

NOTICE D'INFORMATION

FRAIS DE SANTE

**Contrat collectif à adhésion facultative souscrit par
l'association PASS**

Contrat administrés

Sommaire

1. Votre Mutuelle	3
2. Informations aux adhérents	3
3. L'adhésion au régime frais de santé.....	4
3.1. Bénéficiaires	4
3.2. Date d'adhésion	4
3.3. Formalités d'adhésion	4
3.4. Changement de situation en cours d'année	5
3.5. Cotisations.....	5
3.6. Durée renouvellement et résiliation de l'adhésion	5
3.7. Renonciation	6
4. Vos garanties frais de santé	7
4.1. Définitions	7
4.2. Etendu des garanties.....	8
4.3. Prise d'effet des garanties	9
4.4. Territorialité.....	9
4.5. Caractéristiques des garanties	9
4.6. Modification du niveau des garanties	9
4.7. Cessation des garanties	10
5. Vos remboursements de prestations	11
5.1. Ouverture des droits à prestations	11
5.2. Des remboursements rapides.....	11
5.3. Pièces à fournir lors de la demande de remboursement.....	12
5.4. Plafond de remboursement.....	12
6. Généralités.....	14
6.1. Prescriptions.....	14
6.2. Fausse déclaration	14
6.3. Protection des données à caractère personnel	14
6.4. Opposition à la prospection par téléphone	15
6.5. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	15
6.6. Réclamations	15
6.7. Médiation	15
6.8. Subrogation	16
6.9. Autorité de contrôle	16
7. Informations pratiques	17
7.1. Tiers payant	17
7.2. Devis dentaire et optique	17
7.3. Votre carte mutualiste.....	17
7.4. Extranet adhérent 24h/24	17
7.5. Nous contacter.....	17
7.6. Un réseau sanitaire et social mutualiste partenaire.....	17
8. Annexe : Tableau de garanties	18

1. Votre Mutuelle

Parce que la santé est un bien précieux qu'il faut préserver, vous bénéficiez auprès de MUTAMI d'un contrat collectif à adhésion facultative, souscrit par l'association « Promouvoir l'Accès à la Santé et aux Soins » (PASS) au profit de ses membres, pour vous accorder le bénéfice d'une garantie santé.

La présente notice précise les conditions dans lesquelles la Mutuelle MUTAMI, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité, vous assure le versement de prestations en remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Pour la bonne compréhension, le membre adhérent est dénommé ci-après « adhérent » ou « membre », au sein de la présente notice d'information.

N'hésitez pas à nous contacter, cette Mutuelle est la vôtre !

2. Informations aux adhérents

La présente notice d'information et son annexe, qui en fait partie intégrante, vous permet de connaître les garanties définies au contrat frais de santé collectif souscrit par l'association souscriptrice, les conditions de son application, les formalités à accomplir et les justificatifs à fournir.

Cette notice indique également le contenu des clauses édictant les nullités, les déchéances, les exclusions ou les limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

En application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, le souscripteur est tenu de remettre cette notice à chaque adhérent.

D'un commun accord entre la mutuelle et le souscripteur, il est convenu que cette dernière donne mandat à la mutuelle pour effectuer la remise de la notice d'information.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, le souscripteur est tenu de vous en informer en vous remettant une notice mise à jour ou un additif établi à cet effet.

D'un commun accord entre la mutuelle et le souscripteur, il est convenu que le souscripteur donne mandat à la mutuelle pour effectuer la remise de ces éléments.

3. L'adhésion au régime frais de santé

3.1. Bénéficiaires

• Adhérent

Vous-même, membre de l'association et administrés de la commune partenaire lors de la demande d'adhésion au contrat, sous réserve d'en faire la demande conformément au paragraphe « formalités d'adhésion » ci-après.

Les garanties et prestations peuvent être étendues à vos ayants droit sous réserve que ces derniers soient inscrits au contrat via le bulletin d'adhésion et en contrepartie du paiement de la cotisation correspondante.

• Vos ayants droit

Sont considérés comme vos ayants droit :

- **Votre conjoint**, légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestations, ou **vos partenaires avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité**, ou votre concubin notoire, sur présentation, selon le cas, d'une attestation sur l'honneur de vie commune ou de la copie du pacte civil de solidarité.
- Vos **enfants à votre charge** ou ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin :
 - Affiliés en tant qu'ayant droit au régime de base de sécurité sociale
 - Tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son **18^{ème} anniversaire** (sans justificatif),
 - Tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son **27^{ème} anniversaire** et sur justificatif,
 - o s'il poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité,
 - o s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi sur présentation de l'attestation d'inscription,
 - o s'il est sous contrat d'alternance (apprentissage, professionnalisation...) sur présentation du contrat d'alternance.

