

Notice d'information santé

Orange



Sommaire

Objet	3
Conditions d'adhésion	3
Personnes garanties	3
Date d'effet des garanties	3
Parcours de soins coordonnés	3
Contrats responsables	4
Frais d'hospitalisation	5
Frais de maladie, cure et naissance	6
Quelques mots sur Carte Blanche : la santé gagnante	8
Frais dentaires	8
Frais d'optique	9
Étendue des garanties	10
Étendue territoriale	10
Risques exclus	11
Cotisation	11
Comment obtenir une prise en charge, le versement des prestations ou un devis ?	11
En résumé	12
Conseil	12
Résiliation/radiation	14
Cessation des garanties	14
Prescription	14
Contrôle-expertise	14
Réclamations	15
Protection des données à caractère personnel	15
Prospection commerciale par voie téléphonique	15
Autorité de contrôle	15

► OBJET

Le présent régime individuel (facultatif) a pour objet d'offrir aux anciens adhérents au contrat du Groupe Orange ainsi qu'aux ayants droit du salarié décédé la possibilité de souscrire à une complémentaire santé présentant les mêmes garanties à effet du 1^{er} janvier 2019.

► CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour souscrire, un ancien adhérent au contrat du Groupe Orange a un **déla**i de **6 mois** après son départ de l'entreprise ou **2 mois** à compter de la fin du maintien au titre de la portabilité des droits, pour compléter et signer une "demande d'adhésion", puis la retourner accompagnée :

- ✎ d'une photocopie de l'attestation jointe à la carte Vitale ;
- ✎ d'un relevé d'identité bancaire ;
- ✎ d'un mandat de prélèvement SEPA ;
- ✎ d'un chèque correspondant au premier règlement ;

à l'adresse suivante :

Humanis
Equipe Orange
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans Cedex 09.

Pour un ayant droit d'un salarié décédé, le délai pour adhérer est de **6 mois** après le décès du salarié.

La demande d'adhésion donne lieu, après acceptation de Humanis Prévoyance, à l'établissement d'un courrier d'accusé-réception adressé au nouvel adhérent.

Une nouvelle carte de tiers payant La Mutuelle Générale / Almérys / Carte Blanche lui est également adressée à son domicile après adhésion.

► PERSONNES GARANTIES

- ✎ L'ancien adhérent au contrat du Groupe Orange.

Si l'ancien adhérent le souhaite et moyennant le paiement d'une cotisation par personne assurée, il peut affilier :

- ✎ son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS ;
- ✎ ses enfants à charge. Ont la qualité d'enfants à charge de l'ancien adhérent au contrat du Groupe Orange, ses enfants légitimes, reconnus, adoptés ou recueillis par lui à son propre foyer et ceux de son conjoint non séparé de corps judiciairement, de son concubin, ou de son partenaire lié par un PACS, à condition que lui ou son conjoint en ait la garde, ou s'il s'agit de ses enfants, qu'il participe effectivement à leur entretien par le versement d'une pension alimentaire :
 - ✎ s'ils sont âgés de moins de 20 ans sans condition,
 - ✎ ou s'ils sont âgés de 20 ans à moins de 26 ans et :
 - ✎ poursuivent leurs études ou sont à la recherche d'un premier emploi,
 - ✎ sont sous contrat de formation en alternance et perçoivent une rémunération inférieure au SMIC,
 - ✎ ou, sans limite d'âge, s'ils sont en état d'incapacité de travail.

- ✎ L'état d'incapacité de travail est celui qui entraîne une impossibilité physique temporaire ou permanente et consécutive à une maladie ou un accident, de se procurer des revenus par l'exercice d'une profession quelconque.
- ✎ ou, sans limite d'âge, s'ils sont handicapés et perçoivent à ce titre l'allocation aux adultes handicapés (loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées [article 95]).
- ✎ l'ascendant à charge du salarié vivant sous le toit du salarié ;
- ✎ les ayants droit du salarié décédé.

Chaque fin d'année, l'adhérent sera interrogé sur sa situation de famille afin de bien garantir l'ensemble de sa famille l'année suivante.

► DATE D'EFFET DES GARANTIES

L'affiliation prend effet le premier jour qui suit la date de fin du contrat de travail ou à la fin de la période de maintien au titre de la portabilité.

Les garanties sont accordées pour une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Les garanties ne sont acquises que pour les dépenses engagées postérieurement à la date d'effet de l'adhésion et antérieurement à la date de radiation de ladite adhésion.

► PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Le contrat répond aux obligations définies par la loi du 13 avril 2004 pour être responsable.

Définition du parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés consiste pour l'adhérent (âgé de plus de 16 ans) à choisir et désigner à sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) un médecin traitant qu'il consulte en premier lieu en cas de problème de santé. Si cela s'avère nécessaire, c'est le médecin traitant qui orientera l'adhérent vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant).

Si l'adhérent respecte cette procédure de consultations, il est considéré "dans le parcours de soins". Sinon, notamment s'il consulte un autre praticien sans passer par son médecin traitant, il est considéré "hors parcours de soins".

Situations particulières

L'adhérent n'est pas considéré "hors parcours de soins" s'il consulte un médecin autre que son médecin traitant dans les cas suivants (sous réserve d'avoir déclaré un médecin traitant au préalable) :

- ✎ lorsqu'il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- ✎ en cas d'urgence ;
- ✎ lorsque les actes et consultations sont assurés par le médecin remplaçant du médecin traitant ;
- ✎ lorsqu'il consulte directement un médecin généraliste installé depuis moins de cinq ans ;
- ✎ les psychiatres et neuropsychiatres (uniquement pour les patients âgés de 16 à 25 ans) ;
- ✎ les ophtalmologues, pour la prescription et le renouvellement de

verres correcteurs ou de lentilles de contacts, des actes de dépistage et suivi du glaucome ;

- ✎ les gynécologues, pour l'examen clinique périodique comprenant les actes de dépistage, la prescription et le suivi de la contraception, le suivi de grossesse ou l'interruption de grossesse médicamenteuse ;
- ✎ les stomatologues, sauf pour les actes chirurgicaux lourds.

Il existe par ailleurs des exceptions au parcours de soins. En cas de consultation relevant des spécialités suivantes, l'adhérent ne sera pas considéré "hors parcours de soins", qu'il ait déclaré un médecin traitant ou pas :

- ✎ les chirurgiens dentistes ;
- ✎ les auxiliaires médicaux ;
- ✎ les laboratoires ;
- ✎ les pharmaciens.

Pour plus de précision : www.ameli.fr
rubrique :

Assurés > Soins et remboursements > Comment être remboursé.

► CONTRATS RESPONSABLES

Le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales est venu modifier le cahier des charges des garanties que les contrats devront respecter pour être qualifiés de responsables.

En conséquence et afin de répondre à ces exigences réglementaires, les garanties ont été modifiées au 1^{er} mars 2016.

Garanties

Les garanties décrites dans la présente notice sont adaptées au cahier des charges du contrat responsable.

Elles respectent l'obligation de couvrir au minimum l'intégralité de la participation du bénéficiaire (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par la Sécurité sociale.

