletin d'adhésion signé ainsi que le présent règlement sont envoyés à l'assuré par courrier électronique.

L'adhésion prendra effet conformément aux modalités définies à l'article 2.2 « Prise d'effet de l'adhésion » et sera notifiée par l'envoi de la confirmation d'adhésion à l'adresse postale de l'assuré.

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

2.2.2. Coût lié à l'utilisation de la technique de communication à distance

L'adhésion au règlement par le biais d'une ou de 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.

2.2.3. Communication dématérialisée

L'assureur communique progressivement de façon dématérialisée avec l'assuré via son Espace Client ou par courriel, pour la gestion de son contrat ou de son affiliation.

L'assuré peut demander à tout moment à revenir à une communication exclusivement sous format papier, en modifiant son choix dans l'Espace Client ou en contactant l'assureur.

2.3. Renonciation à l'adhésion

Le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion au présent règlement par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception, pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne le remboursement intégral de la cotisation versée dans les trente jours suivant la date de réception par l'organisme assureur de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique. Toutefois, si des prestations ont été versées, le membre participant devra les restituer intégralement, préalablement à la restitution de la cotisation.

Modèle de rédaction destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation :

« Je soussigné(e) (nom, prénom)....., demeurant (adresse complète).....déclare renoncer à l'adhésion au règlement (frais de santé) n°....., ayant pris effet le/....../.... .conformément aux dispositions de l'article 2.4. « Renonciation à l'adhésion ».

2.4. Cessation de l'adhésion

- **L'adhésion au règlement prend fin pour chaque bénéficiaire dans les cas suivants :**
- **En cas de non-paiement des cotisations par le membre participant dans les conditions prévues à l'article 4.4. « Défaut de paiement »,**
- **A la date de dénonciation de l'adhésion par le membre participant dans les conditions prévues à l'article 2.5 « Dénonciation de l'adhésion par le membre participant »,**
- **A la date du 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.**

2.5. Dénonciation de l'adhésion par le membre participant

2.5.1. À l'échéance annuelle

Le membre participant peut dénoncer son adhésion au présent règlement **au moins DEUX MOIS** avant chaque date de renouvellement, soit au plus tard le 31 octobre dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

La dénonciation sera effective au 31 décembre suivant la réception de la notification par l'organisme assureur.

2.5.2. À tout moment

Le membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an, dénoncer son adhésion au présent règlement, sans frais ni pénalités, dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement..

La dénonciation de l'adhésion prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du membre participant.

Dans le cas où le membre participant souhaite dénoncer une adhésion conclue pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de dénonciation dans les conditions prévues par le présent règlement. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture du membre participant durant la procédure.

Lorsque l'adhésion est dénoncée dans les conditions prévues au présent règlement, le membre participant n'est redevable que de la part de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation.

2.5.3. En cas d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire

En cas d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire, le membre participant peut demander la dénonciation de son adhésion au présent règlement dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

La dénonciation prend effet un mois après la réception de la demande par l'organisme assureur, sous réserve de la fourniture par le membre participant d'un justificatif d'affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire.

25.4 En cas de révision des cotisations

La cotisation peut évoluer en cas de survenance d'un des événements suivants, conformément à l'article 4.1.1 « Assiette et montant » :

- Déménagement dans un autre département (résidence principale uniquement).

Dans ce cas, le membre participant peut dénoncer son adhésion au règlement en adressant sa demande à l'organisme assureur dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement..

La dénonciation prendra effet un mois après la réception de la demande par l'organisme assureur.

2.5.5 Modalités de dénonciation de l'adhésion

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer son adhésion au règlement, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur,
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit par le même mode de communication à distance utilisé au cours de l'adhésion au règlement,
- Soit directement sur le site internet radiance.fr, notamment.

L'organisme assureur confirme par écrit la réception de la notification et transmet au membre participant un justificatif d'adhésion ainsi que, le cas échéant, le montant du coefficient de majoration qui est affecté à sa cotisation. Dans l'hypothèse où le membre participant ne s'était pas vu affecter de coefficient de majoration, l'organisme assureur lui adresse une attestation de non-majoration.

TITRE III – LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

3.1. Objet de la Garantie frais de santé

La Garantie frais de santé a pour objet le remboursement, **dans la limite des frais réellement engagés par les bénéficiaires définis au lexique**, de tout ou partie des dépenses occasionnées par suite de maladie, de maternité ou d'accident **et ayant donné lieu au versement de prestations en nature par la Sécurité sociale**.

L'organisme assureur peut également rembourser des actes non remboursés par la Sécurité sociale s'ils sont expressément prévus au tableau de garanties.

La Garantie frais de santé choisie par le membre participant et le montant des prestations figurent au bulletin d'adhésion. Les prestations sont versées selon les modalités fixées à l'article 3.7. « Règlement des prestations ».

3.2. Prise d'effet et cessation de la Garantie frais de santé

3.2.1. Prise d'effet de la Garantie frais de santé

1. Pour les membres participants

Pendant les 10 premiers mois de l'adhésion : la prestation « Allocation de naissance ou d'adoption » de l'ensemble des formules, n'est pas versée.

2. Pour les ayants droit

La Garantie frais de santé prend effet pour les ayants droit :

- à la même date que la Garantie frais de santé du membre participant,

3.2.2. Cessation de la Garantie frais de santé

1. Pour les membres participants

La Garantie frais de santé cesse pour chaque membre participant à la date de cessation de son adhésion.

2. Pour les ayants droit

La Garantie frais de santé cesse pour chaque ayant droit :

- A la date à laquelle il ne répond plus aux conditions prévues pour être défini comme ayant droit,
- A la même date que celle de membre participant,
- A la date à laquelle le membre participant ne souhaite plus le faire bénéficier des garanties, sous réserve qu'il en fasse la demande au moins deux mois avant la date de cessation souhaitée. La cessation peut être demandée, au choix du membre participant dans les conditions prévues par l'article 2.6.5 « Modalités de dénonciation de l'adhésion » du présent règlement.

