

CONTRAT COLLECTIF NATIONAL CFR

**Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par chacune des fédérations membres de la CFR
au profit des adhérents des associations qu'elles regroupent**

Entre

Génération Mouvement – Fédération nationale

Domiciliée 19 rue de Paris, CS 50070 – 93000 Bobigny

Membre de la Confédération Française des retraités

Représentée par Henri Lemoine, président

Ci-après dénommée aussi « **Le Souscripteur** »

D'une part,

Et

Entre :

MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, n° de SIREN 449 571 256, dont le siège social est 75 avenue Gabriel Péri 38400 Saint-Martin d'Hères.

Représentée par David SALAT, Directeur Général, dûment habilité aux fins des présentes.

ci-après dénommée « la mutuelle », co-assureur.

Et :

MUTUALIA GRAND OUEST : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, n° de SIREN 401 285 309, dont le siège social est « Parc d'activité de Laroiseau », 6 rue Anita Conti, CS 82320, 56008 Vannes cedex

Représentée par Mme Isabelle GIRAUD, Directrice Générale, dûment habilité aux fins des présentes,

ci-après dénommée « la mutuelle » , co-assureur.

Et :

MUTUALIA ALLIANCE SANTE : mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, n° de SIREN 403 596 265, dont le siège social est 1 Rue André Gatoux 62024 Arras Cedex

Représentée par Mr Jérôme REBOUL, Directeur Général, dûment habilité aux fins des présentes.

Ci-après dénommée « la mutuelle », co-assureur.

Les mutuelles co-assureurs sont toutes membres de :

L'UMG MUTUALIA dont le siège social est sis au 19 rue de Paris – CS 50070 BOBIGNY CEDEX, régie par les dispositions du code de la mutualité et immatriculée au répertoire SIREN sous le numéro : 823 416 359,

Ci-après dénommée l' « UMG »

D'autre part,

Préambule :

Considérant que les personnes retraitées éprouvent des difficultés pour souscrire une couverture complémentaire santé de qualité, correspondant à leurs besoins, principalement en raison de son coût, la CFR a décidé de lancer en juin 2019, un appel d'offres auprès des opérateurs de complémentaire santé.

Considérant que la CFR a choisi de faire appel aux mutuelles du groupe MUTUALIA,

Considérant que la CFR souhaite s'appuyer sur les fédérations la constituant et sur leurs réseaux d'associations de retraités pour informer leurs membres de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat collectif santé harmonisé sur l'ensemble du territoire national, la CFR et les fédérations ont conclu avec MUTUALIA un **protocole de partenariat** organisant la gestion des relations contractuelles et le pilotage national du contrat de groupe à adhésion facultative.

Considérant que la CFR a invité chaque fédération la composant à souscrire le présent contrat de groupe à adhésion facultative,

Il est convenu ce qui suit :

Schéma contractuel du contrat

Le présent contrat, appelé ci-après « le Contrat » ou « le Contrat collectif facultatif à gestion individuelle » est un contrat souscrit par Générations Mouvement – Fédération nationale, agissant pour le compte et dans l'intérêt de ses associations adhérentes personnes morales ainsi que de leurs membres personnes physiques. Il est soumis à l'accord de partenariat signé par la CFR et ses Fédérations membres et par l'UMG Mutualia et ses trois mutuelles membres.

Pour les besoins du présent contrat, l'expression « les adhérents du Souscripteur » désigne les personnes physiques, membres des associations adhérentes à Générations Mouvement – Fédération nationale.

Il est à préciser que chacune des associations adhérentes à Générations Mouvement – Fédération nationale demeure, pour l'exécution du présent contrat, l'interlocuteur principal de ses membres.

Tout engagement du Souscripteur s'applique ainsi dans le cadre des relations des associations adhérentes avec leurs membres, cadre défini par leurs statuts et leurs règlements intérieurs.

Les Mutualia sont les assureurs du contrat ; afin d'assurer la couverture totale du territoire, les adhésions seront réalisées auprès des Mutualia selon le département de domiciliation des adhérents.

Il est rappelé que le présent contrat cadre est régi par la loi française (y compris en ce qui concerne la juridiction compétente en cas de litige) et notamment le code de la Mutualité et que la langue française est l'unique langue de communication des Mutualia.

Le contrat se compose des documents suivants : le présent contrat et les trois annexes ci-dessous :

Annexe 1 : Garanties

Annexe 2 : Cotisations

Annexe 3 : Glossaire

Chapitre I Objet et architecture contractuelle

Article 1 Objet du contrat

Le présent contrat a pour objet de faire bénéficier les membres d'associations, personnes physiques, affiliées à Générations Mouvement – Fédération nationale membre de la CFR, des garanties du contrat de complémentaire santé à adhésion facultative défini à **l'Annexe 1** ci-après.

Les membres personnes physiques des associations sont appelés ci-dessous « les adhérents ».

Peuvent également bénéficier des garanties du régime les ayants-droit des adhérents, tels que définis aux statuts respectifs de la Mutuelle et qui en auront fait la demande.

Les adhérents et les ayants-droits couverts par le présent contrat sont aussi appelés « les bénéficiaires ».

Article 2 Vie du contrat

Article 2-1 Date d'effet et durée du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} janvier 2020.

Il est souscrit dans le cadre de l'année civile à partir de sa date d'effet, coïncidant nécessairement au 1^{er} jour d'un mois et vient à échéance le 31 décembre de chaque année.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, par période d'un an, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions fixées à l'article 2-3 ci-dessous.

Article 2-2 Modification du contrat

Toute modification du contrat sera constatée par l'émission et la signature d'un avenant.

Ces modifications sont portées à la connaissance des adhérents par le Souscripteur.

Article 2-3 Résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié annuellement par Le Souscripteur ou Mutualia par lettre recommandée avec avis de réception adressée au plus tard le 31 Octobre de chaque année.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14/07/2019 et au plus tard au 01/12/2020, la résiliation par Générations Mouvement – Fédération nationale, peut être exercée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de sa souscription. La résiliation prend effet un mois après que le Gestionnaire en a reçu notification, et dans les conditions du texte réglementaire d'application à venir.

La résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause, entraîne à sa date d'effet, la cessation des garanties pour tous les adhérents et tous leurs éventuels ayants droit. L'adhésion des bénéficiaires prend fin à cette date.

Article 3 Bénéficiaires

Les adhérents au contrat sont les personnes physiques membres des associations adhérentes à la fédération d'associations, elle-même membre de la CFR.

Peuvent également bénéficier des garanties du régime les ayants-droit des adhérents, tels que définis aux statuts de Mutualia et qui en auront fait la demande.

Article 4 Conditions et modalités d'adhésion

Chaque adhérent du Souscripteur doit justifier de son adhésion à une entité membre de Générations Mouvement – Fédération nationale et compléter un bulletin d'adhésion dans lequel il indique son identité. L'adhésion est matérialisée par la signature du bulletin d'adhésion nominatif remis par l'adhérent à Mutualia.

En signant le bulletin d'adhésion l'adhérent devient membre participant de Mutualia.

La notion de signature recouvre tant la signature manuscrite apposée sur le bulletin d'adhésion, que la signature électronique dans le cas de souscription d'une garantie par voie électronique.

L'adhésion ne nécessite de répondre à aucun questionnaire de santé, conformément à la réglementation des contrats solidaires et responsables.

Vérification de l'appartenance à une association fédérée par la CFR. Chaque année, au cours du premier trimestre, Mutualia fournit à Générations Mouvement – Fédération nationale la liste des adhérents au contrat, membre d'une association regroupée au sein de Générations Mouvement – Fédération nationale à charge pour celle-ci d'informer Mutualia des radiations ou des mises à jour à opérer.

En cas de changement de domicile en dehors du champ territorial de Mutualia, son Conseil d'Administration peut décider du maintien ou non de l'adhésion de l'adhérent qui le sollicite par courrier adressé au Président du Conseil d'Administration.

L'adhérent joint au bulletin d'adhésion une photocopie de l'attestation de la carte d'assuré social des personnes à assurer de moins de 6 mois, un relevé d'identité bancaire, un mandat SEPA comportant le numéro IBAN, ainsi que l'ensemble des éléments visés dans ce bulletin.

L'adhésion est matérialisée par une carte d'adhérent.

L'adhérent se voit remettre, les statuts de Mutualia et le cas échéant, son règlement intérieur, ainsi que la notice d'information du contrat.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des droits et obligations définis par les statuts, le règlement intérieur (le cas échéant) et la notice d'information.

Article 4-1 Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur celle-ci et coïncidant avec le 1^{er} jour d'un mois.

Article 4-2 Durée de l'adhésion

L'adhésion est valable pour l'année civile, même pour les personnes adhérant en cours d'année.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 4-3 Mutuelle d'adhésion

La mutuelle d'adhésion est déterminée par le code postal de la résidence déclarée sur le bulletin d'adhésion, selon les modalités suivantes :

MUTUALIA GRAND OUEST pour les départements : 14, 18, 22, 27, 28, 29, 35, 36, 37, 41, 44, 45, 49, 50, 53, 56, 61, 72, 76, 85. Adresse postale : Mutualia Grand Ouest - 6 rue Anita Conti - CS 82320 – 56008 VANNES CEDEX

MUTUALIA ALLIANCE SANTE pour les départements : 2, 7, 11, 12, 17, 19, 23, 30, 34, 42, 43, 46, 48, 59, 60, 62, 66, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 86, 87, 91, 92, 93, 94, 95. Adresse postale : Mutualia Alliance Santé - Service Adhérent - 1 rue André Gatoux - CS 10905 - 62033 ARRAS Cedex

MUTUALIA TERRITOIRES SOLIDAIRES pour les départements : 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 2A et 2B, 21, 24, 25, 26, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 47, 51, 52, 54, 55, 57, 58, 63, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 83, 84, 88, 89, 90, 971 à 974, 98. Adresse postale : Mutualia Territoires Solidaires - 75, avenue Gabriel Péri - 38400 SAINT MARTIN D'HERES CEDEX

Article 5 Fin de l'adhésion

Article 5-1 Résiliation annuelle

a. Adhérents

L'adhérent a dans tous les cas jusqu'au 31 octobre pour résilier son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14/07/2019 et au plus tard au 01/12/2020, la résiliation par l'adhérent, peut être exercée à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de

sa souscription. La résiliation prend effet un mois après que le Gestionnaire en ait reçu notification, et dans les conditions du texte réglementaire d'application à venir.

b. Ayants droit

L'adhérent peut, de la même manière, résilier le rattachement de l'un de ses ayants droit à effet au 31 décembre de chaque année en adressant sa demande au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Article 5–2 Résiliation en cas de modification

En cas de modification de ses droits et obligations, l'adhérent peut résilier son adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité.

L'adhésion prend alors fin le 1^{er} jour du mois qui suit la date de réception par la Mutuelle de la lettre de résiliation.

Article 5–3 Conditions d'adhésion

L'adhésion prend fin lorsque les conditions de l'article 3 du présent contrat ne sont plus remplies depuis plus de six mois par l'adhérent.

Article 5–4 En cas de non-paiement des cotisations

Les garanties prennent également fin en cas de non-paiement des cotisations y afférentes, dans les conditions prévues à l'article 13 du présent contrat.

Article 5–5 Résiliation du contrat

Les adhésions prennent fin dans tous leurs effets en cas de résiliation du présent contrat.

Article 6 Dispositions particulières aux adhésions réalisées à distance ou « hors établissement »

Mutualia reconnaît aux adhérents un droit de renonciation dans les conditions définies ci-dessous, lorsque l'adhésion au contrat a été effectuée exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance (par exemple Internet, Vente par correspondance, téléphone) ou dans le cadre d'une vente hors établissement (démarchage à domicile, à résidence, sur le lieu de travail ou tout autre lieu non destiné à la commercialisation).

Aucun coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance n'est perçu par la Mutuelle. L'Adhérent conserve la charge de ses frais de communication, variable selon son opérateur.