Si les remboursements sont plafonnés (plafond par acte, plafond global de garanties), l'institution prendra en charge le ticket modérateur au-delà dudit plafond consommé (excepté pour le poste optique assurant une garantie au-delà des tarifs de responsabilité).

Seuls les frais de cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'Assurance maladie est fixée à 30 % et à 15 % ainsi que les spécialités et les préparations homéopathiques (article R322-1 6°, 7°, 10° et 14° du Code de la Sécurité sociale) sont exclus de cette obligation de prise en charge minimale du ticket modérateur ; ces frais sont remboursés selon les conditions du contrat, si celui-ci les prévoit.

La majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins ne peuvent être prise en charge au titre des contrats responsables.

L'institution ne rembourse pas :

- ✎ conformément à l'article L. 322-2 II du Code de la Sécurité sociale, la participation forfaitaire due par le bénéficiaire pour chaque consultation ou chaque acte de médecin ou pour tout acte de biologie médicale ;
- ✎ conformément à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale, la franchise appliquée à certains produits et prestations visés à cet article (médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1

et L. 5126-4 du Code de la santé publique, actes pratiqués par un auxiliaire médical soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du Code de la Sécurité sociale).

Contrat d'accès aux soins

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que le médecin est signataire ou non du contrat d'accès aux soins (CAS). Le CAS est un contrat conclu par le médecin de secteur 2, par le médecin de secteur 1 titulaire du droit permanent à dépassement et par le médecin de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2, ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des patients dans le cadre du parcours de soins coordonnés en développant l'activité à tarif opposable et en améliorant le niveau de remboursement par l'assurance maladie.

Professionnels non conventionnés : Lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du contrat sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Suite à la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, publiée au Journal Officiel du 23 octobre 2016, afin de maintenir le caractère responsable du contrat, les mentions contractuelles « Contrat d'Accès aux Soins », « CAS » et « non CAS » sont remplacées respectivement par :

- ✎ dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée,
- ✎ OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)/OPTAMCO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique),
- ✎ et NON OPTAM/OPTAM-CO.

Le dispositif de CAS, pouvant être conclu jusqu'au 31 décembre 2016 pour une durée de trois ans s'achèvera au plus tard au 31 décembre 2019. Durant cette période, il y aura coexistence des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée CAS - OPTAM/OPTAM-CO, sans autre impact sur les garanties et cotisations.

Actes de prévention

Les organismes assureurs prennent en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention listés dans l'arrêté du 8 juin 2006, détaillés ci-après :

- ✎ **scellement prophylactique des puits, sillons et fissures**, sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et **avant le quatorzième anniversaire** ;
- ✎ **détartrage annuel complet** sus- et sous-gingival, effectué en **deux séances maximum** ;
- ✎ **bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit**, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez **un enfant de moins de quatorze ans** ;
- ✎ **dépistage de l'hépatite B** ;
- ✎ **dépistage**, une fois **tous les cinq ans**, des **troubles de l'audition** chez les **personnes âgées de plus de 50 ans** pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie ;
- ✎ **l'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'Assurance maladie pour les femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans** ;
- ✎ **les vaccinations suivantes, seules ou combinées** : diphtérie, tétanos et poliomyélite (**tous âges**), coqueluche et hépatite B

(avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

La contribution forfaitaire à la charge des assurés, instaurée par la réforme de l'Assurance maladie pour tout acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, fixée à 1€ et limitée à 4€ par jour lorsque les actes ou consultations sont réalisés par un même professionnel de santé, n'est pas prise en charge par les organismes assureurs.

Les franchises médicales, instituées par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2008, sur chacun des produits et actes suivants :

- ☒ boîte de médicaments (0,50€ par boîte de médicaments), à l'exclusion des boîtes de médicaments délivrées au cours d'une hospitalisation ;

- ☒ acte effectué par un auxiliaire médical (0,50€ par acte paramédical dans la limite de 2€ par jour), à l'exclusion des actes effectués au cours d'une hospitalisation ;

- ☒ transport effectué en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi (2€ par transport sanitaire dans la limite de 4€ par jour), à l'exclusion des transports d'urgence ;

ne sont pas prises en charge par les organismes assureurs.

La participation forfaitaire de 24€, mise à la charge de chaque assuré social pour les actes médicaux affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120€ est prise en charge par les organismes assureurs.

► FRAIS D'HOSPITALISATION

	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme	
	Hôpital conventionné ou non conventionné	
Frais de séjour	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR ⁽¹⁾	
Honoraires médicaux et chirurgicaux	médecins OPTAM/OPTAM-CO ⁽²⁾	médecins NON OPTAM/OPTAM-CO ^{(2) *}
	100% des frais réels dans la limite de 400 % du MR	100% du ticket modérateur + dépassements d'honoraires dans la limite de 125 % du MR*
Forfait hospitalier	100 % des frais réels dans la limite de 20 €/ jour	
Frais de transport terrestre	100 % des frais réels dans la limite du ticket modérateur (BR-MR)	
Chambre particulière	100 % des frais réels dans la limite de 2,5 % du PMSS ⁽³⁾ , soit 84,43 €	
Personne accompagnant un enfant de moins de 12 ans	100 % des frais réels dans la limite de 2 % du PMSS, par jour, soit 67,54 €	

* quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est limitée à 100 % de la BR.

(1) BR : base de remboursement de la Sécurité sociale MR : montant remboursé par la Sécurité sociale

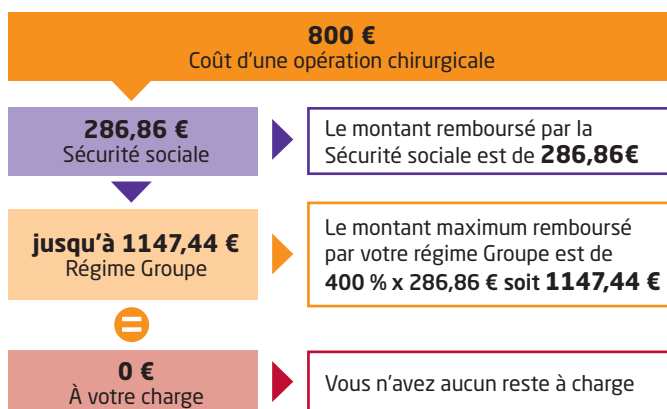
(2) « OPTAM/OPTAM-CO » : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique. Elles remplacent, à compter du 1^{er} janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/l'OPTAM-CO.