3.3 Les prestations

Le montant des prestations mentionné au bulletin d'adhésion est déterminé acte par acte, et exprimé « remboursement de la Sécurité sociale inclus ».

Les garanties prises en compte par l'organisme assureur pour le calcul de ces remboursements sont celles en vigueur à la date des soins. La date des soins est celle retenue par la Sécurité sociale ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par cet organisme.

Le total des remboursements de l'organisme assureur, de ceux de la Sécurité sociale et de tout autre organisme complémentaire ainsi que les pénalités financières hors parcours de soins, la contribution forfaitaire et les franchises médicales, **ne peut excéder le montant des frais engagés.**

Il en est de même pour les prestations exprimées en forfait annuel. Tout forfait n'est ni reportable ni cumulable d'une année sur l'autre.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garantie et les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de deux ans à compter de la date des soins, en application de l'article 5.3. « Prescription ».

3.4. Territorialité de la couverture – Soins à l'étranger

Les prestations sont servies aux seuls membres participants résidant en France métropolitaine. **Les prestations ne seront pas versées aux personnes résidant à l'étranger.**

Le présent règlement prévoit toutefois le remboursement de certains actes et soins effectués à l'étranger par le membre participant, sous réserve que :

- La résidence principale du membre participant soit située en France métropolitaine ou dans les départements ou régions d'Outre-Mer (DROM) ;
- Les soins effectués à l'étranger aient fait l'objet d'un remboursement préalable de la Sécurité sociale et aient été engagés de manière inopinée et non programmée (soin urgent) en cas de déplacement privé.

Les remboursements complémentaires, établis en fonction de la codification des actes médicaux fixée par la Sécurité sociale, sont effectués en euros, dans la limite de 100% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale. Le remboursement des soins médicaux pratiqués à l'étranger est aligné sur celui des médecins non signataires des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.

Les dépenses réelles prises en considération pour le calcul des prestations complémentaires sont plafonnées à hauteur du prix pratiqué en France pour des actes et des soins équivalents.

3.5 Ne sont pas pris en charge par l'organisme assureur :

- **Les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme, sauf mention au par le tableau des garanties,**
- **Les soins effectués antérieurement à la date d'effet de l'adhésion au règlement,**
- **Les soins effectués postérieurement à la date de cessation de la Garantie frais de santé des bénéficiaires définis au Lexique,**
- **La participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur qui s'appliquent hors parcours de soins coordonné et, en cas de refus du patient du transport sanitaire programmé, prévues par le Code de la sécurité sociale,**
- **Les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé,**
- **Tout acte pris en charge par des dotations d'Etat, notamment par la dotation nationale de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, même lorsque la Sécurité sociale a procédé à tort au remboursement. A ce titre, le règlement ne prend pas en charge les transports sanitaires assurés par des Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR),**
- **Tout équipement optique composé de verres plans ne donne pas lieu à remboursement de la part de l'organisme assureur, sauf en cas d'atteinte oculaire unilatérale,**
- **L'achat de médicament sur internet non autorisé par l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente et non justifié par une facture acquittée (mentions légales du pharmacien, acquittée, datée et signée mentionnant la spécialité délivrée),**
- **La cigarette électronique,**
- **La majoration du tarif fixé par la Sécurité sociale pour une visite du médecin au domicile du**

patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico- administratives et cliniques ou socio-environnementales,

- Les séjours ou hospitalisations en centres de rééducation professionnelle, hôpitaux thermaux et sections thermales des établissements publics, instituts médico-pédagogiques, instituts médico-pédagogiques professionnels, centres d'aide par le travail, centres médico-pédagogiques, établissements de long séjour et les sections de long séjour, maisons d'enfants à caractère sanitaire, maisons d'accueil spécialisées, établissements pour personnes âgées dépendantes (maisons de retraite, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, services de soins infirmiers à domicile).

3.6 Limitation du remboursement des chambres particulières

Sont prises en charge, dans la limite d'un forfait annuel précisé au bulletin de souscription, les chambres particulières :

- **Expressément demandées par le membre participant,**
- **Dont les tarifs sont publiquement affichés,**
- **Faisant l'objet d'une facturation justifiée par l'établissement hospitalier.**

En tout état de cause, ne peuvent donner lieu à remboursement :

- **Les appartements privés,**
- **Les services, équipements, prestations, et accessoires supplémentaires, non pris en charge par la Sécurité sociale, notamment : les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissage, ainsi que les repas et/ou boissons exigés, sans prescription médicale, par la personne hospitalisée ou ses accompagnants.**

3.7 Règlement des prestations

3.7.1. Via NOEMIE

NOEMIE est une procédure de traitements automatiques des remboursements mise en place entre la Sécurité sociale et l'organisme assureur. Elle autorise l'organisme assureur à établir une liaison directe avec la caisse de Sécurité sociale des bénéficiaires et ainsi permet à ces derniers d'obtenir un remboursement automatiquement dès lors que la demande de remboursement a été adressée à cet organisme.

Dans certains cas, des pièces complémentaires nécessaires au remboursement et listées au Titre VI « Pièces justificatives » sont à adresser à l'organisme assureur.

3.7.2. Hors NOEMIE

Lorsque le membre participant n'a pas adressé de demande de remboursement à la Sécurité sociale, par exemple en cas de paiement du ticket modérateur, il doit adresser une facture dûment acquittée à l'organisme assureur pour obtenir le remboursement.

La transmission par NOEMIE est inopérante si les bénéficiaires :

- Sont déjà affiliés à une autre complémentaire santé, ou s'ils refusent ce service en le notifiant par écrit sur papier libre à l'organisme assureur,
- S'ils s'acquittent du ticket modérateur,
- Ou si les ayants droit sont affiliés à un régime spécial de Sécurité sociale (régime minier, régime de la fonction publique...).

3.7.3. Cumul d'organismes assureurs

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 et de la dépense engagée. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

3.7.4. Tiers payant

Le règlement permet au membre participant et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de tiers payant (dispense d'avance de frais) sur les actes pratiqués par les professionnels de santé au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Lorsque la garantie est responsable, pour que le tiers payant s'applique, il est nécessaire que le professionnel de santé soit partenaire de l'opérateur de tiers payant de l'organisme assureur et que l'ensemble des pièces justificatives demandées par l'organisme assureur soient fournies.

