

Notice d'information santé

Valant Conditions Générales

Edition 2021

Adhésion individuelle Sortie de Groupe (Loi Évin)

 orange™



SOMMAIRE

OBJET	4
CONDITIONS D'ADHÉSION	4
PERSONNES GARANTIES	4
DATE D'EFFET DES GARANTIES	4
PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS	5
CONTRATS RESPONSABLES	5
CONTRIBUTION FORFAITAIRE ET FRANCHISE	8
FRAIS D'HOSPITALISATION	9
SOINS COURANTS	11
QUELQUES MOTS SUR CARTE BLANCHE	13
FRAIS D'OPTIQUE	14
FRAIS DENTAIRES	17
ÉTENDUE DES GARANTIES	21
ÉTENDUE TERRITORIALE	21
RISQUES EXCLUS	21
COTISATION	21
COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE, LE VERSEMENT DES PRESTATIONS OU UN DEVIS ?	21
DOCUMENTS À JOINDRE À VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENTS	24
VOTRE COMPTE PERSONNEL « MON ESPACE ADHÉRENT »	25
GARANTIE « ASSISTANCE IMA »	25
TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE	25
ANALYSE DE DEVIS ET CONSEILS	26
RÉSILIATION/RADIATION	26
CESSATION DES GARANTIES	27
DÉCHÉANCE DE GARANTIE AU SINISTRE	27
PRÉSCRIPTION	27
CONTRÔLE-EXPERTISE	27
RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	28
PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	28
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	29

OBJET

Le présent régime individuel (facultatif) a pour objet d'offrir aux anciens assurés 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 2021.

CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour souscrire, un ancien assuré au contrat du Groupe Orange a un délai 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 :

Malakoff Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

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 Malakoff Humanis Prévoyance, à l'établissement d'un courrier d'accusé-réception adressé au nouvel assuré.

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 assuré au contrat du Groupe Orange.

Si l'ancien assuré 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 assuré 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 de l'assuré vivant sous le toit de l'assuré ;
 - les ayants droit de l'assuré décédé.

Dans les cas de limite d'âge, de poursuite d'études, de formation ou d'état d'incapacité de travail, les enfants sont considérés comme à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 20^{ème} ou leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent leurs études, leur formation ou sont en recherche de premier emploi à cette date, ou bien suivant celui de la fin des études, de la formation ou de l'état d'incapacité de travail.

Chaque fin d'année, si vous avez des personnes à charge (conjoint, ascendants ou enfants de plus de 20 ans), vous serez interrogé sur votre situation de famille afin de garantir l'ensemble de votre 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'assuré (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'assuré vers un autre praticien spécialiste (médecin correspondant).

Si l'assuré 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'assuré 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'assuré 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

Nous vous conseillons de consulter les informations disponibles sur le site www.ameli.fr, rubrique Assurés > Soins et remboursements > Comment être remboursé.

CONTRATS RESPONSABLES

Votre contrat respecte les conditions posées par les Pouvoirs Publics pour répondre aux définitions de "contrat solidaire" et de "contrat responsable". Il respecte les conditions posées à l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux textes d'application de celui-ci. Les garanties telles qu'elles sont définies ont été établies sur la base des dispositions légales et réglementaires relatives aux contrats "responsables" en vigueur au jour de la signature du contrat. En cas de contradiction entre ces règles et celle prévue par le contrat, les règles du contrat responsable prévaudront.

Votre contrat est modifié de plein droit par l'évolution légale ou réglementaire des conditions posées au "contrat responsable" et au "contrat solidaire".

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), la Mutuelle Générale 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.

Notre organisme ne rembourse pas :

- conformément à l'article L.160.13 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.160.13 II 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.160-8 du Code de la Sécurité sociale).

Zoom sur le 100 % santé

Votre contrat a été modifié par la réforme dite « 100 % santé ». Elle a pour objectif de vous proposer, en plus de vos garanties actuelles, des offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge.

Comprendre les différents choix qui s'offrent à vous :

OPTIQUE

Depuis le 1^{er} janvier 2020, lorsque vous allez chez votre opticien, vous avez le choix parmi deux types d'équipements.*

1 Panier 100 % santé

aussi appelé « Classe A ». Il est sans reste à charge. Vous pouvez choisir entre plusieurs montures au tarif maximum de 30 € et de verres prédéfinis traitant l'ensemble des troubles visuels.

2 Panier tarifs libres

également appelé « Classe B ». Rien ne change. Il est remboursé sur le tarif de base de l'Assurance maladie et dans la limite de votre contrat. Seul le remboursement de la monture est désormais plafonné à 100 €.