(3) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2019 : 3 377 €. Vous pourrez consulter le montant actualisé du PMSS au 1^{er} janvier de chaque année en vous connectant à l'adresse suivante : www.securite-sociale.fr > La Sécurité sociale en chiffres > Principaux barèmes > Plafond de la Sécurité sociale.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS :

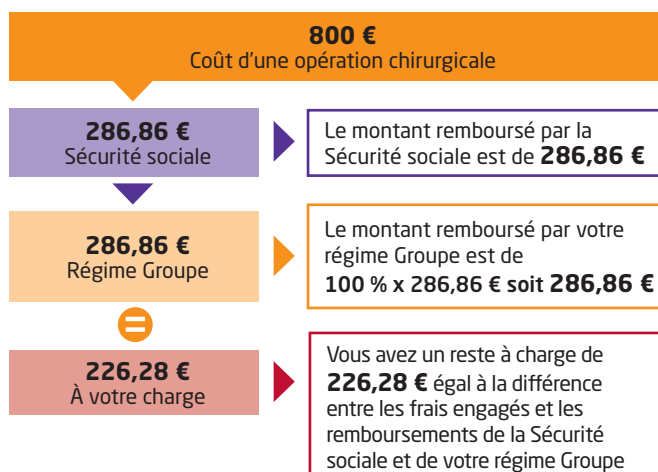
☒ Dépassement d'honoraires - Médecins adhérents à l'OPTAM

Base de Remboursement Sécurité sociale : 286,86 €



☒ Dépassement d'honoraires - Médecins NON adhérents à l'OPTAM

Base de Remboursement Sécurité sociale : 286,86 €



► FRAIS DE MALADIE, CURE ET NAISSANCE

	Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme	
FRAIS DE MALADIE	Parcours de soins respecté ⁽¹⁾ et enfants de moins de 16 ans les franchises médicales ⁽²⁾ et la participation forfaitaire ⁽³⁾ ne sont pas remboursées	
Consultation-visite :	médecins OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁴⁾	médecins NON OPTAM/OPTAM-CO ⁽⁴⁾ *
• généraliste	100 % des frais réels dans la limite de 200 % du MR ⁽⁴⁾	100 % des frais réels dans la limite de 171,42 % du MR*
• spécialiste, professeur	100% des frais réels dans la limite de 250% du MR	100 % des frais réels dans la limite de 185,71 % MR*
Actes techniques, électrothérapie, radiologie	100% des frais réels dans la limite de 400% du MR	
Analyses, Auxiliaires médicaux	100% des frais réels dans la limite de 400% du MR	
Prothèses auditives	100% des frais réels dans la limite de 540% du MR	
Autres prothèses médicales, orthopédie	100 % des frais réels dans la limite de 400 % du MR	
Ostéodensitométrie	100% des frais réels dans la limite de 31 € par an	
Pharmacie	100% des frais réels dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR)	
Ostéopathe - chiropracteur - psychologue - diététicien - sophrologue, sous réserve que le praticien dispose d'un diplôme d'état dans sa spécialité et d'un numéro d'immatriculation au registre du commerce	30 € par séance dans la limite de 4 séances par an	
FRAIS CURES THERMALES acceptés par la Sécurité sociale	1 % du PMSS ⁽⁵⁾ , par jour, dans la limite de 21 jours	
FRAIS DE NAISSANCE OU D'ADOPTION (y compris l'hospitalisation)	forfait égal à 40% du PMSS par enfant ⁽⁷⁾ à l'exclusion de tout autre remboursement, soit 1 350,80 €	

* quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est limitée à 100 % de la BR.

(1) Hors parcours de soins, la prise en charge est limitée à 80% des frais réels, plafonnée à 100% du MR pour les généralistes, à 150% du MR pour les spécialistes et à 200% du MR pour les actes techniques effectués par les médecins.

(2) Les franchises médicales fixées depuis 2008 sont de 0,5 € par boîte de médicament, 2 € par transport et soins effectués par des auxiliaires médicaux

(3) La participation forfaitaire est fixée à 1 € depuis 2005 sur les consultations et sur les actes de radiologie et biologie

(4) OPTAM/OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée/ Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie Obstétrique.

Elles remplacent, à compter du 1er janvier 2017, le Contrat d'Accès aux Soins (CAS). Les garanties concernées visent toutefois l'ensemble des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, y compris le CAS durant sa période provisoire de coexistence avec l'OPTAM/OPTAM-CO.

(5) MR : montant remboursé par la Sécurité sociale

(6) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2019 : 3 377 €

(7) Il n'est versé qu'un seul forfait par naissance

OPTAM/OPTAM-CO

Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que le médecin est signataire ou non du dispositif OPTAM/OPTAM-CO.

Objectif : favoriser l'accès aux soins des assurés en incitant les professionnels de santé à limiter le taux de dépassement d'honoraires et réduire le reste à charge des assurés. Que ce soit pour l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, les signataires s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires, stabiliser voire réduire leur taux de dépassement et développer leur part d'activité à tarif opposable. Professionnels non conventionnés : lorsque les professionnels de santé sont non conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, les remboursements complémentaires au titre du contrat sont effectués sur la base du tarif d'autorité.

Pour savoir si un praticien est signataire ou non du dispositif, rendez-vous sur annuaire.sante.ameli.fr.

Naissance ou adoption

Les frais médicaux, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pris en charge partiellement par la Sécurité sociale au titre de la maternité, **ne font pas l'objet de remboursement. Toutefois, un versement forfaitaire de 40 % du PMSS soit 1 350,80 €**

(valeur 2019) est attribué à la naissance sur simple envoi d'un extrait d'acte de naissance.

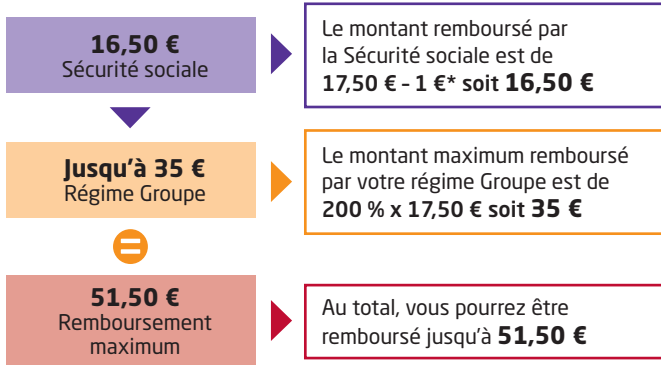
Pour chaque naissance ou adoption, il est versé un seul forfait. Néanmoins, en cas d'intervention chirurgicale (césarienne), les frais sont pris en charge au titre de la garantie "Frais chirurgicaux".

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS :

Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.

↳ Consultation d'un généraliste OPTAM/OPTAM-CO

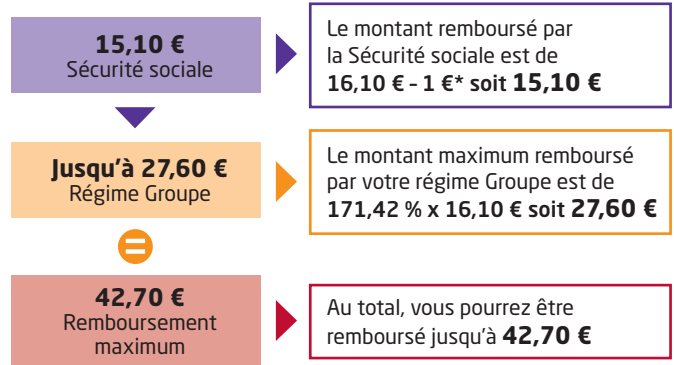
Base de Remboursement Sécurité sociale : 25 €



Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.