Article 6–1 Prise d'effet de la souscription à distance ou hors établissement

En cas de souscription à distance ou hors établissement, la prise d'effet de l'adhésion au contrat est retardée jusqu'à l'expiration des délais de renonciation ci-dessous, sauf si l'Adhérent demande à Mutualia à bénéficier d'une prise d'effet antérieure à leur expiration. Est prise en compte à cette fin la date d'effet indiquée lors de l'adhésion.

Article 6–2 Droit de renonciation pour les souscriptions à distance

L'Adhérent qui a adhéré au contrat exclusivement par une ou plusieurs techniques de communication à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les informations prévues à l'article L. 121-28 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a).

Pour les adhésions renouvelables par tacite reconduction, ce droit de renonciation ne s'applique qu'au contrat initial.

Article 6–3 Droit de renonciation pour les souscriptions hors établissement

La Mutuelle reconnaît également à tout consommateur qui a adhéré au contrat hors d'un établissement habituel de la Mutuelle ou à la suite d'un démarchage individuel et personnalisé hors de cet établissement, la faculté d'y renoncer pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Article 6–4 Conséquence de l'exercice du droit de renonciation

L'Adhérent qui a demandé une prise d'effet de son adhésion antérieure à l'expiration des délais de renonciation ci-dessus reste redevable d'une somme égale au montant de la cotisation annuelle divisée par le nombre de jours séparant la prise d'effet de l'adhésion, de l'exercice de la renonciation.

En cas de renonciation dans les délais ci-dessus, la Mutuelle restituera à l'adhérent les sommes qu'il lui a versées dans les trente jours de la réception de sa renonciation, diminuées de la quote-part correspondant à la durée de la garantie dont il a bénéficié si le membre participant avait demandé une prise d'effet anticipé de son adhésion. La Mutuelle lui versera en outre, en cas de retard, des intérêts au taux légal à compter du trente-et-unième jour suivant cette renonciation.

Article 6–5 Modèle de courrier de renonciation

L'Adhérent qui souhaite exercer son droit de renonciation peut exprimer sa décision par toutes déclarations sous toutes formes, sous réserve qu'elle soit dénuée d'ambiguïté, le modèle figurant ci-dessous ayant un caractère facultatif.

Il est rappelé que la charge de la preuve de l'envoi de la renonciation pèse sur l'Adhérent.

Modèle de lettre de renonciation :

Madame, Monsieur,

Je soussigné (nom - prénoms) déclare renoncer à mon adhésion au contrat Mutualia CFR garanti par Mutualia Santé Atlantique, conclu (Choisir entre : « à distance » ou « dans le cadre d'un démarchage [Préciser les modalités de l'adhésion] »).

Mon adhésion prendra fin à la date de réception, par votre organisme, de la présente lettre de renonciation.

J'ai bien noté que Mutualia me remboursera la cotisation afférente à la période pendant laquelle j'étais couvert(e) dans un délai maximum de 30 jours à compter de cette date, déduction faite, le cas échéant, du montant des prestations versées.

Si ce dernier montant est supérieur au montant remboursé par La Mutuelle, je m'engage à reverser le différentiel.

En vous en remerciant par avance je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

ARTICLE 7 Engagement du Souscripteur, de la Mutuelle et des adhérents

Le Souscripteur s'engage à faire connaître le présent contrat à l'ensemble de ses adhérents dans le respect de la législation en vigueur. La Mutuelle s'engage à recueillir les demandes d'adhésion et à gérer les relations avec les adhérents.

Article 7-1 Obligations de l'adhérent envers Mutualia

a. Modification de situation familiale, sociale ou professionnelle

Tout changement administratif d'ordre familial et social (mariage, décès, séparation, divorce, concubinage, PACS [pacte civil de solidarité], appartenance à une autre mutuelle à titre obligatoire, changement d'adresse ou de compte bancaire, changement de statut professionnel, cessation d'activité etc.) doit être signalé dans les meilleurs délais aux services administratifs de la mutuelle, qu'il s'agisse de l'adhérent lui-même ou des membres de sa famille affiliés à la mutuelle de son chef.

b. Décès

En cas de décès d'un bénéficiaire le certificat de décès doit être produit dans un délai d'un mois suivant le décès. Sa radiation intervient à la date du décès, étant précisé que tout mois commencé est dû.

Les bénéficiaires rattachés à l'adhérent décédé restent garantis de plein droit jusqu'à l'échéance de paiement de la dernière cotisation encaissée.

Article 7–2 Obligations du Souscripteur envers les adhérents : Notice d’information

Conformément à l’article L. 221-6 du Code de la mutualité, Le Souscripteur s’engage à remettre à chaque adhérent une notice d’information établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues au contrat et leurs modalités d’entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice, ainsi que les statuts et, le cas échéant, le règlement intérieur de la Mutuelle à chaque adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, Le Souscripteur est également tenu d’informer chaque adhérent en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

La preuve de la remise à l’adhérent de la notice, des statuts et, le cas échéant, du règlement intérieur et des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe au Souscripteur.

Article 7–3 Information de La Mutuelle relative aux frais de gestion et d’acquisition

La Mutuelle communique annuellement à l’Adhérent le montant et la composition des frais de gestion et d’acquisition affectés aux garanties du présent contrat en pourcentage des cotisations ou primes y afférents.

Article 8 Choix des garanties

Article 8–1 Choix de la formule

L’adhérent peut opter pour l’une des trois formules proposées en remplissant la partie qui leur est dédiée au Bulletin d’affiliation.

Les ayants droit ne peuvent être rattachés qu’à la formule dont bénéficie l’adhérent.

Article 8–2 Changement de formule

A la hausse

En cas de passage du niveau 1 au niveau 3 ou en cas de passage du niveau 2 au niveau 3, le droit aux prestations dans cette nouvelle formule prend effet immédiatement, sous réserve d’un délai de carence applicable défini dans la grille de garanties en annexe 1. Une franchise de 6 mois s’applique pour les remboursements et allocations forfaitaires (panier libre) se rapportant aux prothèses dentaires, aux implants, à la parodontologie, à l’orthodontie, aux prothèses orthopédiques et auditives, à l’optique, et d’une manière générale à tous les appareillages. Pendant ce délai, les prestations seront remboursées conformément aux garanties de l’option initialement choisie.