Les justificatifs nécessaires devront être produits annuellement.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et

de la famille et que son état d'invalidité est survenu avant son 21ème anniversaire.

3.2. Date d'adhésion

L'adhésion prend effet à la date de réception du dossier complet par la mutuelle comprenant les pièces visées au paragraphe « Formalités d'adhésion ».

La date d'adhésion sera indiquée sur le courrier de confirmation de votre d'adhésion envoyé par la mutuelle précisant la date de prise d'effet des garanties, le niveau de garantie choisi et le montant de la cotisation annuelle.

A la date d'adhésion, vous devenez membre participant de la Mutuelle et pouvez exercer à ce titre vos droits mutualistes conformément aux statuts de la Mutuelle, qui vous ont été remis avec la présente notice.

3.3. Formalités d'adhésion

- Adhésion à l'association

Pour adhérer au contrat collectif frais de santé, vous devez être membre de l'association souscriptrice du contrat.

Vous devenez membre de l'association souscriptrice en cochant la case destinée à cet effet sur le bulletin d'adhésion au contrat collectif frais de santé et en vous acquittant de la cotisation associative annuelle dont le montant est défini conformément aux statuts de l'association qui vous ont été préalablement communiqués.

D'un commun accord entre le souscripteur et la mutuelle, il est convenu que la cotisation annuelle due au titre de l'adhésion à l'association est appelée avec la cotisation au contrat collectif frais de santé par la mutuelle pour le compte du souscripteur.

- Adhésion au contrat collectif frais de santé

Pour adhérer au contrat, il convient de remplir le bulletin d'adhésion, le dater et le signer avant de nous le retourner, accompagné des pièces suivantes :

- la copie de votre attestation vitale à jour,
- la photocopie de votre justificatif d'identité ainsi que celui de vos ayants droit,

- les pièces justificatives attestant de la situation des ayants droit,
- un relevé d'identité bancaire à votre nom (le versement des prestations s'effectue par virement bancaire),
- un mandat SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire.
- une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées afin de justifier être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse dont vous relevez.
- un justificatif de domicile (de moins de 3 mois).

Vous devez transmettre directement ces documents à la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit, par ailleurs, de demander toute autre pièce justificative complémentaire.

3.4. Changement de situation en cours d'année

Votre **situation familiale** évolue, votre famille s'agrandit. Vous changez d'**adresse** ou de **domiciliation bancaire**.

Vous devez nous en informer en remplissant un bulletin de modification de situation familiale, d'adresse ou de relevé d'identité bancaire (accompagné des justificatifs : attestation de vie commune, PACS, justificatif de domicile, RIB...).

Si vous changez de domicile et ne nous avez pas communiqué la nouvelle adresse et un justificatif de domicile de moins de trois mois, tous les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

3.5. Cotisations

• Montant

Le montant des cotisations est indiqué sur le bulletin d'adhésion et le courrier confirmation de votre adhésion envoyés par la mutuelle.

Les cotisations sont établies par année civile. Les frais de gestion inhérents à la convention de participation sont inclus dans la cotisation.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

• Paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance en fonction de la garantie choisie. Elle est due au 1er janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents en cours

d'année, à partir de la date d'adhésion et date d'inscription pour les ayants-droit le cas échéant.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire ou postal, chèque ou mandat. Son paiement peut être fractionné par mois (uniquement en cas de règlement par prélèvement automatique), par trimestre ou par semestre.

• Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées chaque année d'un commun accord entre la Mutuelle et l'association souscriptrice.

En cas de modification des cotisations, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion au présent contrat dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice d'information actualisée.

• Défaut de paiement des cotisations

L'adhérent assure directement le paiement des cotisations auprès de la Mutuelle. Le défaut de paiement d'une seule cotisation dans les dix jours de son échéance pourra entraîner votre exclusion, et le cas échéant celle de vos ayants droit. L'exclusion pourra intervenir dans un délai de quarante jours à compter de l'envoi d'une mise en demeure restée sans effet. La mise en demeure peut être adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations. La mise en demeure vous informera que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner l'exclusion des garanties.

3.6. Durée renouvellement et résiliation de l'adhésion

L'adhésion est effectuée pour une durée minimum d'un an et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation dans les conditions suivantes :

- A la date de résiliation du contrat demandée par le souscripteur ou par la mutuelle ;
- A la date à laquelle vous demandez la résiliation de votre adhésion :

1/ à l'échéance annuelle soit au 31 décembre de l'année au cours,

Dans ce cas, vous pouvez demander la résiliation de votre adhésion avant le 31 octobre de chaque année, le cachet de la poste faisant foi.

2/ À tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de votre adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité.

Dans ce cas, la résiliation prendra effet un mois après réception de votre demande.