↳ Consultation d'un généraliste NON OPTAM/OPTAM-CO

Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €



*ce remboursement ne prend jamais en charge la participation forfaitaire de 1 € prélevée sur le montant remboursé par la Sécurité sociale. Le remboursement Groupe ne peut excéder les frais réel engagés.

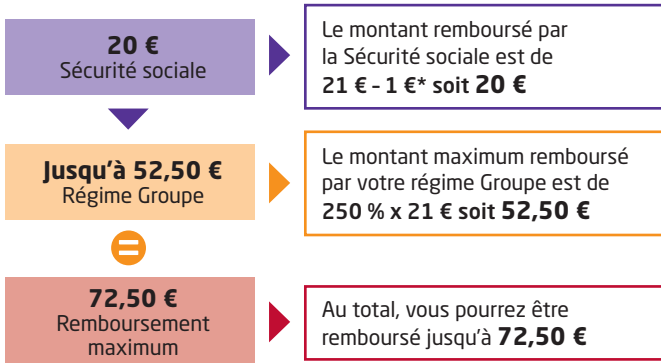
EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS :

Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.

Consultation d'un spécialiste sur avis du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins.

↳ Consultation d'un spécialiste OPTAM/OPTAM-CO

Base de Remboursement Sécurité sociale : 30 €

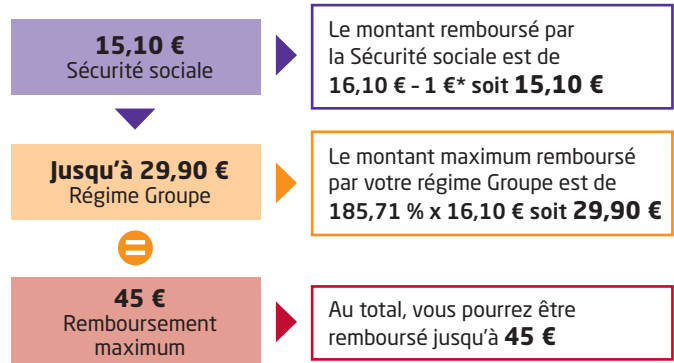


Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans.

Consultation d'un spécialiste sur avis du médecin traitant dans le cadre du parcours de soins.

↳ Consultation d'un spécialiste NON OPTAM/OPTAM-CO

Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €



* ce remboursement ne prend jamais en charge la participation forfaitaire de 1 € prélevée sur le montant remboursé par la Sécurité sociale. Le remboursement Groupe ne peut excéder les frais réel engagés.

▶ QUELQUES MOTS SUR CARTE BLANCHE : LA SANTÉ GAGNANTE.

Le régime du Groupe Orange vous ouvre les portes du réseau Carte Blanche, le premier réseau de professionnels de santé partout en France. Vos soins facilités, votre budget maîtrisé : Carte Blanche Partenaires gère les conventions de Tiers Payant pour plus de 180 000 professionnels de santé : pharmacies, laboratoires, radiologues, infirmiers, kinésithérapeutes, ambulanciers, fournisseurs d'appareillage, orthophonistes, orthoptistes, établissements hospitaliers privés et publics etc.

Concrètement, vous disposez d'une carte de tiers payant estampillée Carte Blanche qui permet aux professionnels de vous identifier (ainsi que vos ayants droit). Notre conseil : n'oubliez pas de présenter votre carte chaque fois que nécessaire !

N'oubliez pas de la présenter chaque fois que nécessaire.

4 avantages immédiats :

- ✦ Vous réalisez des économies (notamment sur les postes optique et dentaire...),
- ✦ Vous n'avancez pas de frais,
- ✦ Vous recevez des soins de qualité,
- ✦ Enfin tout en gardant le libre choix de votre professionnel de santé, vous savez qui et où consulter.

EN SAVOIR PLUS SUR CARTE BLANCHE

Rendez-vous sur lamutuellegenerale.fr et cliquez sur « Mon Espace Adhèrent ».

Vous pouvez accéder à l'annuaire des professionnels de santé et à leur géolocalisation mis à votre disposition sur votre espace adhérent dans la rubrique "Services et avantages/être guidé et se simplifier la vie/les opticiens Carte Blanche près de chez vous : optique de qualité à des tarifs avantageux."

▶ FRAIS DENTAIRES

Limite des remboursements en % de dépenses engagées compte tenu des prestations versées par la Sécurité sociale sur la base du régime général et le cas échéant par tout autre organisme

Soins dentaires

100 % des frais réels dans la limite de 300 % du MR ⁽¹⁾

Prothèses dentaires remboursées par la Sécurité sociale

- Dents de devant : 500% du MR dans la limite des frais réels
- Dents du fond : 400% du MR dans la limite des frais réels

Orthodontie acceptée par la Sécurité sociale

100 % des frais réels dans la limite de 350 % du MR

Prothèses dentaires, orthodontie (enfant de moins de 16 ans) non remboursées par la Sécurité sociale ⁽²⁾

80 % des frais réels dans la limite de :

- dents de devant : 391 €
- dents du fond : 310 €
- orthodontie : 580 € par semestre

Implants dentaires

100% des frais réels dans la limite de 28% du PMSS ⁽³⁾ par an

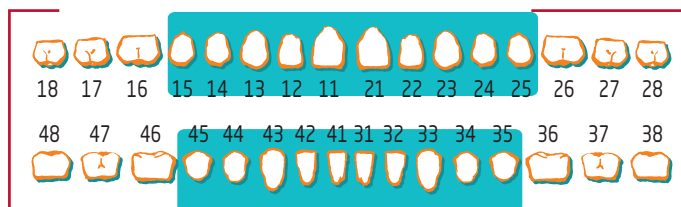
(1) MR : montant remboursé par la Sécurité sociale

(2) Les prothèses dentaires doivent être inscrites à la nomenclature Sécurité sociale (CCAM)

(3) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2019 : 3 377 €.

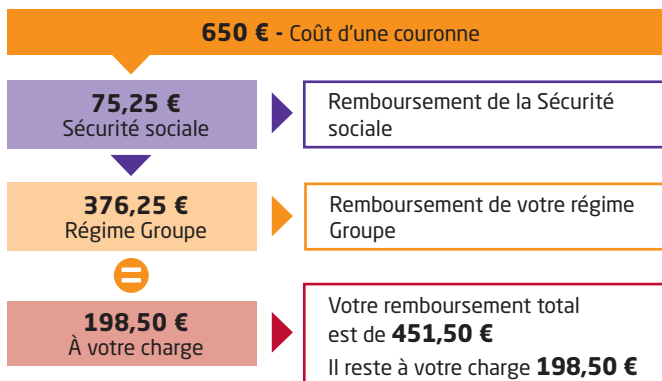
Le montant du plafond de remboursement des prothèses dentaires est plus élevé pour les dents visibles au sourire.

Les dents visibles au sourire, appelées **dents du devant**, sont les canines, les incisives et les prémolaires numérotées de 11 à 15 et de 21 à 25 pour la mâchoire supérieure, de 31 à 35 et de 41 à 45 pour la mâchoire inférieure.