A la baisse

Principe : Le changement n’est pas autorisé en cours d’année.

Exception : Toutefois, le changement est autorisé en cours d’année à titre dérogatoire s’il est justifié par des circonstances économiques ; il fait alors l’objet d’une décision expresse de la Mutuelle.

Il prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

Le changement de formule de l'adhérent s'applique obligatoirement à ses ayants droit qui ne peuvent bénéficier que de la formule dont il bénéficie et aux mêmes dates.

Article 8-3 Changement de Forfait Bien-être

La souscription n'est pas autorisée en cours d'année.

Elle peut intervenir au 1er janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

La résiliation n'est pas autorisée en cours d'année.

Elle intervient au 1er janvier de l'année suivant la demande, sous réserve d'un préavis de 2 mois.

Chapitre II Dispositions diverses

Article 9 Prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

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

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

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Souscripteur, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit contre lequel il prescrivait ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisie de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 10 Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des adhérents ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par La Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, l'adhérent et ses ayants droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

Article 11 Clause de sauvegarde

Les prestations et cotisations définies au présent contrat ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la signature du présent contrat.

Dans l'hypothèse de modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, les engagements de la Mutuelle ne pourront s'en trouver augmentés.

Ainsi, soit les parties conviennent par avenant au présent contrat des aménagements nécessaires à apporter aux cotisations et/ou aux prestations, soit les prestations resteront acquises sur la base du présent contrat c'est-à-dire que les cotisations et les prestations resteront identiques en valeurs absolues à celles appliquées avant les modifications des dispositions législatives ou réglementaires et/ou des bases de remboursement de la Sécurité sociale, ces modifications ne pouvant en aucun cas venir augmenter, en valeurs absolues, les engagements de la Mutuelle.

Article 12 Contrôle médical

Les différends d'ordre médical auxquels peut donner lieu l'exercice des garanties sont soumis à l'appréciation d'un médecin expert agréé par la Mutuelle. En cas d'expertise médicale, l'adhérent ou son ayant droit pourra se faire assister d'un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de désaccord entre le médecin du bénéficiaire et le médecin de la Mutuelle, les parties intéressées choisiront un troisième médecin pour les départager. Faute d'entente sur cette désignation, le choix sera fait par le Président du tribunal civil du domicile du bénéficiaire. L'avis du troisième médecin sera obligatoire pour le bénéficiaire et pour la Mutuelle qui supporteront par moitié les frais de sa nomination.

Article 13 Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondante, le cas échéant, à un sinistre réel. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion ou le contrat prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée, la Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Article 14 Réclamations

Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement et/ou un désaccord envers la Mutuelle. Il est précisé qu'une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation et que ces demandes doivent être adressées à l'interlocuteur ou-gestionnaire habituel.

Le Souscripteur ou l'Adhérent peut adresser une réclamation en s'adressant aux coordonnées indiquées sur la carte d'adhérent (carte de tiers payant) ou standard Mutualia dont le numéro est mentionné au même endroit.

Un accusé de réception lui parviendra dans les dix jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais.

Une réponse sera fournie au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Mutualia le tiendrait informé.

Article 15 Autorité de Contrôle

L'autorité chargée du contrôle de La Mutuelle est :

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

4 Place de Budapest - 75436 PARIS Cedex 09

Article 16 Loi Informatique et Libertés

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion et au suivi du contrat. Les destinataires des données sont La Mutuelle, son gestionnaire et ses sous-traitants, ainsi que, le cas échéant, les organismes de sécurité sociale.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, les adhérents, ainsi que leurs ayants droit bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes aux informations qui les concernent, droit qui peut être exercé en s'adressant aux coordonnées indiquées sur la carte d'adhérent (carte de tiers payant).

Ils sont également susceptibles de recevoir des offres commerciales de La Mutuelle ou de ses partenaires, sauf opposition de leur part, pour des produits et services analogues.

Chapitre III Garanties

Article 17 Objet et étendue des garanties

Les garanties « complémentaire santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de garantir aux Bénéficiaires le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les conditions et limites fixées dans le contrat.

Les garanties du présent contrat se déclinent en 3 niveaux :

- Niveau 1
- Niveau 2
- Niveau 3

Elles sont précisées à l'**Annexe 1** ci-après.

Article 18 Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour les adhérents et éventuellement leurs ayants-droit à la date de prise d'effet de leur adhésion. Il n'existe pas de période de stage ou de délai d'attente.

Article 19 Prestations garanties

Les prestations garanties sont définies en **Annexe 1** du présent contrat. L'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu à remboursement par la Mutuelle, sauf cas spécifiques mentionnés à la même annexe.

Article 20 Base de remboursement

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la base du remboursement de l'assurance maladie obligatoire ;
- soit sur des bases forfaitaires.

Les prestations exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sont indiquées en incluant la part de remboursement de l'assurance maladie obligatoire en vigueur au jour de l'adoption du présent contrat.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'assurance maladie obligatoire reste identique aux taux pratiqués en France. La Mutuelle ne rembourse que sur la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire française, uniquement dans les cas où cette dernière intervient, et ce, dans le cadre des « contrats responsables ».

Le niveau des prestations pourrait, le cas échéant, être renforcé dans le cadre des conventions conclues avec des opticiens lunetiers, audioprothésistes et chirurgiens-dentistes.

La Mutuelle délivrera à ses adhérents une information claire et complète tant sur les caractéristiques des réseaux de soins qu'elle a mis en place que sur l'impact de ceux-ci sur ses garanties.

Article 21 Actes non pris en charge par le Régime Obligatoire et actes antérieurs à l'adhésion

Les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire, ne donnent droit à aucun remboursement, à l'exception toutefois de certains actes, dans la limite des prestations expressément définies le cas échéant et pour chaque garantie mentionnée en Annexe 1.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins ou de facturation se situent avant la date d'effet du contrat et de l'adhésion, ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle.

Article 22 Limite des remboursements – principe indemnitaire

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la sécurité sociale (CSS) Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Article 23 Evolution de la réglementation de l'Assurance Maladie

Toute modification des prestations et/ou taux de remboursement par l'assurance maladie obligatoire ne pourra avoir pour conséquence d'augmenter les engagements de la Mutuelle, qui resteront en niveau, comme en montant, tel que définis avant ces modifications.