Sans remettre en cause les dispositions spécifiques au contrat responsable et au « 100% santé », les situations suivantes ne permettent pas de réaliser le tiers payant au-delà de la base de remboursement de la Sécurité sociale en cas de :

- L'application par le professionnel de santé de tarifs analysés comme excessifs par rapport aux prix les plus fréquents constatés sur le marché (supérieurs à 80% des prix constatés) pour l'équipement délivré ;
- Le défaut de consentement écrit du bénéficiaire à la transmission de données détaillées de la

nomenclature de la sécurité sociale relatives à l'acte ou au dispositif médical via le professionnel de santé. Il est précisé que ces données sont nécessaires au calcul et au contrôle du remboursement des garanties souscrites.

Dans les cas ci-dessus, le bénéficiaire devra avancer les frais et envoyer la demande complétée des pièces justificatives à l'organisme assureur afin d'être remboursé à hauteur des garanties souscrites.

Pour le bénéfice du mécanisme, l'organisme assureur adresse une carte de tiers payant qui mentionne notamment :

- Le numéro d'adhérent/identifiant du membre participant lui permettant de se connecter à son espace client pour consulter ses remboursements ou fournir des pièces justificatives,
- Les coordonnées de l'organisme assureur.
-

A compter du jour où les garanties cessent, le membre participant et ses ayants droit ne doivent plus utiliser leur carte de tiers payant et doivent en informer les professionnels de santé auprès desquels leur carte aurait été enregistrée.

Si des versements sont effectués à tort par l'organisme assureur auprès des professionnels de santé, le membre participant devra les rembourser.

La carte de tiers payant peut également être consultée ou téléchargée par le membre participant sous format dématérialisé depuis son Espace client (accessible sur ordinateur, tablette ou smartphone). Cette version dématérialisée étant le strict reflet des droits du membre participant et de ses ayants droit au jour du téléchargement, elle doit être présentée en priorité au professionnel de santé.

3.7.5. Contrôle médical

L'organisme assureur peut effectuer un contrôle pour tout bénéficiaire demandant des prestations au titre des garanties souscrites, avant ou après le paiement des prestations.

L'organisme assureur peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par un professionnel de santé de son choix, dont les honoraires sont à sa charge. Le bénéficiaire à la faculté de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

Si le bénéficiaire refuse de se soumettre à cette expertise, les actes, prescriptions et généralement toutes dépenses faisant l'objet de la demande d'expertise ne donneront pas lieu à prise en charge ou feront l'objet d'une restitution des sommes indûment versées.

En cas de contestation des conclusions de l'expertise, le bénéficiaire devra adresser au médecin conseil ou dentiste consultant de l'organisme assureur, dans les trente jours suivants la notification, une lettre recommandée avec avis de réception mentionnant l'objet de la contestation et joindre des éléments médicaux argumentés.

Si le désaccord persiste, il sera mis en place une expertise d'arbitrage comprenant, outre ces deux médecins, un troisième désigné par leurs soins ou, s'ils n'ont pu s'accorder, par le président du tribunal compétent de la résidence du bénéficiaire, sur requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que les frais de sa désignation sont supportés à parts égales par les deux parties.

En fonction des conclusions, l'organisme assureur pourra ne pas assurer la prise en charge ou réclamer la restitution des sommes indûment versées.

Reprise des indus :

En cas de reprise au membre participant d'un remboursement effectué à tort par la Sécurité sociale, l'organisme assureur se réserve le droit de réclamer au membre participant les prestations indûment versées.

TITRE IV – LES COTISATIONS

4.1. Montant et structure des cotisations

4.1.1. Assiette et montant

La Garantie frais de santé est accordée moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en euros. Le montant de la cotisation annuelle est indiqué au bulletin d'adhésion.

La cotisation est déterminée en fonction :

- De la Garantie frais de santé choisie par le membre participant conformément à l'article 2.1.3,
- Du ou des bénéficiaires assurés,
- De l'âge des bénéficiaires,
- Du département de résidence du membre participant,
- Et des dispositions réglementaires en vigueur.

La cotisation annuelle est donc révisée en cas d'évolution de la situation des bénéficiaires (changement de la situation familiale, du régime obligatoire, du département de résidence, de l'âge, modification de la Garantie frais de santé).

Le rapport entre la cotisation – hors participation – due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé, et la cotisation due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le moins élevé, ne peut être supérieur à trois, à charge de famille et catégorie statutaire identiques, et pour une formule de garanties comparable, compte non tenu de la majoration de cotisation pour adhésion tardive du membre participant décrite ci-après.

Majoration de cotisations pour adhésion tardive :

Lorsque l'adhésion du membre participant est postérieure de deux ans à son entrée dans la fonction publique, la cotisation est majorée d'un coefficient tel que défini par les dispositions de l'arrêté du 08 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations.

Pour les agents déjà en fonction au 10 novembre 2011 et les retraités, la cotisation n'est majorée qu'à compter de la deuxième année suivant la publication de la première liste des contrats et règlements labellisés.

En tout état de cause, les périodes antérieures au 10 novembre 2011 ne font pas l'objet de majoration.

4.1.2. Structure de cotisations

Structure de cotisations	Les personnes assurées
Membre participant / Conjoint / Enfant	Selon la situation familiale du membre participant : Membre participant seul Ou Membre participant + conjoint Ou Membre participant + (N) enfant(s) Ou Membre participant + conjoint + (N) enfant(s)

Le membre participant est redevable du paiement de la cotisation pour l'ensemble des bénéficiaires assuré. La gratuité de la cotisation est accordée pour le troisième enfant et les suivants.

4.2. Modalités de paiement

La cotisation, y compris les taxes présentes ou futures et contributions éventuelles, est payable d'avance par prélèvement automatique effectué sur le compte bancaire du membre participant ou par virement à l'échéance choisie par celui-ci sur la proposition de bulletin d'adhésion.