Votre demande de la résiliation doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée :

- Soit par lettre à l'adresse suivante : MUTAMI, Service résiliation, 70 boulevard Matabiau, CS 46951, 31069 Toulouse cedex 7
- Soit par tout autre support durable (ex : email) ;
- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou chez le représentant de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire.

3/ En cours d'année en cas d'ouverture des droits à la complémentaire santé solidaire (article L.861-3 du code de la sécurité sociale) ;

Dans ce cas, la résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire conformément aux dispositions de l'article L.861-5 du code de la Sécurité sociale.

Votre adhésion cesse également :

- En cas de perte de votre qualité de membre de l'association souscriptrice en application des statuts de l'association ;
- En cas de perte de votre qualité de membre participant de la mutuelle en application des statuts de la Mutuelle ;
- En cas de défaut de paiement des cotisations en application du paragraphe « Défaut de paiement des cotisations » ci-avant.

L'adhésion cesse également en cas de décès de l'adhérent. Toutefois les ayants-droit peuvent demander le bénéfice d'une garantie individuelle ou devenir adhérent au présent contrat en formulant une demande à la Mutuelle.

3.7. Renonciation

• Vente à distance

En cas de commercialisation dans le cadre de la vente à distance : conformément à l'article L 221-18 du code de la mutualité, vous disposez d'un droit de renonciation qui peut être exercé dans les quatorze jours calendaires révolus suivant la prise d'effet de votre adhésion au contrat ou bien la réception de la documentation contractuelle si celle-ci est postérieure à la date d'effet de l'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Lorsque l'adhésion a pris effet, à votre demande expresse, avant expiration du délai de renonciation, vous serez informé par la mutuelle du montant de cotisation dont vous devrez vous acquitter, en cas de renonciation. Cette portion de cotisation correspond à la période pendant laquelle le risque a couru.

• Démarchage à domicile

En cas de commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail : conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Dès lors que vous avez connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La mutuelle vous remboursera le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion.

• Formalisme en cas de renonciation

Dans le respect de ces délais, vous pourrez procéder à la renonciation de votre adhésion au contrat par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et adresser sa demande à l'adresse suivante : Mutami, 70 Boulevard Matabiau - CS46951 - 31069 Toulouse Cedex 7.

Exemple de lettre type de renonciation : « Je soussigné (nom prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat (numéro de contrat) à la Mutuelle ayant pris effet le et demande le remboursement de la totalité des sommes versées (Date et signature de l'adhérent). »

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

4. Vos garanties frais de santé

4.1. Définitions

• Assurance maladie obligatoire :

L'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

• Assurance Maladie Complémentaire :

Ensemble des garanties proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

• Auxiliaires médicaux :

Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

• Base de remboursement :

Tarif de référence de l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement.

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession ;
- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

• Consultation médicale :

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au

cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

• Forfait journalier :

Le forfait journalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

• Parcours de soins :

Circuit que les patients doivent respecter pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entre également dans le parcours de soins tout acte auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel le patient est adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé à savoir : les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans,

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué.

• Prescription médicale :

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

• Prestations :

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

• Reste à charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de sa complémentaire santé.

Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué : du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire), de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire, des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires, de l'éventuel forfait journalier hospitalier, des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

L'assurance maladie complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

• Ticket modérateur :

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.

Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillage) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

• Dépassement d'honoraire :

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérent à l'OPTAM.

• Médecin adhérent à l'OPTAM - OPTAM-CO ou Non adhérent à l'OPTAM - OPTAM-CO (également appelé « Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée- DPTAM »)

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, désignent des contrats mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'Assurance Maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements

d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

Depuis le 1er janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :

- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - CO (dite OPTAM-CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
- à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Le caractère « responsable » de la couverture a une incidence sur le remboursement des prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) pourront bénéficier, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuaire.sante.ameli.fr est à la disposition de tous.

4.2. Etendu des garanties

Vos garanties sont définies au tableau des garanties en annexe de la présente notice.

Si vous avez le choix entre plusieurs garanties, votre choix apparaît sur votre bulletin d'adhésion et est rappelé par le courrier de confirmation de votre adhésion envoyée par la mutuelle.

Les garanties accordées viennent en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire au titre des prestations en nature dans la limite des frais réellement engagés.

Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sous forme de forfait selon l'option choisie.

Elles peuvent, le cas échéant faire l'objet d'un plafonnement de remboursement.

La Mutuelle peut prendre en charge, dans les conditions fixées au tableau de garanties figurant en annexe, certains frais n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Les frais doivent avoir été engagés pendant la période de garanties. La date des actes retenue est celle mentionnée au paragraphe « ouverture des droits à prestations » ci-après.

4.3. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour vous et vos ayants-droit inscrits au contrat, à votre date d'adhésion.