Article 24 Caractère « responsable » du contrat

Les garanties du présent contrat répondent au nouveau « cahier des charges » des contrats dits « responsables ».

Ces garanties s'inscrivent dans le cadre :

de la réglementation relative aux « contrats responsables », définie aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;

des dispositions relatives au « panier de soins minimum » définies aux articles L. 911-7 et D. 911-1 du Code de la Sécurité sociale.

du Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires,

En cas d'évolution de la législation en vigueur, le présent Contrat sera mis en conformité avec les nouvelles dispositions, en accord avec le comité de pilotage constitué en vertu des dispositions du protocole de partenariat (voir art 29) et, en tout état de cause, au plus tard à la date d'effet requise par la réglementation, par voie d'avenant signé par les parties.

En aucun cas les termes du présent Contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats dits « responsables ». En cas de contradictions, les règles du contrat « responsable » priment sur les présentes dispositions.

Les garanties prévues par le Contrat sont présentées en annexe à la présente Notice d'information.

Obligations de prise en charge :

Le présent contrat prend en charge :

L'intégralité de la participation des assurés définie à l'article R. 322-1 CSS, c'est-à-dire du ticket modérateur à l'exclusion de la majoration de la participation prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article L.162-5-3 et des participations forfaitaires et des franchises mentionnées ci-dessus.

Cette prise en charge concerne aussi la participation forfaitaire pour les actes dit « coûteux » visés à l'article R. 322-8 du CSS.

Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée, étant précisé qu'il s'agit uniquement du forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ainsi que le prévoit la circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015 ;

Prestations dentaires :

Toutes nos garanties couvrent l'intégralité de la participation de l'adhérent aux tarifs de prise en charge par le régime obligatoire des prestations dentaires.

Les plafonnements des autres garanties apparaissent en caractères très apparents sous les tableaux de garantie à l'annexe 1.

Prestations hospitalières

Frais de séjour :

La Mutuelle prend en charge la totalité du ticket modérateur relatif aux frais de séjours dans un établissement de santé public et privé conventionné par le régime obligatoire.

La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur relatif aux frais de séjour dans un établissement de santé privé non-conventionné sur la base du tarif d'autorité appliqué à ce type d'établissement.

Selon la garantie souscrite, les frais de séjour dans un établissement de santé privé non conventionné peuvent être pris en charge par la Mutuelle pour un montant supérieur au ticket modérateur.

Chambre particulière avec hébergement :

La Mutuelle verse à l'adhérent un montant forfaitaire par journée d'hébergement dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire.

En fonction des garanties souscrites, La Mutuelle verse à l'adhérent un montant forfaitaire par journée d'hébergement.

La prise en charge est illimitée pour les séjours en établissements de santé publics et privés conventionnés en hospitalisation de courte durée.

Limitations :

En ce qui concerne les établissements de soins de suite et de réadaptation (SRR), les établissements psychiatriques, les unités et centres de soins de longue durée visés à l'art. L. 174-5 du Code de la Sécurité sociale et tous les établissements de santé non-conventionnés, la prise en charge est limitée à 60 jours par année civile et par bénéficiaire.

La prise en charge est limitée à 120 jours pour les établissements SSR spécialisés en rééducation physique, déduction faite des 60 premiers jours du séjour.

Quelle que soit la catégorie d'établissement, la nature et la durée du séjour, la prise en charge de la chambre particulière par année civile et par bénéficiaire est plafonnée à un montant égal à 2 fois le PMSS en vigueur.

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses dans la limite des frais engagés.

La chambre particulière doit répondre à de réels critères de confort et d'intimité. La Mutuelle se réserve le droit de vérifier auprès de l'établissement si ces critères sont suffisamment respectés.

Chambre particulière sans hébergement : la Mutuelle ne prend pas en charge les frais d'une chambre particulière sans hébergement.

Dans le cadre de nos garanties, les adhérents qui en bénéficient peuvent utiliser le forfait confort à l'hôpital pour financer la chambre particulière sans hébergement.

Article 25 Gestion administrative

Mutualia délègue la gestion de ses contrats aux Caisses de Mutualité Sociale Agricole (MSA).

L'enregistrement des adhésions, les appels de cotisations et le règlement des prestations sont réalisés par la Caisse de MSA du lieu de résidence de l'assuré.

Le paiement des prestations se fera de la façon suivante :

- pour les assurés du régime général, au fur et à mesure de la souscription de contrats dans les départements, la Mutualia passera des accords d'image décompte avec les CPAM des départements concernés. Ainsi, la CPAM transmettra à Mutualia les copies des décomptes et les remboursements s'effectueront automatiquement sans intervention de la part de l'assuré ;
- pour les assurés du régime agricole, la Caisse de MSA du département de l'assuré traite l'ensemble de leur demande de remboursement et leur compte bancaire est simultanément crédité des sommes dues par le régime obligatoire et par Mutualia. L'adhérent reçoit ensuite un seul décompte rappelant les montants pris en charge par la MSA et Mutualia ;
- en outre, Mutualia s'engage à réaliser, dans la mesure du possible, le tiers payant global et généralisé avec la plupart des professionnels de santé. La carte d'adhérent mutualiste dispensera alors ses détenteurs de l'avance des frais pharmaceutiques, des frais d'hospitalisation sur accord de prise en charge et frais divers selon les conventions des régimes de Sécurité Sociale.

Chapitre IV Cotisations

Article 26 Fixation des cotisations

Les garanties sont acquises moyennant le paiement d'une cotisation mensuelle pour chaque bénéficiaire assuré. Le montant de la cotisation, précisé en annexe 2 ci-après, dépend du niveau de garantie choisi. S'agissant des adhérents relevant du Régime Maladie Obligatoire d'Alsace–Moselle, ou des adhérents affiliés au régime Agricole, un tarif spécial leur est appliqué.

Lorsque que l'adhérent d'une association membre de la Fédération XXXXX, fait également adhérer un ou plusieurs membres de sa famille, le tarif applicable à chacun des membres est celui du niveau souhaité.