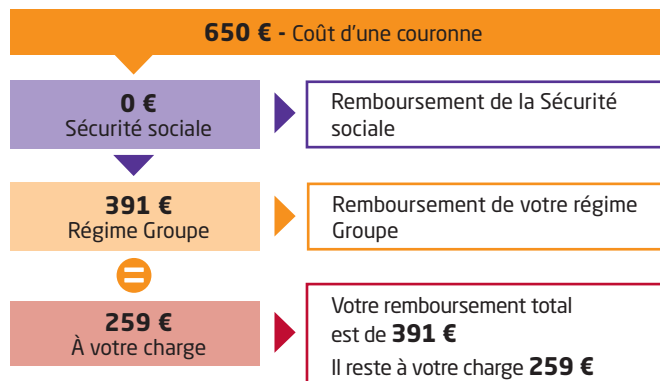


EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS :

✦ Vous allez chez un dentiste conventionné qui vous pose une couronne pour une dent de devant - La couronne est prise en charge par la Sécurité sociale



✦ Vous allez chez un dentiste conventionné qui vous pose une couronne pour une dent de devant - La couronne est non prise en charge par la Sécurité sociale



Dans la majeure partie des cas, le reste à charge peut être diminué si vous allez dans le réseau carte Blanche.



► FRAIS D'OPTIQUE

NATURE DES FRAIS		PRESTATIONS	
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) toutes les deux années dites glissantes, décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement, par bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, cette limitation est ramenée à une année.			
En tout état de cause, quel que soit le niveau de correction du défaut visuel, le remboursement de la monture prise en charge par le régime ne pourra excéder 150 €.			
GARANTIES PLAFONNÉES PAR VERRE SELON LES CRITÈRES DU CONTRAT RESPONSABLE ET DU CONTRAT ORANGE			
typologie des verres selon le contrat groupe Orange et correspondance avec typologie selon les critères des contrats responsables		Plafonds de garanties de VERRES, par verre et HORS MONTURES	
		Type de verres	Contrat Orange suivant PMSS 2019 (*)
N°11	simple foyer, de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 135,08 €
N°21	simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à + 4 et de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	simple	4 % PMSS soit 135,08 €
N°12	simple foyer, de sphère allant de -6.25 à -10 ou de + 6.25 à + 10 dioptries	complexe	7,5% PMSS soit 253,28 €
N°13	simple foyer, de sphère située en dehors de la zone -10 à + 10 dioptries	complexe	7,5% PMSS soit 253,28 €
N°22	simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	7,5% PMSS soit 253,28 €
N°23	simple foyer, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -6 à + 6 dioptries	complexe	7,5% PMSS soit 253,28 €
N°31	multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à + 4 dioptries	complexe	7,5% PMSS soit 253,28 €
N°24	simple foyer, de cylindre supérieur à + 4 et de sphère située en dehors de la zone allant de -6 à + 6 de dioptries	complexe	9,32 % PMSS soit 314,74 €
N°32	multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à + 4 dioptries	hyper complexe	10 % PMSS soit 337,70 €
N°41	multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère allant de -8 à + 8 dioptries	complexe	9,32 % PMSS soit 314,74 €
N°42	multifocal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre et pour une sphère située en dehors de la zone allant de -8 à +8 dioptries	hyper complexe	10 % PMSS soit 337,70 €
PLAFONDS SPECIFIQUES POUR LES PAIRES DE LUNETTES DE VERRES DE DIFFÉRENTS NIVEAUX DE CORRECTION			
		Plafonds de garanties de VERRES, pour deux verres et HORS MONTURES Contrat Orange suivant PMSS 2019 (*)	
Verre simple + verre complexe		14,29 % PMSS soit 482,57 €	
Verre simple + verre hypercomplexe		15,84 % PMSS soit 534,92 €	
Verre complexe + verre hypercomplexe		20 % PMSS soit 675,40 €	

(*) les garanties du régime Orange restent exprimées pour les verres en pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS) sans pouvoir excéder le montant des plafonds de garanties des contrats responsables exprimés en €. Exercice 2019 : 3 377 €.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
MONTURE	
Monture	100 % des frais réels dans le réseau Carte Blanche (95 % hors réseau) - MR dans la limite de 150 €
LENTILLES	
Lentilles correctrices prises en charge par le régime obligatoire	15 % PMSS par année civile et par bénéficiaire soit 506,55 €
Lentilles correctrices non prises en charge par le régime obligatoire (y compris les lentilles correctrices jetables)	10 % PMSS par année civile et par bénéficiaire soit 337,70 €
CHIRURGIE RÉFRACTIVE	
Chirurgie réfractive	24% PMSS par œil soit 810,48 €

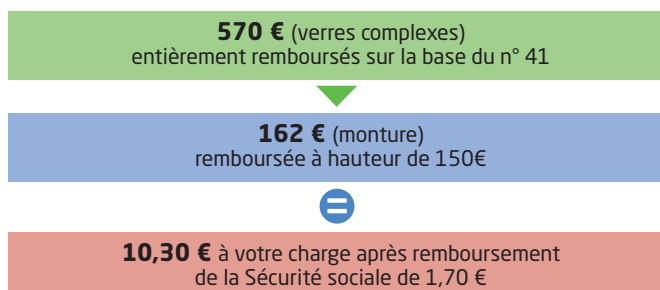
La prise en charge de l'équipement optique remboursé par la Sécurité sociale est limitée à un équipement tous les deux ans, composé de deux verres et d'une monture.

Cette période est réduite à un an pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par l'évolution de la vue. Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités) et ce à compter de la date de facturation de l'équipement par le participant. Lorsque la demande de remboursement de l'équipement est effectuée en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé débute à la date d'achat du premier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après.

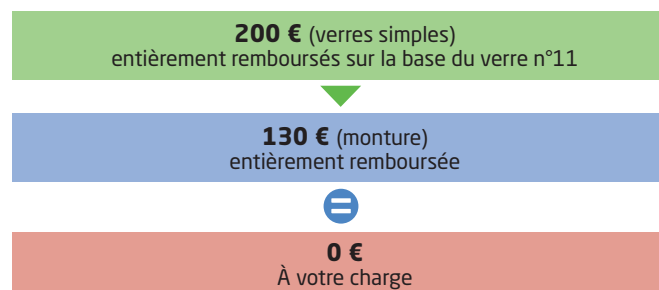
Le participant transmet à l'institution une facture détaillée et acquittée des frais d'optique. En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, le participant doit fournir une nouvelle prescription médicale précisant le changement de la correction ou la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien ayant adapté la vue et précisant la nouvelle correction. Il doit également transmettre à l'institution la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS :

❖ Vous achetez une paire de lunettes 732 €, hors réseau Carte Blanche.



❖ Vous achetez pour votre enfant une paire de lunettes 330 €, dans le réseau Carte Blanche



Dans la majeure partie des cas, le reste à charge peut être diminué si vous allez dans le réseau carte Blanche.