Vous avez la possibilité de les mixer en optant pour une monture de votre choix et des verres « 100 % santé » ou inversement.

À NOTER

Le renouvellement de l'équipement s'effectue :

- tous les 2 ans pour les plus de 16 ans, sauf en cas de changement de vue et selon des conditions spécifiques et hors situations médicales particulières,
- tous les ans pour les moins de 16 ans. Ce délai est réduit à 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

Le renouvellement des verres est sans délai lorsque les conditions spécifiques sont remplies. (cf. liste des pathologies concernées dans l'arrêté du 3 décembre 2018 parue au JO du 12/12/2018 ou sur présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière).

* Un équipement optique est composé de deux verres et d'une monture.

DENTAIRE

Les évolutions ont pris effet en deux temps : depuis le 1^{er} janvier 2020 pour une partie des actes du panier « 100 % santé », puis au 1^{er} janvier 2021 pour le reste des soins prothétiques dentaires.

Vous avez le choix parmi 3 paniers de soins.

1 Panier 100 % santé

avec aucun reste à charge.

2 Panier tarifs maîtrisés

avec des honoraires plafonnés et un remboursement selon votre contrat, avec un éventuel reste à charge.

3 Panier tarifs libres

permet de choisir librement les techniques et matériaux remboursés selon votre contrat avec un éventuel reste à charge.

À SAVOIR

Depuis le 1^{er} janvier 2020, une sélection de couronnes, inlays core et bridges est proposée dans des matériaux prédéfinis en fonction de la localisation de la dent à soigner (visible ou non visible).

Au 1^{er} janvier 2021, ce sont les prothèses amovibles en résine qui viennent compléter les prothèses dentaires « 100 % santé ».



Depuis le 1^{er} janvier 2020, rien ne change dans votre contrat. Conformément à la réglementation, vous pouvez bénéficier du « 100 % santé » audio à compter du 1^{er} janvier 2021.

1 Panier 100 % santé (classe I)

sans reste à charge, cet équipement est remboursé aux frais réels sans pouvoir excéder les prix limites de vente.

2 Panier tarifs libres (classe II)

dont l'équipement est remboursé selon les conditions fixées au contrat et qui respecte un plafond de 1700 €.

À NOTER

En 2021 le renouvellement d'une aide auditive est possible tous les 4 ans.

Actes de prévention

Les organismes assureurs prennent en charge à hauteur de 100 % du ticket modérateur l'ensemble des actes ci-dessous :

Prestations de prévention

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'assurance maladie obligatoire.

Les prestations versées, cumulées à celles de l'assurance maladie obligatoire, sont limitées en tout état de cause aux frais réellement engagés par l'assuré et par ses ayants droit.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Dépistage, tous les 5 ans, des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un DPTAM	100 % FR dans la limite de 250 % MR
- Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % FR dans la limite de 185,71 % MR *
Hors du parcours de soin :	80 % FR dans la limite de 150 % MR
Dépistage de l'hépatite B	100 % FR dans la limite de 400 % MR
Bilan initial des troubles du langage oral et écrit (avant 14 ans)	100 % FR dans la limite de 400 % MR
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans :	
Ostéodensitométrie pour les femmes de plus de 50 ans et tous les 6 ans :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un DPTAM	100 % FR dans la limite de 400 % MR
- Médecin non adhérent à un DPTAM	100 % FR dans la limite de 185,71 % MR *
Hors du parcours de soin :	80 % FR dans la limite de 200 % MR
Vaccins :	
- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tout âge) ;	100 % TFR
- Coqueluche (avant 14 ans) ;	
- Hépatite B (avant 14 ans) ;	
- BCG (avant 6 ans) ;	
- Rubéole (pour certaines femmes) ;	
- Haemophilus influenzae B ;	
- Vaccins contre les infections invasives à pneumocoques (enfant de moins de 18 mois)	
Détartrage complet sus et sous gingival (effectué en 2 séances au maximum)	100 % FR dans la limite de 300 % MR
Scellement des sillons sur les molaires (avant 14 ans)	100 % FR dans la limite de 300 % MR

*Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique maîtrisée est limitée à 100 % BR.

FR : Frais réellement engagés par l'assuré. MR : Montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie. TFR : Tarif Forfaitaire de responsabilité fixé par l'assurance maladie. Il correspond au tarif de médicament générique au prix le plus bas. DPTAM : Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

CONTRIBUTION FORFAITAIRE ET FRANCHISE

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 personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes (à partir du 1^{er} jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant la date de l'accouchement), et les bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'aide médicale de l'État (AME) sont exonérés de son paiement.