Tous impôts et taxes, présents et futurs, auxquels le présent contrat pourrait être assujéti et dont la récupération n'est pas interdite, sont à la charge de l'adhérent et sont payables en même temps que les cotisations.

Article 27 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations sont appelées d'avance trimestriellement. Elles peuvent être payées au choix de l'adhérent lors de l'adhésion, soit mensuellement, soit trimestriellement, soit annuellement.

Article 28 Défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité, il peut être mis fin à la garantie de l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de l'échéance.

L'exclusion de l'adhérent ne peut intervenir qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de cette mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de sa cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au contrat. L'exclusion desdites garanties ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement de prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur des cotisations.

Article 29 Comité de pilotage

Dans le but de responsabiliser les bénéficiaires sur la consommation médicale, la CFR est régulièrement informée au moins une fois par an, de l'évolution du rapport sinistres/cotisations et des conséquences qu'il peut y avoir sur l'équilibre financier du régime.

Le suivi de la mise en œuvre du présent contrat sera assuré par un comité de pilotage composé de représentants de la CFR accompagnés d'un représentant du souscripteur et de représentants de l'UMG et de Mutualia.

Les modalités sont décrites dans le protocole de partenariat.

Article 30 Révision des cotisations.

Le montant des cotisations est révisé annuellement.

La révision tient compte notamment de l'équilibre du ratio Prestations/Cotisations tel que défini ci-après.

Le ratio P/C d'équilibre est fixé contractuellement à 86%.

P : correspond aux prestations relatives à l'exercice.

C : correspond aux cotisations encaissées (primes commerciales incluant les frais de chargement et les taxes)

La révision est soumise au protocole de partenariat.

Article 31 Révision du contrat et des cotisations : modalités

Les dispositions du contrat sont établies en fonction de la législation et de la réglementation de la Sécurité Sociale, notamment des bases et taux de remboursement de cet organisme en vigueur à la date d'effet du contrat.

En cas de changement de législation ou de la réglementation, la Mutuelle conserve la possibilité de proposer un aménagement des garanties et des cotisations, lequel sera mis en œuvre dans un délai raisonnable convenu avec le comité de pilotage prévu l'article 29.

Toute révision des tarifs et des garanties fait l'objet d'un avenant entre les co-contractants avant le 31 octobre de l'année en cours pour application au 1er janvier de l'exercice suivant.

Le Souscripteur s'engage à en informer ses adhérents conformément à l'article 2-2 du présent contrat.

Article 32 Formation

La CFR, dans le cadre de la formation des responsables de ses fédérations et associations membres, pourra solliciter l'assistance de l'UMG ou de la Mutuelle pour des interventions ou la production de documents relatifs à la diffusion de la complémentaire santé.

Article 33 Arbitrage

En cas de divergence dans l'exécution ou l'interprétation des clauses du présent contrat, le Comité de pilotage consigne les points de vue des parties après avoir recueilli les éléments qu'il juge nécessaires. Son avis de conciliation est rendu par écrit.

En cas d'échec de la procédure de conciliation susvisée, les cocontractants peuvent saisir un arbitre qu'ils auront désigné de façon consensuelle.

Si le litige persiste, il peut être porté devant les juridictions compétentes. Toutefois il est souhaitable que les parties épuisent toute forme de recours amiable avant d'arriver à un recours contentieux.

Article 34 Révision

Les dispositions du présent contrat ainsi que les documents qui y sont annexés peuvent être révisés sur demande motivée de l'une des parties et acceptation de l'autre partie, sous réserve de la validation du comité de pilotage prévu à l'article 29.

Article 35 Communication

Les parties s'engagent à soutenir ce dispositif et à en faire la promotion, par tous les moyens nécessaires, ce qui peut inclure : des rencontres à visées informatives ou promotionnelles, l'échange de fichiers d'informations (dans les limites imposées par l'article 16), la production de supports de communication.

La communication relative à ce contrat se fera de façon concertée ; ainsi, toute communication sur ce contrat à la presse écrite, générale ou spécialisée, télévisée, radiophonique, numérique ou en ligne, ne pourra être faite qu'après en avoir préalablement averti les Services Communication Marketing de l'Union Nationale Mutualia et les responsables de la CFR qui pourront réserver leur autorisation.

Article 36 Déclaration d'engagement

En foi de quoi les parties acceptent les termes du présent contrat et s'engagent à les respecter et à les faire respecter.

Fait à Paris, le 16 décembre 2019

Les trois Mutualia

Génération Mouvement – Fédération nationale

Annexe 1 : Garanties

MUTUALIA SANTE CFR - 2020

NIVEAU 1

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	100%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	100%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO hors Service Médical Rendu faible	30% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	100%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	100%
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée	-	-
Optique		
Equipements 100% santé (2)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (2)		
- Verres simples+monture	60%	50 €
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	125€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables)	60%	100%
Autres prestations optiques 100% santé (3)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (3)	60%	100%
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (3)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (3)	70%	100%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (3)		
- Prothèses prises en charge par le RO	70%	100%
Implantologie	-	-
Aides auditives		
Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (4)	60%	100%
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
Dépistage préventif		
- Ostéodensitométrie	70%	100%
Bien-être		
- Pédicure/podologue	-	30 € / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Étude et conseil sur devis en dentaire, optique et audioprothèses	-	Oui
Aides au retour à domicile après hospitalisation	-	Oui, selon conditions assistance

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins;
- OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Prévus à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(3) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

MUTUALIA SANTE CFR - 2020

NIVEAU 2

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	130%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO hors Service Médical Rendu faible	30% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO: patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerves, genouillères,...	60% à 100%	150%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	130%
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée	-	20 € / nuit
Optique		
Equipements 100% santé (2)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (2)		
- Verres simples+monture	60%	120€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	160€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (3)	60%	100% + 120€ / an
Autres prestations optiques 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (4)	60%	100%
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (4)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (4)	70%	100%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (4)		
- Prothèses prises en charge par le RO	70%	150%
Implantologie	-	150 € / implant
Aides auditives		
Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)	60%	100% + 300€ / appareil
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
Dépistage préventif		
- Ostéodensitométrie	70%	100% + 50€ / an
Bien-être		
- Pédicure/podologue	-	50 € / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Étude et conseil sur devis en dentaire, optique et audioprothèses	-	Oui
Aides au retour à domicile après hospitalisation	-	Oui, selon conditions assistance