À défaut la cotisation est payée par chèque annuellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois de l'année civile.

Dans l'hypothèse où la participation financière de la collectivité territoriale employeur est versée directement à la Mutuelle, celle-ci fait apparaître sur l'appel de cotisation du membre participant le montant total des cotisations (en distinguant la part de cotisations relative aux garanties « Santé » de celle relative aux autres garanties le montant de l'aide versée ainsi que le montant de la cotisation restant dû par le membre participant).

Les cotisations pourront également faire l'objet d'un pré-compte sur traitement en accord avec l'employeur et selon les modalités fixées sur le Bulletin d'Adhésion

La cotisation est exigible dans les quinze premiers jours de chaque échéance de paiement.

Lorsque l'adhésion est résiliée dans les conditions prévues au règlement, le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la cessation de l'adhésion au règlement.

4.3. Evolution de la cotisation

La cotisation est indexée au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction des conditions prévues à l'article 1.4 « Révision du règlement ».

Conformément aux articles 1.4.1 et 1.4.2 du présent règlement, la cotisation peut être modifiée :

- En cours d'année en cas d'évolution réglementaire
- Chaque 1^{er} janvier en cas d'évolution des résultats du règlement
- Au 1^{er} janvier de chaque année selon l'âge de chaque bénéficiaire à cette même date. L'âge des bénéficiaires est calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et l'année civile en cours
- Au 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de notification du changement de département de résidence principale du membre participant

En cas d'instauration ou de modification de taxes, contributions ou charges de toute nature assises sur les cotisations, l'organisme assureur pourra réviser d'autant les cotisations TTC à compter de la date d'effet retenue par les Pouvoirs Publics.

4.4. Défaut de paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation au terme du délai de dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse une lettre recommandée de mise en demeure ou un recommandé électronique avec avis de réception au membre participant. La garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure.

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.

Si le paiement n'intervient pas l'adhésion du membre participant cesse quarante jours après l'envoi de la mise en demeure au membre participant. La cessation de l'adhésion met fin à la Garantie frais de santé pour l'ensemble des bénéficiaires.

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.

Dans tous les cas, les cotisations dues au titre de la période antérieure à la date de cessation de l'adhésion des membres participants ou des ayants droit restent à payer. L'organisme assureur a la faculté d'en poursuivre le recouvrement par tous moyens de droit.

TITRE V – RÉFÉRENCES LÉGALES

5.1. Fausse déclaration

5.1.1. Fausse déclaration intentionnelle

Les déclarations du membre participant servent de base à l'application des garanties.

L'assurance est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant de nature à changer l'objet du risque garanti ou à en fausser l'appréciation de l'organisme assureur. L'organisme assureur doit justifier par tous moyens de l'existence du caractère intentionnel de la fausse déclaration. Les cotisations payées restent acquises.

5.1.2. Fausse déclaration non intentionnelle

En cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, l'organisme assureur peut :

- si elle est constatée avant tout sinistre : augmenter la cotisation ou résilier l'adhésion,
- si elle est constatée après tout sinistre : réduire le montant de l'indemnité proportionnellement à la cotisation payée par rapport à celle qui aurait été due si l'organisme assureur avait eu en sa possession la déclaration exacte et complète.

5.2. Déchéance

Le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

- S'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- S'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations,

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'organisme assureur.

5.3 Prescription

Les actions relatives au règlement sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur 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 le membre participant ou l'ayant droit intente une action en justice à l'encontre de l'organisme assureur et que celle-ci a pour fondement le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court qu'à compter du jour où ce tiers a lui-même exercé l'action en justice à l'encontre du membre participant ou de l'ayant droit ou a été indemnisé par le membre participant ou l'ayant droit.

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 aux articles 2241 à 2243 de ce même Code,
- Un acte d'exécution forcée prévu aux articles 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 avis de réception soit que l'organisme assureur adresse au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit que le membre participant ou ses ayants droit adresse(nt) à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

5.4. Subrogation

Lorsque le membre participant ou un ayant droit est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'organisme assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son organisme assureur.

Le membre participant ou l'ayant droit atteint d'une blessure imputable à un tiers doit en informer l'organisme assureur lors de sa demande de prestation.

5.5 Réclamation - Médiation

En cas de difficultés dans l'application du règlement, les membres participants et/ou les ayants droits peuvent contacter leur conseiller ou contact habituel.

La réclamation peut être adressée comme suit :

- Par mail à : reclamation@radiance.fr
- A l'adresse du Service Réclamations 55 allée Albert Sylvestre 73026 Chambéry Cedex
- Sur l'espace Assuré

Le service réclamation accusera réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si la réponse à la réclamation est apportée dans ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai de deux mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.

Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée, ou lorsque l'organisme assureur n'a pas répondu dans le délai de 2 mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le membre participant et/ou les ayants droits peuvent, s'adresser au médiateur de la mutualité française, à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 PARIS Cedex 15 ou par voie électronique : <https://www.mediateur-mutualite.fr/saisir-le-mediateur/> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

5.6. Juridiction compétente

À défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liées à l'exécution ou à l'interprétation du règlement sera portée devant le tribunal français compétent.