Si l'inscription des ayants-droit au contrat est demandée par l'adhérent postérieurement à la date d'adhésion, les garanties prennent effet au bénéfice de ces derniers, à la date de réception de la demande par la mutuelle sous réserve de la fourniture des justificatifs visés au paragraphe « formalités d'adhésion » ci-avant.

Les nouveau-nés ainsi que les enfants adoptés sont garantis dès le premier jour de leur naissance ou le premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille, dès lors que la date d'inscription est adressée à la Mutuelle dans les trois mois suivant sa naissance ou son adoption.

4.4. Territorialité

Les garanties ne vous sont acquises que si vous effectuez vos soins sur le territoire français. Les garanties frais de santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois mois et sous réserve que vous bénéficiiez d'un régime de base obligatoire de Sécurité Sociale.

Les prestations de la Mutuelle viennent en complément des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et sont payées en euros.

A ce titre, les soins engagés à l'étranger, non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

4.5. Caractéristiques des garanties

Le contrat est dit « solidaire » lorsqu'aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'adhérents et le cas échéant de ses ayants-droit.

Le contrat est dit « responsable » lorsque les garanties proposées par la mutuelle répondent aux conditions de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale ainsi qu'aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

Ainsi, les obligations de prise en charge minimale et maximale définies par les textes en vigueur sont précisées au sein du tableau des prestations annexé à la présente notice.

Les garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable prennent obligatoirement en charge :

- le remboursement minimum du ticket modérateur selon le respect du parcours de soins coordonnés, des soins et biens remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception des frais de cures thermales, les médicaments remboursés à 30 % et à 15 %, et les spécialités et préparations homéopathiques, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier, facturé par les établissements de santé, sans limitation de durée.
- un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins «100% Santé» pour les lunettes et une partie des prothèses dentaires et certaines aides auditives, dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% Santé.

Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Par ailleurs, le contrat responsable ne couvre jamais les dépenses liées :

- à la participation forfaitaire acquittée par l'adhérent ou ses ayants droit et applicable aux consultations et à certains examens médicaux ;
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ;
- les franchises médicales mises à la charge de l'adhérent ou ses ayants droit par la Sécurité sociale concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires (ex : 0,50€ par boîte de médicament),

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la Santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

En outre, la mutuelle communiquera le ratio relatif aux Prestations/Cotisations, ainsi que le ratio relatif aux frais de gestion et la composition de ces frais affectés aux garanties santé selon les modalités prévues par l'arrêté du 6 mai 2020.

4.6. Modification du niveau des garanties

Lorsque le contrat prévoit plusieurs niveaux de garanties, vous pouvez demander un changement de garantie

après l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de votre adhésion.

En cas de modification de garantie, vous bénéficiez des dispositions de sa garantie antérieure jusqu'à la date d'effet de la nouvelle garantie.

Le changement de niveau de garantie prend effet le 1er jour du mois suivant un délai de prévenance de 30 jours à compter de la réception par la mutuelle de votre bulletin de modification.

Tout changement de niveau de garantie concernera l'ensemble des bénéficiaires (adhérent et ayants-droit inscrits) de la garantie prévue au contrat.

4.7. Cessation des garanties

Les garanties prennent fin à la date de la cessation de l'adhésion, conformément au paragraphe « Durée de l'adhésion, renouvellement et résiliation » ci-avant.

La cessation de vos garanties entraîne en tout état de cause celle de vos éventuels ayants-droit.

Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour vos ayants droit :

- à la date de cessation du paiement des cotisations les concernant conformément au paragraphe « défaut de paiement des cotisations » ci-avant.
- au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition de l'ayant droit.

5. Vos remboursements de prestations

5.1. Ouverture des droits à prestations

La date d'ouverture des droits à prestations correspond à votre date d'adhésion conformément au paragraphe « date d'adhésion » ci-avant.

Pour vos ayants-droit, la date d'ouverture des droits à prestations correspond pour ces derniers à votre date d'adhésion ou, si l'inscription est postérieure à la date d'adhésion, à la date d'inscription telle que précisée au paragraphe « date de prise d'effet des garanties » ci-avant.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date de soins est postérieure à la date d'ouverture des droits à prestations peuvent donner lieu à prise en charge au titre du contrat.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture.

Aucune prestation ne sera servie après la date de cessation de vos garanties sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

5.2. Des remboursements rapides

Lorsque votre caisse d'assurance maladie le permet, vous bénéficiez du service de la télétransmission automatique des décomptes entre l'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle dit système NOEMIE (sauf demande contraire de votre part adressée par courrier à la Mutuelle). De plus, vous pouvez bénéficier auprès de certains professionnels de santé du système du tiers payant.