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.

DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) / DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique)

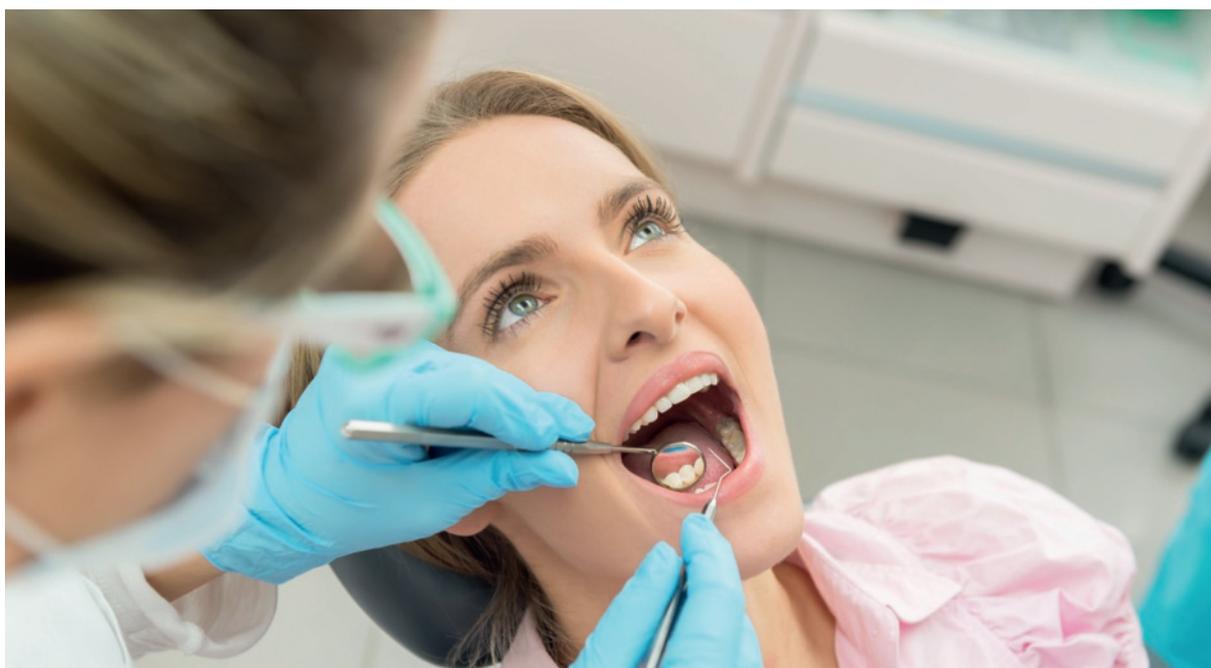
Certaines garanties font l'objet d'une prise en charge différenciée selon que le médecin est signataire ou non du dispositif DPTAM / DPTAM-CO.

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 le DPTAM ou le DPTAM-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.



FRAIS D'HOSPITALISATION

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier	100% FR
HONORAIRES	
Honoraires du ou des praticiens - actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation :	
- médecin adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ :	100% FR dans la limite de 400% MR
- médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾ :	100% TM + 125% MR*
Franchise pour actes techniques	100% FR
AUTRES ACTES	
Frais de séjour - Frais de salle d'opération	100% FR dans la limite de 400% MR
Chambre particulière	100% FR dans la limite de 2,50% PMSS ⁽²⁾ (85,70 €) par jour
Lit d'accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	100% FR dans la limite de 2% PMSS ⁽²⁾ (68,56 €) par jour
FRAIS DE TRANSPORT	
Frais de transport, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite du TM
CURE THERMALE PRISE EN CHARGE PAR L'AMO	
- Forfait de surveillance médicale	1% PMSS ⁽²⁾ (34,28€) par jour dans la limite de 21 jours
- Forfait thermal	
- Frais de transport et d'hébergement	
MATERNITÉ (y compris hospitalisation)	
Indemnité forfaitaire (un seul forfait par naissance)	40% PMSS ⁽²⁾ (1371,20 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement
ADOPTION	
Indemnité forfaitaire	40% PMSS ⁽²⁾ (1371,20 €) par enfant à l'exclusion de tout autre remboursement

BR : base de remboursement de la Sécurité sociale MR : montant remboursé par la Sécurité sociale TM : Ticket modérateur. C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire d'assurance maladie (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

(1) Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

(2) PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins Exercice 2021 : 3428 €. 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-secu-et-vous/barèmes.

* quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.

Les frais d'hospitalisation liés à la naissance ou l'adoption d'un enfant qui font l'objet d'un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) sont exclus.