5.7. Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), le membre participant et les ayants droit sont informés par l'organisme assureur, ci-après désigné Malakoff Humanis, en qualité de responsable de traitement, que leurs données personnelles sont traitées comme suit :

Détails des données	Finalités des données Conformément au respect du principe de minimisation de la collecte des données, Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données du membre participant et celles de ses ayants droit dans un autre but que les finalités citées ci-dessous :	Catégorie de destinataires des données	Durée de conservation des données
Données d'identification Données relatives à la situation familiale, à la vie personnelle, la santé de l'assuré Données économique, patrimoniale et financière, professionnelle Données relatives à l'appréciation du risque	<ul style="list-style-type: none"> La souscription, la gestion, y compris commerciale, la passation et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe L'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins que le membre participant et ses <u>ayants droit</u> expriment La gestion des avis du membre participant et de ses <u>ayants droit</u> sur les produits, services ou contenus que Malakoff Humanis ou ses partenaires proposent L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux L'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques qui permettent de s'assurer de la non réidentification de l'assuré L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, qui peuvent conduire à l'inscription de l'assuré sur une liste de personnes qui présentent un risque de fraude, et qui incluent un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA) A ce titre, Malakoff Humanis peut utiliser des systèmes d'intelligence artificielle pour l'aider à détecter des dossiers frauduleux tout en conservant une intervention humaine La proposition à la personne assurée et à ses ayants-droits d'un accompagnement sous la forme de services ou d'outils inclus dans le contrat, opérés par Malakoff Humanis ou ses partenaires et en lien avec le coût des soins, le parcours médical ou des situations de fragilités. la mise en œuvre d'opérations de prospection, 	<p>Les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données</p> <p>Les sous-traitants éventuels</p> <p>Les délégataires de gestion</p> <p>Les intermédiaires d'assurance</p> <p>Les réassureurs et coassureurs</p> <p>Les organismes professionnels habilités</p> <p>Les partenaires</p> <p>Les sociétés extérieures</p>	<p>Le calcul des durées de conservation est réalisé en fonction :</p> <p>des finalités pour lesquelles les données sont collectées</p> <p>de la durée de la relation contractuelle et de la typologie de contrat</p> <p>des obligations légales de Malakoff Humanis</p> <p>des prescriptions légales et réglementaires applicables de conservation</p>

	commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination du membre participant et de ses ayants droit		
Données relatives à la santé de l'assuré : le Numéro de Sécurité sociale (le « NIR ») et celui de ses ayants droit	<ul style="list-style-type: none"> La passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale 	<p>Le Service médical et toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical de Malakoff Humanis</p> <p>Acteurs de la protection sociale conformément à la liste fournie à l'article 2.A.1°) du Décret n° 2019-341 du 19 avril 2019</p>	

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données personnelles du membre participant et des ayants droit ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Le membre participant a la possibilité de donner son consentement ou de le retirer pour certains traitements, et d'indiquer les canaux de communication par lesquels il souhaite être sollicité (SMS, courriel, téléphone, courrier) en se rendant sur son Espace Client particulier.

Hormis les traitements nécessaires aux fins d'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique du membre participant et de ses ayants droit est recueilli pour permettre le traitement des données personnelles de santé. A ce titre, les données personnelles relatives à la santé du membre participant et celles de ses ayants droit sont traitées (1) dans des conditions qui garantissent un niveau de sécurité et de confidentialité notamment par la mise en œuvre de mesures

techniques et organisationnelles renforcées appropriées adapté au risque présenté par le traitement des données du membre participant et de ses ayants droit et (2) à notifier à la CNIL dans le délai prévu après la découverte d'une violation de données personnelles et (2.1) d'informer le membre participant dans les meilleurs délais si cette violation représente un risque pour ses droits et libertés.

Si les données personnelles du membre participant et de ses ayants droit venaient à être traitées chez un tiers situé dans un pays hors de l'Union européenne et qui ne présente pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'assurera que le tiers s'est engagé par contrat, via les clauses contractuelles types de la Commission européenne, à la protection du transfert de données par des garanties appropriées ainsi qu'au respect de la réglementation européenne en matière de protection des données à caractère personnel.

Le membre participant et ses ayants droit disposent de droits prévus par le RGPD (d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition à la prospection commerciale, et de portabilité de leurs données) qu'ils peuvent exercer :

- via le site internet Malakoff Humanis dans l'onglet dédié « Exercer mes droits »
- par mail à dpo@malakoffhumanis.com

ou

- par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9

Le membre participant et ses ayants droit peuvent formuler une réclamation auprès de la CNIL, et s'opposer au démarchage téléphonique en suivant les démarches distinctes indiquées dans la Politique de protection de Malakoff Humanis.

5.8. Lutte contre le Blanchiment des Capitaux et le Financement du Terrorisme

L'organisme assureur est tenu au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Cela se traduit pour l'organisme assureur par des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance pendant toute la durée de vie du contrat.

Pour ces raisons, l'organisme assureur peut être amené à recueillir des informations afin de vérifier l'identité du membre participant ou du bénéficiaire et de justifier des opérations réalisées.

5.9. Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

5.10. Loi applicable

La loi française est la loi sur laquelle se fonde l'organisme assureur pour établir les relations précontractuelles avec l'assuré ainsi que celle applicable au présent contrat notamment pour son interprétation ou son exécution. Compétence exclusive est attribuée aux tribunaux civils français.

5.11. Langue applicable

L'organisme assureur 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.

5.12. Fonds de garantie

Le membre participant est informé de l'existence du fonds paritaire de garantie contre la défaillance des mutuelles et leurs unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, fonds visé aux articles L.431-1 et suivants dudit Code.

TITRE VI – PIÈCES JUSTIFICATIVES

6.1. Pièces nécessaires à l'adhésion

Type de bénéficiaire	Pièces à fournir
----------------------	------------------

Membre participant 6.3. 6.4.	<ul style="list-style-type: none"> • Un relevé d'identité bancaire (RIB) pour le versement des prestations (NB. un seul RIB par famille). • Un mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé pour le règlement des cotisations y afférent. • Justificatif de domicile (facture électricité, eau, abonnement internet) • Une pièce d'identité en cours de validité • Une attestation de la collectivité territoriale employeur • La justification de la qualité de retraité de la fonction publique territoriale (affiliation au régime CNRACL et IRCANTEC) • Le cas échéant, le justificatif d'adhésion antérieure à un contrat ou règlement labellisé ou faisant l'objet d'une convention de participation, et selon la situation, l'attestation précisant le montant du coefficient de majoration ou l'attestation de non-majoration, établis par le dernier organisme auprès duquel le membre participant avait adhéré à un tel contrat ou règlement, • Le cas échéant, tout document permettant de justifier de sa date d'entrée dans la fonction publique si celle-ci est postérieure au 10 novembre 2011.
Ensemble des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> • la photocopie de l'attestation carte vitale délivrée par la Sécurité sociale.
Conjoints, Partenaires de PACS et concubins	<ul style="list-style-type: none"> • une déclaration sur l'honneur signée des deux conjoints, partenaires ou concubins
Pour les enfants à charge qui ne figurent pas sur votre attestation carte vitale :	<ul style="list-style-type: none"> • une attestation sur l'honneur complétée, datée et signée, précisant qu'ils sont bien fiscalement à charge au sens du présent règlement, • Le cas échéant, une copie : <ul style="list-style-type: none"> • du certificat de scolarité de l'année en cours (à renouveler chaque année), • du contrat d'apprentissage ou d'alternance, • d'une attestation d'inscription à France Travail, • de la carte d'invalidité ou mobilité inclusion ou de la notification d'attribution de l'allocation d'enfant ou d'adulte handicapé.