• Fonctionnement de NOEMIE

(flux informatique entre l'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle)

Votre médecin transmet à l'assurance maladie obligatoire les informations (carte vitale) ou bien vous adressez vous-même votre feuille de soins à votre Caisse d'assurance maladie. Celle-ci vous rembourse les prestations (la part Sécurité Sociale) et vous adresse un décompte portant la mention « **Nous avons également transmis ces informations à votre organisme Mutuelle Mutami** ».

L'assurance maladie obligatoire nous transmet informatiquement le reflet de son remboursement. Vous n'avez donc pas à transmettre à la Mutuelle les décomptes de la Sécurité Sociale. Vous recevrez le virement de la part Mutuelle sur votre compte. Un relevé de prestations de la Mutuelle vous est adressé mensuellement et/ou est consultable sur votre Espace Adhérent.

Si vous ne bénéficiez pas de la procédure NOEMIE ou si votre conjoint a son propre régime complémentaire maladie vos demandes de remboursement seront traitées manuellement.

• Tiers-payant

Dans le mois suivant votre adhésion, vous recevrez une carte mutualiste attestant de votre adhésion à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour vos ayants droit, lorsqu'ils sont inscrits au contrat. Les cartes sont délivrées annuellement et sont renouvelées automatiquement.

Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste qui vous a été remise par la Mutuelle,
- hospitalisation, dentaire, optique et aides auditives sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé à la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux s'entend de l'utilisation, par vous-même ou vos ayants-droit le cas échéant, de la carte mutualiste alors que vous n'êtes plus bénéficiaire des garanties, ou de toute autre personne agissant en

connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, vous devez cesser d'utiliser la carte mutualiste.

5.3. Pièces à fournir lors de la demande de remboursement

Sauf si vous le refusez, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'assurance maladie obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE, lorsque votre caisse d'assurance maladie le permet. Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'assurance maladie obligatoire.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'assurance maladie obligatoire et des factures acquittées.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

De manière générale, les pièces suivantes pourront être réclamées à l'adhérent, selon le type de prestations :

- la facture nominative (portant la mention «acquittée», le cachet et la signature du professionnel de santé),
- la prescription médicale,
- le décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante : Mutami, Service prestation, 70 boulevard Matabiau, CS 46951, 31069 Toulouse cedex 7

Sous réserve d'accord de la Mutuelle, les pièces justificatives pourront être adressées sous format dématérialisé par mail à l'adresse suivante :

prestation@mutami.fr

5.4. Plafond de remboursement

• Limite de remboursement

Les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à votre charge ou celle de vos ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels vous avez droit.

Vous vous engagez, sur simple demande de la Mutuelle, à nous présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des douze derniers mois.

En outre, en cas de régularisation ultérieure de la caisse d'assurance maladie, vous vous engagez à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif que vous avez reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

• Prestations indues

Vous vous engagez à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit.

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la Mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée que vous n'auriez pas remboursée, par toute voie de droit.

• Pluralité d'assureurs pour un même risque

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Si vous bénéficiez pour le même risque d'une garantie auprès d'un autre organisme assureur, vous devez en informer la Mutuelle.

Dans ce cas, vous devrez fournir les originaux des décomptes de prestations payées par l'Assurance maladie obligatoire ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des organismes assureurs ayant pris en charge le remboursement des soins de santé en premier lieu, pour obtenir le remboursement intégral des prestations, dans la limite des frais réellement engagés.

• Contrôle médical des prestations

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées ou répétées, ou encore en cas de suspicion de fraude. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus de votre part ou de vos éventuels ayants-droit de vous soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat vous serait défavorable, ou à votre ayant droit, vous devrez restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin que vous, ou votre ayant droit, avez désigné, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et vous-même ou votre ayant droit.

En cas de fraude avérée, vous ou votre éventuel ayant droit supporterez la totalité des honoraires du tiers expert.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et vous-même ou votre ayant droit.

6. Généralités

6.1. Prescriptions

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant de la convention de participation déclinée dans la présente notice d'information est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir 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, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

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 avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Médiation » de la présente notice.

6.2. Fausse déclaration

Les déclarations que vous faites servent de base à la garantie. La Mutuelle se réserve la possibilité de vérifier les données communiquées, l'exactitude des documents produits lors de la souscription, du versement des cotisations ainsi qu'au moment du versement des prestations.

Conformément à l'article L.221-14 du code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, la garantie qui vous est accordée par la Mutuelle est nulle, dès lors que cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

6.3. Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de l'exécution du contrat, vos données à caractère personnel et le cas échéant celles de vos ayants-droits sont traitées par la Mutuelle (dénomination de la MUTUELLE), en qualité de responsable de traitement conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « Loi informatique et libertés ») et au Règlement Général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2017 (dit RGPD).