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins;
- OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Prévus à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(3) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille. Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

MUTUALIA SANTE CFR - 2020

NIVEAU 3

	Régime obligatoire (RO)	Régime obligatoire + Mutualia
Soins courants		
Honoraires médicaux : consultations et actes techniques		
- Généralistes et spécialistes adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	150%
- Généralistes et spécialistes non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	70%	130%
Actes d'imagerie et d'échographie : IRM, endoscopie, radiologie, scanner...		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM / OPTAM-CO	70%	130%
Honoraires paramédicaux pris en charge par le RO : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues	60%	100%
Analyses et examens de laboratoire	60%	100%
Médicaments		
- Médicaments pris en charge par le RO hors Service Médical Rendu faible	30% à 100%	100%
- Substituts nicotiniques pris en charge par le RO : patches, gommes, pastilles	65%	100%
Matériel médical pris en charge par le RO : pansements, orthopédie, minerve, genouillères,...	60% à 100%	150%
Transports pris en charge par le RO	65%	100%
Hospitalisation		
Honoraires médicaux et chirurgicaux		
- Praticiens adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	150%
- Praticiens non adhérents à l'OPTAM/ OPTAM-CO	80% à 100%	130%
Frais de séjour	80% à 100%	100%
Forfait journalier hospitalier (1)	-	Frais réels
Chambre particulière avec nuitée	-	30 € / nuit
Optique		
Equipements 100% santé (2)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (2)		
- Verres simples+monture	60%	200€ dont 100 € max monture
- Verres complexes ou très complexes+monture	60%	300€ dont 100 € max monture
- Verres mixtes : 1 verre simple et 1 verre complexe ou très complexe+monture	60%	250€ dont 100 € max monture
Lentilles prises en charge par le RO (y.c jetables) (3)	60%	100% + 200€ / an
Autres prestations optiques 100% santé (4)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Autres prestations optiques à tarifs libres (4)	60%	100%
Dentaire		
Soins et prothèses relevant du dispositif 100% santé (4)	70%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Soins pris en charge par le RO ne relevant pas du dispositif 100% santé (y.c inlay onlay) (4)	70%	100%
Prothèses ne relevant pas du dispositif 100% santé (4)		
- Prothèses prises en charge par le RO	70%	200%
Implantologie	-	250 € / implant
Aides auditives		
Equipements 100% santé (à compter du 01/01/2021) (5)	60%	Frais réels plafonnés au prix limite de vente
Equipements à tarifs libres (6)	60%	100% + 450€ / appareil
Prévention		
Actes de prévention pris en charge par le RO	70%	100%
Dépistage préventif		
- Ostéodensitométrie	70%	100% + 50€ / an
Bien-être		
- Pédicure/podologue	-	50 € / an
Assistance et services		
Mutualia Assistance (cf. notice Mutualia Assistance)	-	Oui
Réseau de soins optique	-	Oui
Étude et conseil sur devis en dentaire, optique et audioprothèses	-	Oui
Aides au retour à domicile après hospitalisation	-	Oui, selon conditions assistance

- BR : Base de remboursement;
- RO : Régime Obligatoire;
- TM : Ticket Modérateur;
- OPTAM : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins;
- OPTAM-CO : Option pratique tarifaire maîtrisée applicable à l'ensemble des médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique;
- HAM : Hors Alsace-Moselle;
- AM : Alsace-Moselle;
- PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale;
- SMR : Service Médical Rendu;
- PEC : Pris en charge

Sauf précisions contraires, les prestations sont indiquées en pourcentage de la BR et incluent la part de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire en vigueur au jour de la conclusion du présent contrat. Lorsque les prestations sont forfaitaires, la Mutuelle rembourse le montant indiqué. Les forfaits équipements optiques et aides auditives incluent la prise en charge RO et le TM. Lorsque le professionnel de santé ou l'établissement de santé n'est pas conventionné avec l'Assurance maladie, la Base de Remboursement est le Tarif d'Autorité (dont le montant est très inférieur aux tarifs de remboursement pour les professionnels de santé ou les établissements conventionnés).

Les prestations sont accordées dans la limite des frais engagés sur présentation de justificatifs et sous réserve de remboursement par le RO, sauf stipulation contraire.

(1) Prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale, à l'exclusion du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux visés à l'article L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles.

(2) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. Equipements composés de deux verres et une monture. Limité à un équipement tous les deux ans, sauf en cas d'évolution de la vue et pour les enfants, selon les conditions et modalités de prise en charge prévues par la garantie.

(3) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(4) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie.

(5) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille.

(6) Tels que définis réglementairement et selon les modalités et conditions de prise en charge prévues par la garantie. A compter du 01/01/2021, prise en charge limitée à une prothèse par oreille et par bénéficiaire, tous les 4 ans, selon les conditions prévues par la garantie avec un remboursement limité à 1700€/oreille. Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

Annexe 2 : Cotisations



Gamme CFR (Confédération Française des retraités)

Tarifs mensuels TTC 2020

	Niveau 1		Niveau 2		Niveau 3	
	MSA	Hors MSA	MSA	Hors MSA	MSA	Hors MSA
Régime Général	67,85 €	72,32 €	79,05 €	84,26 €	84,71 €	90,29 €
Régime Alsace-Moselle	31,12 €	33,17 €	36,94 €	39,37 €	40,38 €	43,04 €

Annexe 3 : Glossaire

Adhérent / Membre participant : Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit, le cas échéant, à ses ayants droit.

Appareillage : Biens médicaux figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Base de remboursement (BR) : Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Les honoraires des praticiens peuvent être supérieurs à cette base (dépassements d'honoraires). On distingue :

- **le Tarif de convention (TC)** : Tarif appliqué lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Le taux de remboursement de la Sécurité sociale est calculé à partir de ce tarif qui est fixé par convention entre les Syndicats représentant les professionnels de santé et la Caisse nationale d'assurance maladie.