6.2
Pièces

nécessaires au paiement des prestations

Les demandes de prestations doivent être adressées à l'organisme assureur dans un délai de 2 ans à compter de la date des soins, tel que prévu à l'article 5.3 « Prescription »

Sous réserve que les garanties soient souscrites, le paiement des prestations peut être subordonné à la fourniture de pièces justificatives listées dans le tableau ci-dessous.

Le délai de remboursement prévu au contrat ne court qu'à compter de la réception complète des pièces qui auront été demandées par l'organisme assureur.

Toute somme indûment versée sera réclamée par l'organisme assureur.

Par ailleurs, ce dernier se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'elle jugerait nécessaires, avant ou après paiement des prestations.

Les pièces justificatives sont nécessaires dans les deux cas ci-dessous :

- Pour la liquidation de certains actes complexes :

Lorsque le niveau de prise en charge ne peut être identifié sans la communication de codes détaillés de la nomenclature de la Sécurité sociale, l'organisme assureur appliquera le niveau minimum prévu pour le code regroupé de cette nomenclature. Toutefois, si les pièces demandées sont transmises dans les deux ans de la date des soins, l'organisme assureur procédera à la régularisation à hauteur des garanties.

- Pour la liquidation de la totalité des actes couverts par le contrat, ponctuellement à des fins de contrôle et de lutte contre la fraude :

Si le membre participant ne transmet pas les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur, avant ou après le paiement des prestations, il s'expose à une annulation de sa prise en charge. Il devra restituer le montant des prestations indûment versées.

Traitement via Noémie	Justificatifs à fournir sur demande de l'assureur
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Facture acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés - Justificatif de la demande de la chambre particulière par le membre participant et de son montant - Le cas échéant, devis accepté par le membre participant avec les dépassements d'honoraires pour les actes médicaux
Cure thermique	Facture acquittée mentionnant les dépenses extra légales et les frais de transport et d'hébergement
Optique	<ul style="list-style-type: none"> - Devis détaillé et accepté par le membre participant - Facture détaillée et acquittée - Le cas échéant, prescription médicale initiale modifiée par l'opticien ayant adapté la vue ou l'orthoptiste - Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'opticien - Le cas échéant, bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste
Dentaire ⁽⁴⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Devis détaillé accepté par le membre participant - Facture détaillée et acquittée mentionnant les actes effectués, leurs codifications et les montants réglés - Implants : passeport implantaire
Aide auditive	<ul style="list-style-type: none"> - Devis détaillé et accepté par le membre participant - Facture détaillée et acquittée - Le cas échéant, certificat d'authenticité de l'équipement fourni par l'audioprothésiste - Le cas échéant, prescription médicale - Le cas échéant, bilan visuel réalisé préalablement au renouvellement de la prescription par un médecin ophtalmologiste
Appareillage	<p>Fauteuil roulant : les documents pouvant être demandés par la Mutuelle en fonction des cas :</p> <p>La facture détaillée (obligatoire pour un remboursement)</p> <p>L'ordonnance précisant le type de fauteuil ainsi que les options</p> <p>La demande de l'accord préalable adressée à la S.S</p> <p>Une attestation de droits CPAM indiquant l'invalidité</p>
Maternité	Photocopie du livret de famille ou acte de naissance
Adoption	Copie du jugement d'adoption plénière
Traitement via Noémie	Justificatifs à fournir dans tous les cas
Consultations et soins remboursés par la Sécurité sociale	Décompte original de la Sécurité sociale complété le cas échéant des pièces ci-dessus ou le ticket modérateur.
Consultations et soins non remboursés par la Sécurité sociale	Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'Etat ⁽¹⁾ dans sa spécialité et rappelant selon le cas le numéro de SIRET, ADEL ou RPPS ⁽³⁾
Pharmacie prescrite et non remboursée par la sécurité sociale ⁽²⁾	Ordonnance et facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'Etat dans sa spécialité et précisant le nom du produit
<p>(1) Les acupuncteurs doivent être des médecins inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins et titulaires d'un diplôme d'Etat appelé « capacité de médecine en acupuncture » ou des chirurgiens-dentistes ou des sage-femmes titulaires d'un diplôme interuniversitaire.</p> <p>(2) Liste des pharmacies autorisées à vendre sur internet : http://www.ordre.pharmacien.fr/ecommerce/search</p> <p>(3) RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé</p> <p>(4) Pour les traitements orthodontiques, seuls sont pris en charge ceux diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes. Concernant la parodontologie non remboursée par la Sécurité sociale, seuls les actes inscrits et codés selon la nomenclature de la Sécurité sociale en vigueur à date, font l'objet d'un remboursement. Les actes "codés" NPC (non pris en charge) ou NR (non remboursé) et les actes HN (hors nomenclature) sont exclus car non-inscrits à la nomenclature de la Sécurité sociale</p>	

PARTIE 2 – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES

Le règlement respecte le cahier des charges des contrats « solidaire et responsable ».

Par « **solidaire** », on entend un règlement dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du membre participant.