Les données collectées et traitées ont pour finalité : la gestion commerciale des adhérents et prospects (prospection et animations commerciales), de passation, la gestion et l'exécution des contrats, de gestion des services complémentaires, de réalisation de traitements statistiques et d'études actuarielles (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro sécurité sociale, de l'exercice des recours, de la gestion des réclamations et des contentieux et de la gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire aux dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur auxquelles la Mutuelle est soumise (comme la prévention et la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux) et pour assurer la

gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle Ces traitements sont nécessaires, en fonction de leur finalité, à l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles prises à votre demande, au respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise, aux fins des intérêts légitimes poursuivies par la Mutuelle. Certains traitements peuvent également se fonder sur votre consentement.

Ces données peuvent être destinées aux salariés de la Mutuelle en charge de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, de la gestion commerciale et ceux en charge du contrôle, mais aussi à des tiers extérieurs à la Mutuelle tels que des organismes de sécurité sociale, professionnels de la santé, sous-traitants, partenaires, réassureurs, co-assureurs, autorités de contrôle dont dépendent la mutuelle et de façon générale, aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

Vos données sont conservées et traitées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités poursuivies. La durée maximum de conservation est celle correspondant à la durée de relation contractuelle ou de la relation d'affaires. Cette durée peut être augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation des droits et des durées légales de conservation et de prescription applicables à l'activité de la Mutuelle. Pour satisfaire à nos obligations légales ou répondre aux demandes des autorités de contrôle, nous pouvons être amenés à archiver vos données dans des conditions prévues par la loi.

Dans les conditions prévues par la réglementation relative aux données personnelles, vous, et vos ayants-droit, disposez sur les données vous concernant d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition d'instructions sur leur sort en cas de décès et de portabilité (restitution ou transfert), après avoir justifié de votre identité, en vous adressant au Délégué à la Protection des Données, par e-mail à dpo@mutami.fr ou par courrier à DPO – MUTAMI, 70 boulevard Matabiau 31069 Toulouse Cedex 7. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet : www.cnil.fr

Pour plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles, vous pouvez consulter notre Politique de Protection des Données accessible sur notre site internet ou l'obtenir sous format papier auprès de l'un de nos conseillers mutualistes.

6.4. Opposition à la prospection par téléphone

En application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, nous vous rappelons que si, en dehors de votre relation avec la Mutuelle, vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, vous pouvez gratuitement vous inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société anonyme WORLDINE, sise Immeuble River Ouest, 80, quai Voltaire, 95870 BEZONS, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

6.5. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Votre attention ainsi que celle de vos ayants-droit ou encore de toute personne intéressée au contrat est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de vous demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, ainsi qu'aux articles L.562-1 et suivants du code monétaire et financier, complétées par leurs textes réglementaires d'application).

6.6. Réclamations

Vous et vos ayants-droit avez la possibilité de formuler toute réclamation relative à l'application de la présente notice en adressant une demande au conseiller habituel.

Si cette première réponse n'est pas satisfaisante, la réclamation peut être transmise au service réclamation :

- Par courrier à l'adresse suivante : MUTAMI service Réclamations 70 boulevard Matabiau CS46951 31069 TOULOUSE cedex 7
- Ou par mail à l'adresse reclamations@mutami.fr

La mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables et fera une réponse définitive dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, l'intéressé en sera informé.

6.7. Médiation

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle conformément à l'article « Réclamation », et après épuisement de ses voies de recours internes, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir, le Médiateur de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF) 255 rue Vaugirard 75719 PARIS cedex 15
- Soit directement par le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

Ce recours ne peut être présenté si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisie du Médiateur interrompt la prescription.

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le Médiateur, le recours à une action en justice devant les tribunaux compétents reste toujours possible.

Un litige ne peut pas être examiné par le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française lorsque :

- le membre ou l'ayant droit ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de la Mutuelle par une réclamation écrite ; toutefois le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de 2 mois à une réclamation écrite ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;
- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un Tribunal ;
- le membre ou l'ayant droit a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de la Mutuelle ;
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du Médiateur de la Consommation.

6.8. Subrogation

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la Mutuelle est subrogée de plein droit dans vos droits et actions ou dans ceux de vos ayants droit contre les tiers responsables.

À cette fin, vous êtes tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra vous être demandé ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra vous contacter ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de vous interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle

6.9. Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution sise 4 Place de Budapest CS 92549, 75436 Paris 09.

7. Informations pratiques

7.1. Tiers payant

Un service étendu et gratuit auprès de milliers de professionnels de santé conventionnés : **pas d'avance d'argent** pour vos dépenses sur présentation de votre carte mutualiste à l'hôpital, à la clinique, chez le pharmacien, l'opticien, au laboratoire, chez le kinésithérapeute, l'infirmière, l'ambulancier, etc...