❖ Garantie « Assistance à domicile IMA »

La Mutuelle Générale propose au membre participant affilié au contrat santé et à ses ayants droit, en lien avec Inter Mutuelles Assistance Assurances (IMA Assurance), un ensemble de services d'assistance qui interviennent lorsque les circonstances l'exigent.

Pour bénéficier des prestations relatives à la garantie « LMG Assistance à domicile », il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention :



Retrouvez toutes les informations dans la notice d'information de la garantie « Assistance à domicile IMA ».

❖ Centre de Conseil Ligne Claire

Les assurés affiliés au contrat santé bénéficient d'un accès au Centre de conseil, centre d'appels dédié à l'établissement de devis.

Pour demander l'analyse d'un devis optique, dentaire, audio, en cas d'hospitalisation (chambre particulière, dépassements d'honoraires) pour connaître les montants de remboursement sur des soins à venir, le Centre de conseil est joignable par téléphone au :

0 969 391 977 Service 0,12 € / appel

du lundi au vendredi de 8h à 20h et le samedi de 9h à 17h.

► ÉTENDUE DES GARANTIES

Les présentes dispositions générales sont établies en considération des conditions de la législation de la Sécurité sociale existant au 1^{er} janvier 2019.

Si, ultérieurement, ces conditions venaient à être modifiées, les organismes assureurs se réservent le droit de réviser en conséquence les présentes dispositions générales.

Quel que soit le risque, les remboursements ou indemnisations ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après remboursement de toute nature.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, l'adhérent peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

► ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties du contrat s'exercent en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre-mer. Elles s'étendent aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'étranger lorsque le régime de la Sécurité sociale française s'applique. Toutefois, le règlement des prestations est effectué en France ou dans les départements d'Outre-mer, en euros.

► RISQUES EXCLUS

Sont exclus des prestations :

- ❖ les actes non remboursés par la Sécurité sociale ;
- ❖ les actes non remboursés par la Sécurité sociale autres que ceux expressément cités dans ce livret ;
- ❖ la participation forfaitaire de l'adhérent pour les actes et consultations des médecins, les actes de biologie médicale, la radiologie, les franchises ;
- ❖ la part des dépenses de l'adhérent non remboursables dans le cadre des contrats « responsables » (non-respect du parcours de soins) ;
- ❖ les interventions de chirurgie esthétique et de rajeunissement. Ne sont pas visées par cette exclusion les interventions de chirurgie plastique liées à une maladie ou un accident sous réserve qu'elles soient prises en charge par la Sécurité sociale ;
- ❖ les interventions chirurgicales résultant de blessures ou de lésions provenant de faits de guerre ou de bombardements, dans la mesure où ces risques sont exclus par la législation en vigueur.

L'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale prévoit une obligation minimale de prise en charge au titre du contrat responsable. En conséquence, les exclusions mentionnées ci-dessus ne s'appliquent pas aux actes mentionnées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

► COTISATION

Elle est payable mensuellement (en début de mois) par prélèvement automatique sur compte bancaire. Conformément au décret du 21/03/2017 relatif à l'article 4 de la loi Evin, une augmentation de 25 % maximum de la cotisation pourra être envisagée au 1^{er} janvier suivant la date anniversaire du contrat.

Cette augmentation pourra être suivie, à l'échéance annuelle suivante, d'une augmentation supplémentaire pouvant aller jusqu'à 50 % du montant de la cotisation initiale.

► COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE, LE VERSEMENT DES PRESTATIONS OU UN DEVIS ?

Prise en charge

La pratique du tiers payant est conditionnée par l'obtention d'un accord de prise en charge délivré par Alméry's/ Carte Blanche. En effet, le remboursement de la part complémentaire dépend des soins déjà effectués au cours de la période de référence (année civile ou 24 mois de date à date pour l'optique) et des plafonds prévus pour chaque type de garantie. Le professionnel de santé fera une demande de prise en charge auprès d'Alméry's/ Carte Blanche afin de déterminer le montant restant à la charge du salarié.

Devis pour frais dentaires ou d'optique

Avant d'accepter le devis proposé par un dentiste ou un opticien, vous avez la possibilité d'en envoyer une copie à La Mutuelle Générale, par courriel :

orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr

Sur la base des informations que vous aurez fournies, La Mutuelle Générale vous informera du montant remboursé par la Sécurité sociale et par votre régime Frais de santé.

Versement des prestations

❖ Vous bénéficiez de la télétransmission (Procédure Noémie)

Vous présentez votre carte Vitale et vous serez directement remboursé sur votre compte courant pour votre part complémentaire par La Mutuelle Générale sans avoir besoin d'envoyer les décomptes Sécurité sociale. La part obligatoire de la Sécurité sociale sera réglée directement au professionnel de santé sans aucune démarche de votre part.

❖ Le Tiers payant intégral : aucune avance de frais

Vous devez présenter votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant Alméry's/ Carte Blanche aux professionnels de santé et établissements de soins. Vous êtes ainsi dispensé d'avancer les frais qui sont pris en charge par la Sécurité sociale et par votre régime Frais de santé du Groupe. Vous recevrez ultérieurement un relevé de prestation vous informant des paiements avec la mention "pour information". Il ne vous restera plus qu'à régler la somme restant éventuellement à votre charge.

Un professionnel de santé reste toutefois libre d'accepter ou de refuser l'application du Tiers payant (Sécurité sociale et/ou Alméry's/ Carte Blanche).

❖ Le Tiers payant partiel : à éviter pour les consultations

Si vous vous adressez à un professionnel de santé qui n'est pas encore conventionné pour le Tiers payant Alméry's/ Carte Blanche, vous pouvez lui proposer de prendre contact avec cet opérateur dont les coordonnées figurent sur votre carte de Tiers payant (numéro réservé aux praticiens). Tout sera mis en oeuvre pour qu'il puisse rejoindre le réseau de Tiers payant au plus tôt.

Dans le cas des médecins généralistes et spécialistes, nous vous conseillons, si le Tiers payant intégral n'est pas possible, de faire l'avance des frais. Votre remboursement complémentaire sera viré sur votre compte 48 heures après le remboursement de la Sécurité sociale.

En effet, si vous utilisez votre carte Vitale afin de bénéficier du seul Tiers payant Sécurité sociale pour une consultation (carte Vitale uniquement), vous devrez, pour pouvoir bénéficier du remboursement de la part complémentaire, impérativement envoyer à La Mutuelle Générale :

- une facture du praticien indiquant le montant dont vous vous êtes acquitté ;
- une copie du décompte de Sécurité sociale.
- En effet, les informations transmises par le régime obligatoire (Sécurité sociale) ne permettent pas, à l'heure actuelle, aux assureurs d'identifier les actes ayant donné lieu à un Tiers payant partiel.

➤ **Généralisation du tiers payant : quels impacts pour vous ?**

Médicaments achetés en pharmacie, radiologie, soins infirmiers...

vous bénéficiez déjà du tiers payant pour de nombreuses dépenses de santé. Afin que tous les assurés sociaux bénéficient du tiers payant chez leur médecin généraliste fin 2017, la loi du 26 janvier 2016 prévoit un élargissement progressif du procédé.