Établissements non conventionnés :

Il s'agit d'établissements très peu nombreux (71 sur la France, soit 2,28 % du total des établissements) qui n'ont pas signé de convention avec l'Assurance maladie.

Dans ce cas, les remboursements de la Sécurité sociale sont fortement réduits.

Compte tenu de leur très faible nombre, il n'est pas prévu de remboursement complémentaire spécifique pour cette catégorie d'établissements.

Le Tiers payant La Mutuelle Générale/Alméryrs/Carte Blanche ne s'applique qu'aux frais d'hospitalisation. Les dépenses personnelles (lit d'accompagnement) ne bénéficient pas du Tiers payant. Vous devrez acquitter les factures correspondant à ces dépenses personnelles pour vous les faire rembourser par La Mutuelle Générale sur présentation des justificatifs.

Les dépenses d'ordre strictement personnel (TV, téléphone...) ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par La Mutuelle Générale.

Naissance ou adoption d'un enfant

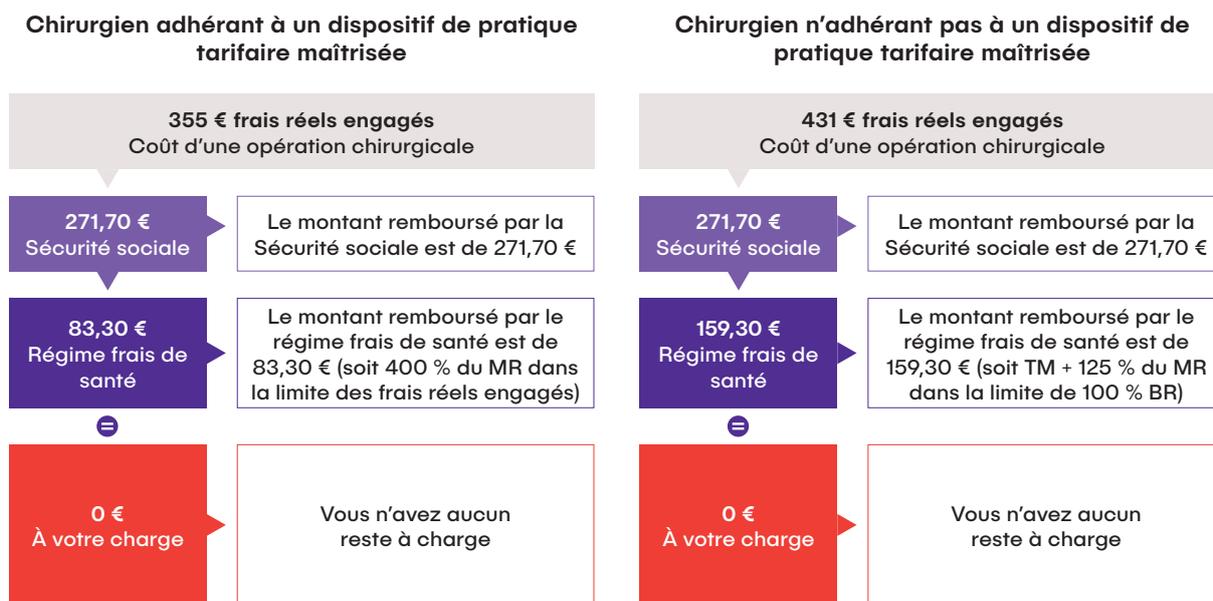
Les frais médicaux, d'appareils et d'hospitalisation relatifs à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pris en charge partiellement par la Sécurité sociale au titre de la maternité **ne font pas l'objet de remboursement**. Toutefois, un versement forfaitaire de 40 % du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale soit 1 371,20 € (valeur 2021) 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.