7.2. Devis dentaire et optique

Des conseils sur les remboursements de vos devis dentaire et optique pour connaître à l'avance le montant des dépenses que vous souhaitez engager.

7.3. Votre carte mutualiste

Vous recevez votre carte directement par courrier à votre domicile.

Elle vous permet de justifier de votre appartenance à la Mutuelle MUTAMI et de bénéficier du tiers payant pour vous-même et vos éventuels ayants droit.

7.4. Extranet adhérent 24h/24

Chaque adhérent dispose d'un accès sécurisé à son Espace Adhérent accessible depuis le site :

www.mutami.fr

Vous pouvez consulter le détail de vos remboursements santé réglés, éditer un duplicata de carte de tiers-payant, changer de coordonnées (téléphone/adresse/rib...), déposer des documents, justificatifs et éditer un justificatif...

Votre identification se fait après la saisie de votre identifiant, de votre numéro de contrat que vous avez reçus lors de l'envoi de votre carte mutualiste ainsi que de votre mot de passe.

7.5. Nous contacter

Par notre réseau d'agences : **des conseillers disponibles et expérimentés** à votre disposition dans nos agences (coordonnées de nos **agences** sur notre site internet www.mutami.fr)

- Par Internet : en vous connectant à votre espace adhérent sur notre site : www.mutami.fr
- Par téléphone : votre agence de proximité
- Par Courrier :

MUTAMI 70 boulevard Matabiau CS 46951 31069
TOULOUSE Cedex 7

7.6. Un réseau sanitaire et social mutualiste partenaire

Vous bénéficiez d'un partenariat privilégié avec un réseau de santé qui vous donne accès au tiers-payant, à des soins de grande qualité, à des professionnels de santé expérimentés : cliniques, pharmacies, centres dentaires, centres d'optique, centres de soins et de santé, centres d'audioprothèses...

La liste des centres est disponible depuis le site : www.mutami.fr

8. Annexe : Tableau de garanties



contrat administrés
Contrat Santé Responsable et Solidaire

Prestations applicables à compter du 01/01/2023

		COMMU 1	COMMU 2	COMMU 3	COMMU 4
SOINS COURANTS	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin adhérent au DPTAM ⁽¹⁾⁽²⁾	70%	100%	100%	150%	250%
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin non adhérent au DPTAM ⁽¹⁾⁽²⁾	70%	100%	100%	130%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60, 70 ou 100%	100%	100%	140%	250%
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'A.M.O. ⁽³⁾	-	-	-	40 €	80 €
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin adhérent au DPTAM ⁽²⁾	70%	100%	100%	150%	250%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin non adhérent au DPTAM ⁽²⁾	70%	100%	100%	130%	200%
Matériel médical : orthopédie, petit et grand appareillage	60 ou 100%	100%	100%	100%	100%
+ forfait orthopédique et petit appareillage ⁽³⁾	-	-	40 €	60 €	80 €
+ forfait grand appareillage ⁽³⁾	-	-	100 €	200 €	400 €
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux : kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste...)	60%	100%	100%	150%	250%
Pharmacie : médicaments pris en charge par l'AMO (15%, 30% ou 65%)	15, 30 ou 65 %	100%	100%	100%	100%

(1) Consultations, visites, actes médicaux.

(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
OPTIQUE		Intégralement pris en charge*			
Équipement Reste À Charge 0 appelé 100% Santé (montures et/ou verres Classe A) ⁽⁴⁾					
Autres verres et montures, tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé (Classe B)					
Forfait monture ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60%	60% + 40 €	60% + 50 €	60% + 90 €	60% + 100 €
Forfait verre simple – par verre ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60%	60% + 30 €	60% + 50 €	60% + 70 €	60% + 115 €
Forfait verre complexe – par verre ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60%	60% + 80 €	60% + 80 €	60% + 100 €	60% + 185 €
Forfait verre très complexe – par verre ⁽⁵⁾⁽⁶⁾	60%	60% + 125 €	60% + 125 €	60% + 150 €	60% + 250 €
Lentilles prises en charge par l'AMO	60%	100%	100%	100%	100%
+ forfait lentilles prise en charge ou non par l'AMO ⁽³⁾	-	-	100/an	200/an	350 €/an
Chirurgie réfractive – par œil et par an ⁽³⁾	-	-	75 €/œil /an	100 €/œil /an	250 €/œil /an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

(4) Dans le cadre du Reste À Charge 0 – remboursement plafonné aux prix limites de vente optique.

(5) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% Santé (dits Classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% Santé (dits Classe B), seuls les équipements relevant du 100% Santé seront remboursés dans leur intégralité.

(6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.