Par « **responsable** », on entend un règlement qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

Conformément à la réglementation, le règlement prend en charge les niveaux minimums de remboursements suivants :

- L'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire, y compris pour :
 - Les activités et dispositifs numériques de télésurveillance médicale ou à visée thérapeutique)
 - Les protections hygiéniques réutilisables remboursées par la sécurité sociale,
 - Les frais du parcours coordonné de bilan, de diagnostic et d'accompagnement du handicap pour les enfants de moins de 6 ans visé à l'article L. 2134-1 du code de la santé publique,
 - Les frais relatifs aux interventions et aux traitements réalisés dans le cadre des parcours coordonnés renforcés visés à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique,
 - Des frais relatifs aux examens de prévention bucco-dentaire mentionnés à l'article 2132-2 -1 du code de la santé publique ;
 - Des consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle et des séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes bénéficiant aux personnes handicapées, relevant de l'article L1411-6-4 du code de la santé publique ;
 - Des frais du parcours coordonné de bilan, de diagnostic et d'accompagnement du handicap pour les enfants jusqu'à 6 ans révolus, visé à l'article L2134-1 du code de la santé publique.
- La participation forfaitaire pour les actes mentionnés à l'article R.160-16 i du code de la sécurité sociale,
- La prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,
- Les prestations 100 % santé précisées ci-dessous,
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée. Le forfait journalier hospitalier est pris en charge **pour les seuls établissements hospitaliers mentionnés à l'article L174-4 du code la sécurité sociale, à l'exclusion des établissements médico-sociaux définis à l'article L.312-1 I-6 du Code de l'action sociale et des familles et à l'article L.174-6 du Code de la sécurité sociale** (Maisons d'Accueil Spécialisées, maisons de retraite, EHPAD, unités ou centres de soins de longue durée...).

Lorsque le tableau des garanties prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, celle-ci s'effectue dans la double limite de 100 % de la base de remboursement et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée minoré d'un montant égal à 20 % de la base de remboursement.

La majoration de la participation du membre participant et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.

Par conséquent, les garanties dites « responsables » respectent les obligations minimales et maximales légales et réglementaires de prise en charge.

À ce titre, le règlement propose obligatoirement les prestations prévues dans le cadre du 100 % Santé en optique, en dentaire et pour les aides auditives, dans le respect du calendrier prévu par les textes. Le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et aide auditive sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

Précisions sur l'application du 100 % santé

1. Optique

a. Généralités

L'équipement optique est composé de deux verres et d'une monture. Deux classes d'équipement optique sont ainsi définies :

- **L'équipement optique de « classe A »** est sans reste à charge pour le membre participant : cet équipement est remboursé aux frais réels dans la limite des prix limites de vente qui s'imposent aux opticiens pour l'application du « 100 % santé ».

- **L'équipement optique de « classe B »** : cet équipement est remboursé dans le respect des planchers et plafonds prévus dans le cadre du contrat responsable et dans les limites des garanties mentionnées dans le tableau de garanties.

Les éléments de ces équipements peuvent être mixés comme suit :

- **soit deux verres de « classe A » et une monture de « classe B »**,
- **soit deux verres de « classe B » et une monture de « classe A »**.

Si le tableau de garanties mentionne un **forfait unique**, le remboursement de l'élément de « classe B » se fera dans la limite du plafond de « classe B » correspondant à la correction visuelle du bénéficiaire de l'équipement, déduction faite du remboursement de l'élément de « classe A ».

Si le tableau de garanties mentionne un forfait dédié à chaque composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge s'effectue dans la limite de ces forfaits pour chaque composante.

Les verres neutres (c'est-à-dire sans correction dont la dioptrie égale à 0) sont exclus hors condition d'appairage. Les verres simples, complexes ou très complexes sont ainsi définis :

VERRES SIMPLES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

VERRES COMPLEXES

- Verre unifocal sphérique dont la sphère est hors zone de – 6,00 à + 6,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,
- Verre unifocal sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

VERRES TRES COMPLEXES

- Verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de – 4,00 à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est comprise entre – 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries,
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est inférieure à – 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie,*
- Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

*Sphère supérieure à une dioptrie de l-8DI soit -9D

b. Les délais de renouvellement

La périodicité de renouvellement de l'équipement est appréciée à compter de la date de facturation du précédent équipement, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'assureur.

Bénéficiaires concernés	Bénéficiaires de 16 ans et plus	Bénéficiaires de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	<ul style="list-style-type: none"> – 1 an suivant la dernière facturation – 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		

Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + la monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres .
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> – variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; – variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre) ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin – somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; – variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; – variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; – variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	<ul style="list-style-type: none"> – soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, – soit adaptation de la prescription médicale par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance. 	Sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres .	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 13/12/2018.	
Constatation de l'évolution de la vue	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

2. Dentaire

Trois paniers de soins prothétiques sont ainsi définis :

- Un panier « **100 % santé** » (les soins prothétiques dentaires concernés sont définis dans l'arrêté du 24 mai 2019) remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation qui s'imposent aux dentistes,
- Un panier **aux tarifs maîtrisés / modérés**, remboursé sans pouvoir excéder les honoraires limites de facturation et les garanties prévues dans le tableau de garanties,
- Un panier **aux tarifs libres**, permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués, remboursé dans la limite des garanties prévues dans le tableau de garanties.

3. Aide auditive

Deux classes d'équipement auditif sont ainsi définies :

- L'équipement auditif de « **classe I** » sans reste à charge : cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente qui s'imposent aux audioprothésistes pour l'application du 100 % santé.
- L'équipement auditif de « **classe II** » : cet équipement auditif est remboursé dans les conditions fixées dans le tableau de garanties, qui respectent le plafond de 1 700 euros prévu dans le cadre du contrat responsable. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires. En revanche, ce plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.
- La prise en charge d'une aide auditive par oreille **est limitée à une aide auditive tous les quatre ans** suivant la date de facturation de l'aide auditive, ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ou par l'organisme assureur. Le délai court indépendamment pour chaque équipement de chaque oreille.

4. Précisions sur certaines prestations

HOSPITALISATION

Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation chirurgicale ou médicale

Les forfaits « frais d'accompagnement » sont versés, selon le niveau souscrit, 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 30 jours par année civile.

Allocation Naissance ou adoption

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.