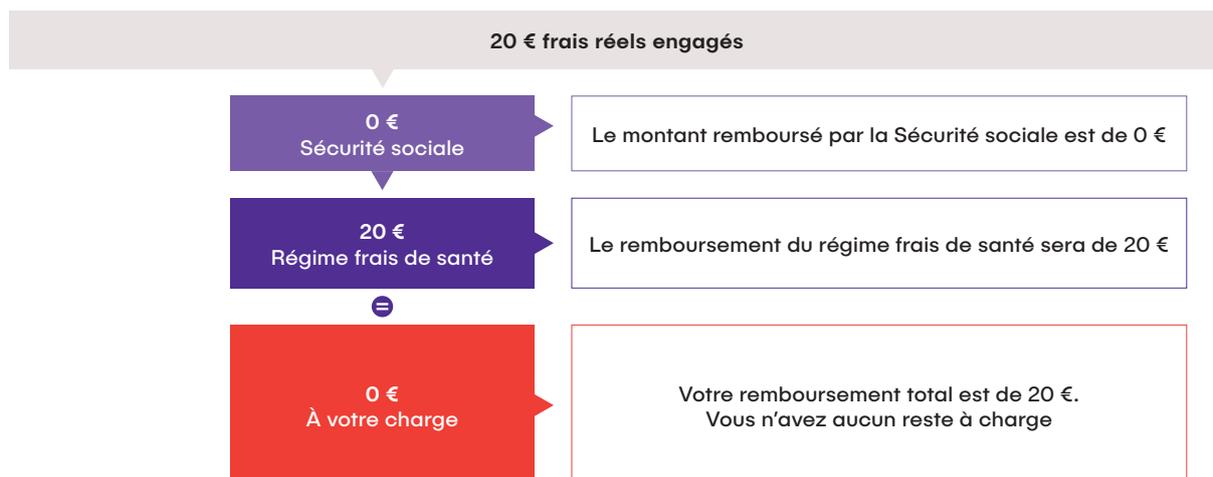
Néanmoins, en cas d'intervention chirurgicale (césarienne) les frais sont pris en charge au titre de la garantie « Chirurgie-Hospitalisation médicale ».

Exemples de remboursements :

Pour une opération de la cataracte pour un acte thérapeutique > 120 €



En cas d'hospitalisation, un forfait journalier hospitalier s'applique pour la participation du patient aux frais d'hébergement et d'entretien



SOINS COURANTS

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicales du généraliste :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 200% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 171,42% MR**
Hors du parcours de soin :	80% FR dans la limite de 100% MR
Consultations médicales et visites médicales du spécialiste et du professeur :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 250% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 185,71% MR**
Hors du parcours de soin :	80% FR dans la limite de 150% MR
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale et électrothérapie :	
Dans le parcours de soin :	
- Médecin adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 400% MR
- Médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (*) :	100% FR dans la limite de 185,71% MR**
Hors du parcours de soin :	80% FR dans la limite de 200% MR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	100% FR
HONORAIRES PARAMEDICAUX	
Actes d'auxiliaires médicaux	100% FR dans la limite de 400% MR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Frais d'analyses médicales, d'examens de laboratoire et de biologie médicale	100% FR dans la limite de 400% MR
MEDICAMENTS	
Frais pharmaceutiques, prescrits médicalement, pris en charge par l'AMO	100% TFR
MATERIEL MEDICAL	
Prothèses médicales non dentaires prises en charge par l'AMO :	
- Appareil orthopédique :	100% FR dans la limite de 400% MR
- Fournitures et appareillages médicaux non dentaires :	100% FR dans la limite de 400% MR
MEDECINE DOUCE - PREVENTION	
Ostéodensitométrie	100% FR dans la limite de 31€ par année civile et par bénéficiaire
Ostéopathie - Chiropractie - Psychologie - Diététique - Sophrologie (***)	30€ par séance dans la limite de 4 séances par année civile et par bénéficiaire toutes spécialités confondues

MR : Montant remboursé par la Sécurité sociale

PMSS : Valeur du Plafond Mensuel de la Sécurité sociale à la date des soins 2021 : 3428 €.

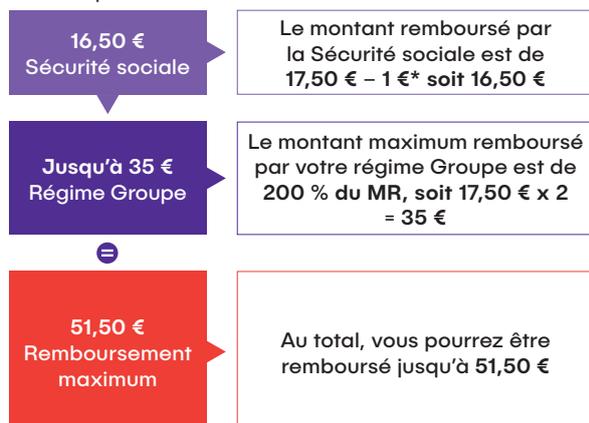
* Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée) ou DPTAM-CO (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

** Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.

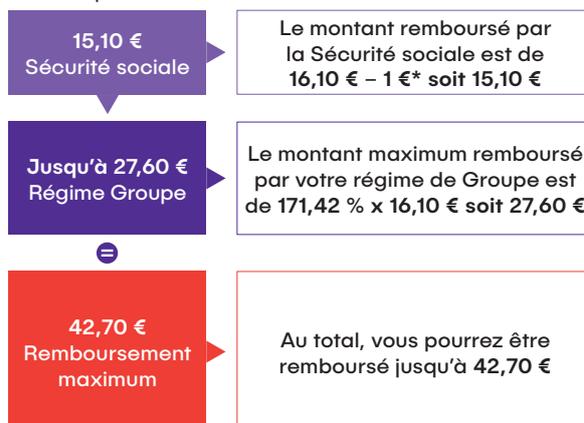
*** Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et inscrit au RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) ou au répertoire Adeli.