	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
DENTAIRE		Intégralement pris en charge*			
Soins et prothèses dentaires RAC 0 appelé 100% Santé					
Soins dentaires, Inlay, Onlay	70%	100%	100%	150%	250%
Autres prothèses dentaires, tarifs maîtrisés et libres (AMO + TM + dépassements**)	70%	125%	150%	250%	350%
**Dépassements de tarifs plafonnés par an	-	-	2 000 €	2 000 €	3 000 €
Actes non pris en charge par l'AMO : parodontologie et implantologie ⁽³⁾⁽²⁰⁾⁽²¹⁾	-	-	50 €	150 €	350 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	100% + 50 € / semestre	100% + 150 € / semestre	100% + 300 € / semestre	100% + 500 € / semestre
+ forfait diagnostic (orthodontie)	-	-	50 €	70 €	100 €
Orthodontie non prise en charge par l'AMO ⁽³⁾	-	-	50 €/an	100 €/an	350 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

(20) Forfait parodontologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

(21) Forfait implantologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
AIDES AUDITIVES		Intégralement pris en charge*			
Équipements RAC 0 appelé 100% Santé (Classe I) ⁽⁷⁾					
Prothèses auditives – équipements autres (Classe II – tarif libre)	60%	100%	100%	100%	100%
+ Forfait prothèses auditives Classe II – par période de 4 ans	-	-	550 €/oreille	550 €/oreille	550 €/oreille

(7) Prise en charge par bénéficiaire et pour chaque oreille valable tous les 4 ans avec un plafonnement maximum à 1 700 € par appareil (AMO + mutuelle). La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.

	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
HOSPITALISATION					
Frais de séjour - établissements conventionnés	80%	100%	100%	150%	250%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent au DPTAM ⁽²⁾	80%	100%	100%	150%	250%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent non au DPTAM ⁽²⁾	80%	100%	100%	130%	200%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD)	-	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€ et "Forfait patient urgences" (FPU)	-	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement – 16 ans et + 70 ans si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami ⁽⁸⁾	-	-	15 €/J	25 €/J	35 €/J
Chambre particulière avec nuitée ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾	-	-	40 €/jours	60 €/jours	100 €/jours
Chambre particulière sans nuitée ⁽⁹⁾	-	-	10€/jours	20 €/jours	20 €/jours
Frais de transport pris en charge par l'AMO	65%	100%	100%	100%	100%

(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.

(8) Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique. (9) Dans le cadre du tiers payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami.

(10) 90 jours par an, dont 30 jours maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie ou maison de repos, de convalescence ou de rééducation.

		COMMU 1	COMMU 2	COMMU 3	COMMU 4
 CURE THERMALE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Soins	65 ou 70%	65 ou 70%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport – 1 fois/an ⁽³⁾	-	-	-	100 €	300 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

		COMMU 1	COMMU 2	COMMU 3	COMMU 4
 PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Prothèse capillaire et mammaire	60 ou 100%	100%	100%	100%	100%
Forfait contraception 3ème et 4ème génération, patch, préservatifs ⁽³⁾	-	50 €/an	-	-	-

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

		COMMU 1	COMMU 2	COMMU 3	COMMU 4
 PACK BIEN-ÊTRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Forfait global: ⁽¹¹⁾ * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien ⁽¹²⁾ * Étiothérapie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie, sexologue ⁽¹³⁾ * Amniocentèse, fécondation in vitro et péridurale non prises en charge par l'A.M.O, sevrage tabagique, Densitométrie osseuse, Moyens de contraception, vaccin anti HPV, vaccin rotavirus	-	-	50€/an	100€/an	200 €/an

(11) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.

(12) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou RPPS

(13) sur présentation facture précisant numéro siren du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Réflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Réflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.

		COMMU 1	COMMU 2	COMMU 3	COMMU 4
 ACTES DE PRÉVENTION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Détartrage annuel complet – 2 séances	70%	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	60%	100%	100%	100%	100%
Vaccins pris en charge par l'AMO + anti-grippe	65 ou 100%	100%	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse (1 fois par an) ⁽³⁾	70%	100%	100%	100%	100%
Activité physique adaptée prescrite (Sport Santé)⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾	-	-	50 €/an	100 €/an	120 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

(14) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

(15) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD

Les services  inclus dans votre garantie					
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE⁽¹⁶⁾ N° Tél : 09 77 40 48 57	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS⁽¹⁷⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 → Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la vie privée → Une assistance et protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le recours médical, paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée ⁽¹⁸⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS⁽¹⁹⁾	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC = base remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale (BRSS)

(16) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex) dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.

(17) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux téléconsultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur <https://www.medicindirect.fr>.

(18) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée (CFDP Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, Immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 B, et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09).

(19) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'information sur le site <https://www.deuxiemeavis.fr/> ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur <https://www.deuxiemeavis.fr>

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Modérateur * Tels que définis réglementairement.