L'utilisation du tiers payant auprès du professionnel de santé reste toutefois conditionnée à l'acceptation de ce dernier. S'il l'accepte, la dispense d'avance de frais est limitée aux garanties prévues à votre contrat. Vous et vos bénéficiaires devez uniquement régler le coût des éventuels dépassements tarifaires auprès du praticien.

Si vous n'utilisez pas votre carte de tiers payant ou si ce service est refusé par le professionnel de santé, vous devez lui demander une facture et l'adresser à La Mutuelle Générale, afin d'être remboursés par votre régime du Groupe.

► **EN RÉSUMÉ**

CONSULTATION CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU SPÉCIALISTE	
➤ Si le médecin est conventionné par Almérys / Carte Blanche	tiers payant intégral présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale / Almérys / Carte Blanche
➤ Si le médecin n'est pas conventionné par Almérys / Carte Blanche	Avance intégrale des frais remboursement de la part Sécurité sociale et de la part mutuelle
Autre acte médical ou professionnel de santé ou établissement de soins	
➤ Si le professionnel de santé ou l'établissement est conventionné par Almérys / Carte Blanche	tiers payant intégral présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale / Almérys / Carte Blanche
➤ Si le professionnel de santé ou l'établissement n'est pas conventionné par Almérys / Carte Blanche	tiers payant partiel (si possible en cas de frais importants) présentation de la carte Vitale + paiement de la part complémentaire remboursement de la part complémentaire par La Mutuelle Générale sur présentation d'une facture acquittée et du décompte de la Sécurité sociale
	OU Avance intégrale des frais remboursement de la part Sécurité sociale et de la part complémentaire par La Mutuelle Générale

Attention

À compter du moment où un professionnel délivre une feuille de soins, l'adhérent dispose d'un délai de deux ans pour demander le remboursement de ses soins médicaux.

► **CONSEIL**

Pour être remboursé rapidement et en toute sécurité, deux solutions :

➤ **le tiers payant intégral**

L'adhérent présente sa carte Vitale et sa carte de tiers payant La Mutuelle Générale / Almérys / Carte Blanche lorsqu'il va chez un professionnel de santé afin de profiter du tiers payant intégral (Sécurité sociale + complémentaire). Il n'a ainsi rien à régler (sauf reste à charge éventuel) ni aucune démarche à effectuer.

➤ **la télétransmission avec le centre de Sécurité sociale**

Lors de son affiliation, l'adhérent bénéficie automatiquement de cette télétransmission, sous réserve de fournir son attestation Sécurité sociale. Ses décomptes de Sécurité sociale sont automatiquement transmis à La Mutuelle Générale. Il n'a donc plus à transmettre ses feuilles de soins et il est remboursé plus rapidement.

Sa situation de famille évolue ? Il déménage ? Quel que soit le changement, l'adhérent doit en informer Humanis Prévoyance en lui fournissant les nouvelles attestations Sécurité sociale, afin de continuer à profiter de la télétransmission.

S'il ne souhaite pas bénéficier de la télétransmission, l'adhérent doit faire parvenir une demande écrite à Humanis Prévoyance. Il devra alors adresser lui-même ses feuilles de soins ainsi que les justificatifs nécessaires à La Mutuelle Générale.



DOCUMENTS À JOINDRE AUX DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

VOUS BÉNÉFICIEZ DE LA TÉLÉTRANSMISSION	VOUS NE BÉNÉFICIEZ PAS DE LA TÉLÉTRANSMISSION
Si la prestation à rembourser ne figure pas dans la liste ci-dessous, vous n'avez aucun document à nous faire suivre. Vous serez remboursé automatiquement.	Quelle que soit la prestation à rembourser, envoyez systématiquement à La Mutuelle Générale votre décompte de la Sécurité sociale



Que vous bénéficiez ou non de la télétransmission : pour toutes les prestations suivantes, merci d'envoyer à La Mutuelle Générale les factures détaillées et acquittées :

Honoraires Soins de ville	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Examen d'ostéodensitométrie ✦ Transport et déplacement ✦ Médecine douce 	
Produits pharmaceutiques et fournitures	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Acoustique ✦ Prothèses mammaires ✦ Prothèses capillaires ✦ Orthopédie 	
Médecine douce	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Ostéopathe, chiropracteur, psychologue, diététicien, sophrologue 	
Dentaire	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Prothèses fixes et mobiles ✦ Orthodontie ✦ Implants 	La facture doit détailler précisément le numéro de la dent concernée
Optique	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Monture et verres ✦ Lentilles ✦ Prothèses oculaires ✦ Chirurgie réfractive 	La facture doit détailler précisément la référence des verres
Cure thermique	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Établissement thermal ✦ Hébergement 	
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Frais de structure et de soins pris en charge à 100 % ✦ Chambre particulière ✦ Forfait journalier ✦ Service psychiatrique ✦ Accompagnement ✦ Honoraires de praticiens 	Joindre également l'attestation médicale complémentaire délivrée lors de la sortie

Pour recevoir le forfait **Naissance - Adoption**, envoyez l'acte de naissance ou la copie du jugement d'adoption.

LE COMPTE PERSONNEL "MON ESPACE ADHÉRENT"

La Mutuelle Générale met gratuitement à la disposition de ses adhérents sur son site internet www.lamutuellegenerale.fr un espace personnel et sécurisé. Une fois inscrit à cet Espace Adhérent, ils peuvent :

- ❖ consulter le détail de leurs remboursements santé et être informé par e-mail, s'ils le demandent, lors de la mise en ligne de nouveaux décomptes ;
- ❖ vérifier leurs données personnelles (adresse, numéro de Sécurité sociale, etc.) pour être sûr que leurs informations sont toujours à jour ;
- ❖ rechercher un professionnel de santé Carte Blanche
- ❖ télécharger des documents pratiques, tels que le livret d'information du Groupe Orange, des formulaires, la déclaration de médecin traitant... ;
- ❖ s'informer sur les nouveautés en matière de santé et de prévention ;
- ❖ vous pouvez également télécharger l'application gratuite sur votre mobile sur App Store (en tapant « La Mutuelle Générale ») ou Google Play ou en flashant ce code.



► RÉSILIATION/RADIATION

L'adhérent a la faculté de demander la résiliation de son contrat au 31 décembre d'un exercice sous réserve d'une notification adressée à Humanis Prévoyance deux mois avant cette date par lettre recommandée.

Conséquences du défaut de paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.932-22 III du Code de la Sécurité sociale, si la cotisation (ou une fraction de la cotisation) n'est pas payée dans un délai de dix jours après sa date d'échéance, Humanis Prévoyance adresse à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure l'avisant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraîne la résiliation de l'adhésion au contrat, les cotisations payées restant acquises aux organismes assureurs.

► CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date du décès de l'adhérent.

► PRESCRIPTION

Toutes les actions dérivant de la couverture complémentaire santé sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Les causes d'interruption de la prescription sont :

- ❖ le commandement ;
- ❖ la saisie ;
- ❖ la citation en justice ;
- ❖ la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant ;
- ❖ un acte d'exécution forcée ;
- ❖ la reconnaissance du droit du réclamant.