Exemples de remboursements :

Consultation d'un généraliste adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
Base de Remboursement Sécurité sociale : 25 €
 Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans dans le cadre du parcours de soins.

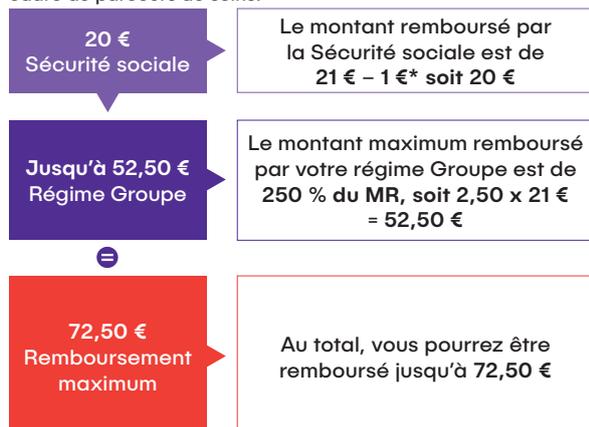


Consultation d'un généraliste n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €
 Cet exemple concerne les bénéficiaires de plus de 16 ans dans le cadre du parcours de soins.

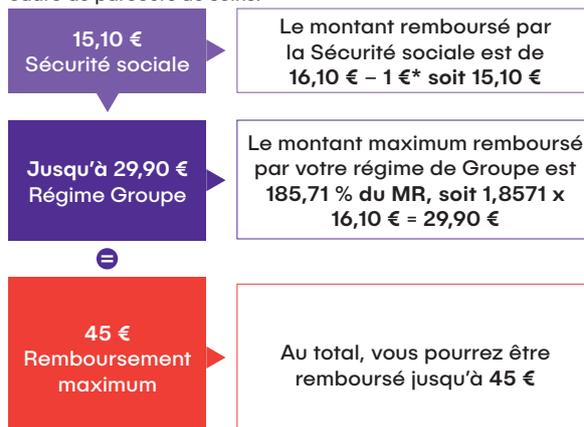


Exemples de remboursements :

Consultation d'un spécialiste adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
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 n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
Base de Remboursement Sécurité sociale : 23 €
 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.



Ces prestations sont versées dans la limite des frais réellement engagés.
 Quel que soit le mode d'expression des garanties, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % de la BR.
 Le taux de remboursement de l'AMO pris en compte dans les exemples est de 70 %.
 Les exemples chiffrés sont arrondis à deux chiffres après la virgule.

* ce remboursement ne prend jamais en charge la participation forfaitaire de 1 € prélevée sur le montant remboursé par la Sécurité sociale.

Pharmacie

Les médicaments sont remboursés dans la limite du tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), s'il existe pour cette classe de médicaments, c'est-à-dire sur la base du prix du médicament générique correspondant au médicament prescrit.

Exemple :

Médicament de marque prescrit	5 €
TFR (prix moyen des génériques pour cette classe de médicaments)	3,13 €
Reste à charge	
si choix du médicament de marque	1,87 € (5 – 3,13 €)
si choix du médicament générique	0 €

Vous pouvez consulter le détail des dispositifs de l'Assurance maladie (participation forfaitaire, médecin traitant, parcours de soins, coordination de soins, protocole de soins, ...) sur le site : www.ameli.fr

QUELQUES MOTS SUR CARTE BLANCHE

La santé gagnante !

Le régime du Groupe Orange vous ouvre les portes du réseau Carte Blanche. Vous bénéficiez des avantages et des services proposés par le premier réseau de professionnels de santé, partout en France.

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 !