MEDICAMENTS ET MATERIEL MEDICAL

Prothèses capillaires et implants mammaires

Le forfait complémentaire est versé une fois sur toute la durée d'adhésion pour toute maladie nécessitant ce type d'appareillage survenue postérieurement à la date d'adhésion au présent règlement. Sera retenue comme date de survenance la date de mise en place du dispositif ALD. Il est versé sur présentation d'une prescription médicale et d'une facture acquittée.

OPTIQUE

Chirurgie réfractive

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

Implantologie

Implants (y compris pilier implantaire et pose de l'implant réalisés conjointement) non pris en charge par la Sécurité sociale. La Mutuelle verse un forfait par implant et dans la limite de 2 implants par année civile

Orthodontie non remboursée

Seuls sont pris en charge les traitements orthodontiques diagnostiqués, délivrés, suivis et facturés par un orthodontiste diplômé d'état. Cet orthodontiste doit être référencé auprès des autorités compétentes.

BIEN ETRE

Cure Thermale

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.

L'Organisme assureur verse un forfait supplémentaire par an et par bénéficiaire pour la prise en charge des frais de transport et d'hébergement. Concernant l'hébergement la prise en charge intervient 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 1er jour d'entrée dans les lieux du logement.

Les frais de logement résultant d'un hébergement en résidence principale ou secondaire du membre participant ou de l'un de ses ayant droit ainsi que les frais d'hébergement dans le cadre d'un hébergement familial ou amical ne sont pas pris en charge.

ASSISTANCE

Les prestations d'assistance et de téléconsultation, décrites dans les Conditions Générales valant notice d'information dénommées « ASSISTANCE SANTE 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.

PARTIE 3 – LES SERVICES

Devis conseil

L'Organisme assureur donne accès à des services qui facilitent l'accès aux soins ou bien encore participent à la prévention de risques santé.

Les services d'accès aux soins aident le membre participant à trouver facilement et simplement un professionnel de santé ou un établissement de soins. Ils permettent de limiter son reste à charge final, notamment par le biais d'accords tarifaires très avantageux.

Les services de prévention permettent au membre participant une meilleure prise en charge de sa santé, grâce à des conseils de santé personnalisés et des actions qui l'aident à mieux connaître ses risques et à les prévenir.

Ces services comprennent également des aides pratiques en cas de maladie, pour mieux l'accompagner.

L'ensemble de ces services est détaillé sur l'espace Assuré.

Afin de réduire le reste à charge des bénéficiaires, l'Organisme Assureur peut proposer un service d'analyse tarifaire des devis établis préalablement aux soins par le praticien.

C'est notamment le cas pour les frais d'optique.

L'opticien envoie le devis aux services de l'Organisme Assureur afin que celui-ci soit analysé ; le membre participant reçoit le montant du reste à charge éventuel par SMS et le complément de l'analyse sur le prix pratiqué par mail.

Réseau de professionnels de santé

L'Organisme Assureur donne accès à une plateforme de santé Kalixia.

Cette plateforme peut passer des conventions particulières avec les praticiens et les établissements de santé.

KALIXIA a notamment conclu un accord auprès d'opticiens, audioprothésistes, chirurgiens-dentistes et ostéopathes constituant un réseau permettant au membre participant de bénéficier d'avantages lorsque les dépenses y sont engagées.

En outre, le membre participant a accès à un comparateur hospitalier (Kalixiahospit) qui lui permet de facilement comparer et choisir l'hôpital qui répond le mieux à son besoin. Il accède également aux établissements hospitaliers recommandés par Kalixia pour leur performance et la qualité de leur prise en charge dans certaines spécialités chirurgicales programmées.

La liste des professionnels de santé et établissements hospitaliers appartenant aux réseaux Kalixia et le comparateur Kalixia Hospit sont disponibles sur l'espace Assuré.

Si la garantie le prévoit, des prestations plus élevées peuvent être accordées pour les dépenses engagées dans le réseau aux bénéficiaires qui ont recours au tiers payant. Ces prestations dans le réseau ne sont pas cumulables avec celles hors réseau.

En tout état de cause, le membre participant conserve le libre choix de son praticien et de son établissement hospitalier

Tableau de bord santé

Un service innovant pour piloter le budget santé et optimiser les dépenses de soins des assurés.

Le membre participant dispose d'un service complet d'analyse de ses dépenses de santé, assorti de conseils pour les optimiser, réduire les frais à sa charge et l'orienter vers une offre de soins de qualité au meilleur coût.

Accessible sur le site www.radiance.fr dans son espace client via la rubrique « mon compte », le Tableau de bord santé personnel offre une vue synthétique et pédagogique sur :

- **l'historique des remboursements :**

Chaque acte remboursé est détaillé avec le rappel de la date des soins, le bénéficiaire concerné, la nature de l'acte, les montants pris en charge par la Sécurité sociale et l'organisme assureur et le reste à charge éventuel.

- **l'analyse détaillée des dépenses de santé sur les douze derniers mois :**
Vue synthétique et graphique par catégorie de soins (médecine de ville, hospitalisation, pharmacie, optique, dentaire), par bénéficiaire et par type de prise en charge.
- **des conseils pour optimiser les dépenses de santé futures** en utilisant les services d'orientation selon les besoins du membre participant :
Réseaux de soins, Devis conseil, comparateur des hôpitaux, centres de santé partenaires, centres ophtalmologiques POINT VISION.
- **un mémo de prévention santé, personnalisé :**
Rappels des actions de prévention utiles pour préserver le capital santé selon le profil de chaque bénéficiaire.

ANNEXE N° 042025 AU REGLEMENT MUTUALISTE

COMMUNICATION « FRAIS DE GESTION » et « TAUX DE REDISTRIBUTION »

Pour l'année 2024, au titre de l'ensemble des contrats frais de santé assurés par Radiance Mutuelle :

❖ **Le taux de redistribution s'élevait à 74.6 %**

Ce ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

❖ **Le montant total des frais de gestion, exprimé en pourcentage des cotisations hors taxes, s'élevait à 18.3 %**

Ce ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.