► CONTRÔLE-EXPERTISE

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie de l'adhérent, La Mutuelle Générale et Humanis Prévoyance se réservent le droit de procéder au contrôle de son état de santé et des soins engagés par lui. Les contrôles médicaux ainsi réalisés par les organismes assureurs sont effectués par des médecins agréés par eux ou par des médecins choisis sur la liste de la fédération française des associations de médecins-conseils experts.

Les organismes assureurs ne versent pas les prestations à l'adhérent :

- ❖ lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale nécessaire de son état de santé ;
- ❖ lorsque le médecin contrôleur n'a pas pu accéder à son domicile, soit en raison de son absence en dehors des heures de sortie autorisées, soit en raison d'une adresse erronée ou incomplète ou d'un code d'accès inconnu ;
- ❖ lorsque l'adhérent ne s'est pas présenté le jour de sa convocation au contrôle médical du médecin-conseil choisi par les organismes assureurs, ou s'il a refusé de se soumettre à ce contrôle.

À ce titre, les organismes assureurs cessent de verser les prestations à compter de la date à laquelle ils en informent l'adhérent.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et le médecin de La Mutuelle Générale, les parties intéressées choisissent un troisième médecin expert pour les départager.

À défaut d'entente entre elles sur cette désignation, le troisième médecin est désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance territorialement compétent saisi par la partie la plus diligente. Les organismes assureurs d'une part et l'adhérent concerné d'autre part supportent chacun pour moitié l'ensemble des frais liés à la nomination de ce médecin.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise du troisième médecin revêt un caractère obligatoire pour les parties concernées. Conformément à cet avis, les organismes assureurs peuvent être amenés à reprendre le versement des prestations relatives aux soins ayant fait l'objet de la procédure d'expertise.

Le refus de se soumettre à toute constatation médicale demandée par les organismes assureurs entraînera pour l'adhérent la perte de tout droit aux prestations versées, à compter de la date à laquelle les organismes assureurs l'informeront du constat de son refus.

► RÉCLAMATIONS – MÉDIATION

Vous avez la possibilité, en cas de difficulté relative à l'application du contrat, si le différend persiste, ou en l'absence de réponse du service de gestion dans un délai de 15 jours, de contacter le service des réclamations de La Mutuelle Générale :

par courrier, à l'adresse suivante :

La Mutuelle Générale
Direction des Opérations
Client-Contrat Collectif Orange
TSA 10391
94281 Le Kremlin-Bicêtre Cedex

par courriel, à l'adresse suivante : osiris@lamutuellegenerale.fr

Lorsque les voies de recours ci-dessus sont épuisées, si un différend persiste, vous ou vos éventuels ayants droit pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française :

par courrier, à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur
de la Mutualité Française
FNMF
255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15

par courriel, à l'adresse suivante : mediation@mutualite.fr

La saisine du Médiateur est accessible sur le site internet du Médiateur : www.mediateur-mutualite.fr

► PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Conformément à la réglementation en vigueur, et en particulier au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations communiquées sont traitées par notre organisme. Ces traitements sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale. De plus, ces traitements sont mis en oeuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, les coassureurs et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées conformément aux durées de prescriptions légales attachées au contrat d'assurance. En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé peuvent être conservées pendant une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte à des fins probatoires. S'agissant des autres données et notamment en matière de prospection commerciale, ces données peuvent être conservées 3 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données sont précisées sur le site internet : humanis.com.

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement de vos données personnelles ainsi que limiter ou s'opposer à son traitement en écrivant aux services du Délégué à la Protection des Données (DPO).

Pour Humanis aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à Groupe Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex.

Pour La Mutuelle Générale à : droitopposition@lamutuellegenerale.fr auprès du CLIL ou par lettre à l'adresse suivante : Secrétaire Général de La Mutuelle Générale - 1-11 rue Brillat Savarin - CS 21363 - 75634 Paris cedex 13.

Vous pouvez également demander la portabilité de vos données fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque votre consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé par notre organisme pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande. Vous pouvez consulter les sites internet : humanis.com ou lamutuellegenerale.fr pour de plus amples informations.

En tout état de cause, vous pouvez saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07

► PROSPECTION COMMERCIALE PAR VOIE TELEPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique vous pouvez vous inscrire gratuitement et à tout moment sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dénommée « BLOCTEL », par voie électronique sur le site www.bloctel.gouv.fr ou par voie postale à l'adresse de la société désignée par le ministère chargé de l'économie pour la gérer :

Société OPPOSETEL,
service Bloctel,
6 rue Nicolas Siret
10000 Troyes.

Toutefois, tant que le contrat est en cours, votre inscription n'interdit pas notre organisme de vous démarcher téléphoniquement si vous vous n'êtes pas opposé auprès de notre organisme, aux coordonnées suivantes : protection-donneespersonnelles@humanis.com ou à : Groupe Humanis - cellule Protection des données personnelles - 141, Rue Paul Vaillant Couturier - 92246 Malakoff cedex, à l'utilisation de ses données à caractère personnel à des fins de prospection notamment commerciale, en application de la loi dite « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978.

► AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle Générale et Humanis sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) régie par le Code monétaire et financier, dont le siège social est situé 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT

Vous voulez :

- ❖ vérifier votre affiliation ;
- ❖ communiquer votre changement d'adresse ;
- ❖ informer d'une modification de situation de famille (mariage, PACS, concubinage, naissance, chômage du conjoint...);
- ❖ modifier la liaison informatique Sécurité sociale Mutuelle (système NOEMIE).

Humanis

Equipe Orange
CP 240
303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans Cedex 09

Téléphone :



APPEL NON SURTAXÉ
(du lundi au vendredi de 8h30 à 19h)

Fax :

01 58 82 40 70

email :

prevoyance@humanis.com

internet :

www.humanis.com

Vous voulez :

- ❖ recevoir votre carte de tiers payant ;
- ❖ demander une prise en charge en cas d'hospitalisation ;
- ❖ obtenir un devis dentaire ou optique ;
- ❖ vous renseigner sur vos remboursements en cours ;
- ❖ géolocaliser un professionnel de santé du réseau Carte Blanche.

La Mutuelle Générale

TSA 10391
94281 Le Kremlin Bicêtre Cedex

Téléphone :



APPEL NON SURTAXÉ

(du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30)

Fax :

01 45 59 81 31

email :

orange_gestionsante@lamutuellegenerale.fr

internet :

www.lamutuellegenerale.fr
Rubrique > Mon Espace Adhérent

humanis.com



Les garanties de ce contrat sont co-assurées par **Humanis Prévoyance** (Institution de prévoyance régie par les dispositions du Titre III du Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°410 005 110 - Siège social : 29 boulevard Edgar Quinet - 75014 PARIS) et la **La Mutuelle Générale** (mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, immatriculée au SIREN sous le numéro 775 685 340, dont le siège social est situé 1-11 rue Brillat-Savarin CS 21363 75634 Paris cedex 13).