LA MUTUELLE GENERALE - CG 709
TSA 41423
75621 PARIS CEDEX 13
Tel : 0 969 397 497 (appel non surtaxé)

Numéro AMC 775 685 340
Type de Conv/CSR MU / 001
N° NNI 1741275670880
Edité le 05/12/2019

Période de validité 01/01/2020 au 31/12/2020
N° de carte 20190123456789
N° de télétransmission/DRE 98532801
Adhésion 2000123456/CMC50

GARANTIES OUVRIANT DROIT À TIERS PAYANT (PART RÉGIME OBLIGATOIRE INCLUSE)

BÉNÉFICIAIRE - NOM - PRÉNOM QUALITÉ - DATE DE NAISSANCE	N° NNI	codes DRE/STS	TPNOE	SE*	068 PHAR	060 MG*	068 MS*	060 BIO	060 RAD*	060 AUX	068 SDENT	021 TRA
MARTIN Mathieu 10012345670 Assuré	1741275670880	NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%
Né(e) le 15/12/1974												
MARTIN Aurélie 10012345671 Ayant droit	2760675560253	NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%
Né(e) le 10/06/1976												
MARTIN Emma 10012345672 Ayant droit	1741275670880	NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%
Né(e) le 20/03/2002												
MARTIN Theo 10012345673 Ayant droit	1741275670880	NON	OUI		100%S	190%A	200%B	400%R	200%C	400%R	300%R	100%
Né(e) le 05/10/2017												

S : LPPR 400% du remboursement SS R: du RBSS Si CAS ou OPTAM (A: 200% du RBSS; B: 250% du RBSS; C: 400% du RBSS)
* Si respect du parcours de soins.
PEC hospitalisation via almerys. PEC optique, dentaire et audioprothèse via CBPEC 0 969 396 639 (Appel non surtaxé)

N° SIREN : 775685340 - MUTUELLE SOUMISE AU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ

CES TAUX S'APPLIQUENT À LA BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

PROFESSIONNELS DE SANTÉ

VOTRE CONTACT
www.almerys.com
0 825 826 214

bealmerys ALMERYS - 46, rue du Resort
63927 Clermont-Ferrand - cedex 9

CODIFICATIONS

TPNOE: pratique du tiers payant via le régime obligatoire	AUX: auxiliaires médicaux
PHAR: toute la pharmacie y compris PH2	MK: masseurs kinésithérapeutes
PH2: pharmacie PH2*	OPT: optique
PH4: pharmacie PH4*	HOSP: hospitalisation
PH7: pharmacie PH7*	SE: soins externes
PH7/L: PH7* + produits LPPR*	PRDD: prothèses dentaires
PH7/LA: PH7* + PH* + produits LPPR*	SDENT: soins dentaires
BIO: biologie hors SE	TRA: transport
RAD: radiologie hors SE	MG: médecins généralistes et spécialistes
AUD: audioprothèse	MGS: médecins généralistes et spécialistes

* y compris honoraires de dispensation

BÉNÉFICIAIRES

VOTRE CONTACT
Pour toute information:
www.lamutuellegenerale.fr

Sur votre espace adhérent :

- consultez vos remboursements en ligne ;
- retrouvez le détail de vos garanties ;
- localisez les professionnels de santé qui pratiquent le tiers payant almerys (dispense d'avance de frais) ;
- posez toutes les questions que vous souhaitez sur votre contrat.

Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'opposition ou d'effacement auprès du Délégué à la Protection des Données (mesdonnees@lamutuellegenerale.fr)

LA MUTUELLE générale

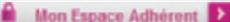
Carte Tiers Payant

Vous n'avez aucune démarche à effectuer pour en bénéficier.

4 avantages immédiats :

- 1 Vous réalisez des économies (notamment sur les postes optique et dentaire...),
- 2 Vous n'avancez pas de frais,
- 3 Vous recevez des soins de qualité,
- 4 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 www.lamutuellegenerale.fr et cliquez sur 

L'annuaire des professionnels de santé et leur géolocalisation sont 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. »

Vous avez besoin d'une nouvelle carte de tiers payant ? Téléchargez-la depuis votre espace adhérent de la Mutuelle Générale puis imprimez-la.

FRAIS D'OPTIQUE

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
ÉQUIPEMENTS	
Dans la limite d'un équipement (1 monture + 2 verres) corrigeant un déficit de vision ou une combinaison de déficits toutes les deux années dites glissantes pour un bénéficiaire âgé de 16 ans ou plus décomptées à partir de la date de facturation dudit équipement. En cas d'évolution du défaut visuel ou pour un bénéficiaire âgé de moins de 16 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 ne pourra excéder 100€ (Assurance Maladie Obligatoire comprise)	
ÉQUIPEMENTS DE CLASSE A (100% SANTE)*	
Monture prise en charge par l'AMO :	100% FR - MR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement
Verres pris en charge par l'AMO :	100% FR - MR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement
Suppléments optiques pris en charge par l'AMO :	100% FR - MR dans la limite du PLV tel que défini réglementairement
ÉQUIPEMENT DE CLASSE B (PANIER LIBRE)*	
Monture prise en charge par l'AMO :	
- Dans le réseau d'opticiens partenaires :	100 % FR - MR dans la limite de 100 €
- Hors du réseau d'opticiens partenaires :	95 % FR - MR dans la limite de 100 €