- **le Tarif d'autorité (TA)** : Tarif applicable au remboursement d'actes médicaux effectués par des praticiens non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

- **Tarif de responsabilité (TR)** : pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Sont synonymes : tarif de responsabilité (TR), tarif de convention (TC), tarif d'autorité (TA), tarif de référence, base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Bénéficiaire : Personne assurée au titre du présent contrat (membre participant / adhérent ou ayant droit), inscrite et portée au bulletin d'adhésion.

Conventionné/non conventionné : Situation des professionnels de santé et des structures de soins au regard de l'assurance maladie obligatoire, les frais pris en charge par l'assurance maladie obligatoire variant selon que le prestataire des soins (professionnel ou établissement de santé) a passé ou non une convention avec l'assurance maladie obligatoire.

Secteur 1 / Secteur 2 : Les tarifs pratiqués par les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire et la base de remboursement de cette dernière varient en fonction de la discipline du médecin (généraliste ou spécialiste) et de son secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2).

- Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par la convention nationale conclue entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants syndicaux de la profession (tarif opposable). Les dépassements d'honoraires ne sont autorisés qu'en cas de demande particulière du patient, comme par exemple, une consultation en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin. Ces dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.
- Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est autorisé à facturer des dépassements d'honoraires qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Il convient de distinguer :
 - ✓ Le médecin conventionné qui a adhéré au « contrat d'accès aux soins » (voir ci-après) qui pratique des dépassements modérés et dont les soins sont mieux remboursés tant par l'Assurance Maladie que par la Mutuelle.
 - ✓ Le médecin qui n'a pas adhéré au « contrat d'accès aux soins », et qui ne s'est donc pas engagé à modérer et stabiliser ses honoraires.

Le site Ameli direct permet de retrouver le secteur d'exercice du médecin et son éventuelle adhésion au contrat d'accès aux soins.

Contrat d'accès aux soins (CAS) : La finalité du contrat d'accès aux soins est d'améliorer le remboursement des soins en encadrant les dépassements d'honoraires.

Peuvent adhérer au CAS les médecins libéraux du secteur 2 (à honoraires libres), les médecins titulaires du droit à dépassement permanent et les médecins titulaires des titres leur permettant d'exercer en secteur 2.

Les médecins qui ont signé un CAS avec l'assurance maladie obligatoire s'engagent à réguler et modérer leurs dépassements d'honoraires.

En contrepartie, l'Assurance maladie obligatoire applique à l'activité des médecins signataires du CAS le taux de remboursement du secteur 1 (médecins appliquant des tarifs sans dépassements d'honoraires), de sorte que l'assuré social sera mieux remboursé.

Dans le cadre de la réglementation sur les contrats responsables, la Mutuelle rembourse également mieux les soins effectués dans le cadre du CAS que ceux effectués hors CAS.

Le site ameli.direct recense les médecins ayant adhéré au CAS.

Franchises médicales : Somme déduite des remboursements effectués par le régime obligatoire. Cette somme reste à la charge de l'assuré. Son montant est de :

- 50 centimes par boîte de médicament remboursable, sauf médicaments délivrés dans le cadre d'une hospitalisation,
- 50 centimes par acte paramédical, sauf pour ceux réalisés au cours d'une hospitalisation.
- 2 euros pour chaque transport sanitaire, sauf transports d'urgence.

La franchise est plafonnée :

- Annuellement : à 50 euros par personne, toutes prestations confondues ;
- Quotidiennement : à 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports sanitaires.

En sont exonérés :

- les enfants de moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement ;
- et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME).

Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat, ne rembourse pas ces franchises médicales.

Médecin traitant : Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

Participation forfaitaire des actes coûteux ou Forfait « 18 euros » : Participation forfaitaire qui s'applique sur les actes pratiqués lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe et dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte). Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait. Son montant peut être révisé par voie réglementaire.

Cette participation forfaitaire se substitue au Ticket modérateur, elle est prise en charge par Mutualia.

Parcours de soins coordonnés : Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursés normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Une personne est hors parcours de soins coordonnés si elle :

- **n'a pas déclaré de médecin traitant** ;

- **consulte un autre médecin sans être orientée par son médecin traitant**, sauf si elle se trouvait dans une situation d'urgence et/ou d'éloignement géographique.

Cependant, pour certains soins et certaines spécialités, un accès direct est possible sans passer par le médecin traitant. C'est le cas pour :

- **un gynécologue**, pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse, l'IVG médicamenteuse ;

- **un ophtalmologue**, pour la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;

- **un psychiatre ou un neuropsychiatre, pour les personnes entre 16 et 25 ans** ;

- **un stomatologue**, sauf pour des actes chirurgicaux lourds.

Hors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué et la Mutuelle, **au titre du caractère responsable du contrat, ne prend pas en charge la différence.**

Médecin traitant : Médecin généraliste ou spécialiste déclaré par le patient auprès de l'assurance maladie obligatoire. Il coordonne les soins et oriente, si besoin, le patient vers d'autres professionnels de santé.

Participation forfaitaire des actes coûteux ou Forfait « 18 euros » : Participation forfaitaire qui s'applique sur les actes pratiqués lors d'une consultation en ville ou en établissement de santé dans le cadre d'une consultation externe et dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60 (multiplicateur utilisé par l'assurance maladie obligatoire pour calculer le tarif de cet acte). Certains actes ne sont pas concernés par ce forfait. Son montant peut être révisé par voie réglementaire.

Participation forfaitaire d'un euro : Participation laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;

- des femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour après la date de l'accouchement ;

- et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ou de l'Aide médicale de l'État (AME) ;

Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 4 euros par jour, 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par Mutualia, au titre du caractère responsable du contrat.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : le PMSS est une base de calcul permettant de fixer chaque année les nouveaux montants des cotisations au régime de retraite de base et de retraite complémentaire, de l'aide au logement et des allocations chômage, etc.

Le **PMSS** sert également de référence aux remboursements de dépenses de santé. Le **plafond mensuel de Sécurité sociale** est donc autant une base de calcul des prestations sociales que des cotisations

Ticket modérateur : C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD)...