Verres pris en charge par l'AMO :

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 2021
N°11	Simple foyer, de sphère allant de -6 à +6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
N°21	Simple foyer, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
	Simple foyer, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 6 dioptries	Simple	4 % PMSS, soit 137,12 €
N°12 - 13	Simple foyer, de sphère hors zone de -6 à +6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°22-24	Simple foyer, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptries et de sphère inférieure à -6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €

NATURE DES FRAIS		PRESTATIONS	
N°22	Simple foyer, de sphère positive et de somme S supérieure à 6 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°23	Simple foyer, de cylindre supérieur à +4 dioptries et de sphère allant de -6 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°31	Multifocal ou progressif, de sphère allant de -4 à +4 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
N°32	Multifocal ou progressif, de sphère située en dehors de la zone allant de -4 à +4 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
N°41	Multifocal ou progressif, de cylindre inférieur ou égal à +4 dioptries et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S inférieure ou égale à 8 dioptries	Complexe	7,50 % PMSS, soit 257,10 €
	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
N°42	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur ou égal à 0,25 dioptrie et de sphère inférieure à -8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
	Multifocal ou progressif, de sphère positive et de somme S supérieure à +8 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
Supplément optiques pris en charge par l'AMO		100 % TM	
LENTILLES			
Lentilles correctrices prises en charge par l'AMO		100 % FR dans la limite de 15 % PMSS (soit 514,20 €) par année civile et par bénéficiaire	
En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par l'AMO sont remboursées à hauteur de 100 % TM.			
Lentilles correctrices non prises en charge par l'AMO y compris les lentilles correctrices jetables		100 % FR dans la limite de 10 % PMSS (soit 342,80 €) par année civile et par bénéficiaire	
CHIRURGIE RÉFRACTIVE			
Chirurgie réfractive		100 % FR dans la limite de 24% PMSS (soit 822,72 €) par oeil	

PMSS : le Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) est fixé chaque année par les pouvoirs publics sous forme de décret

* Les verres, montures et suppléments de classe A (100% santé) sont définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables. Le Panier Libre correspond au panier hors 100% Santé.

Les garanties optiques respectent les planchers par équipement imposés par l'article D.911-1 4° du Code de la Sécurité sociale portant sur la couverture minimale.

Les types de verres sont segmentés entre verres simples, complexes et hyper complexes (très complexes) selon le niveau de sphère et cylindre comme précisé dans le tableau des garanties.

** La prise en charge d'un équipement (2 verres + 1 monture) y compris Sécurité sociale ne peut pas dépasser les plafonds réglementaire des contrats responsables ci dessous :

NATURE DE L'ÉQUIPEMENT	PRESTATIONS
1 monture + 2 verres simples	420 €
1 monture + 2 verres complexes	700 €
1 monture + 2 verres hyper complexes	800 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre complexe	560 €
1 monture + 1 verre simple + 1 verre hyper complexe	610 €
1 monture + 1 verre complexe + 1 verre hyper complexe	750 €

Dans tous les cas, la prise en charge d'une monture au sein d'un équipement est limitée à 100 euros.

Votre opticien doit vous proposer un devis comprenant au moins un modèle de lunette sans reste à charge.

Vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique « Services et avantages » ou par courrier envoyé à l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

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

Exemples de remboursements :

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)

1 monture + 2 verres simples n°11 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 95€	345 € Frais Réels engagés	▶ 130 €	+ 215€
22,50 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
102,50 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 77,90 €	314,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 214,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	30 € Reste à votre charge	▶ 30 €	+ 0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour adulte (16 ans et plus)

1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 180€	692 € Frais Réels engagés	▶ 150 €	+ 542 €
37,80 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
172,20 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 147,60 €	614,17 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 514,20 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	77,74 € Reste à votre charge	▶ 50 €	+ 27,74 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)

1 monture + 2 verres simples n°11 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
125 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 95€	250 € Frais Réels engagés	▶ 100 €	+ 150€
22,50 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 17,10 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
102,50 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 77,90 €	249,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 149,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €

Vous achetez une paire de lunettes pour votre enfant (moins de 16 ans)

1 monture + 2 verres complexes n°41 (voir classification)

Lunettes de classe A (100% santé) =	Monture	2 verres	Lunettes de classe B (Panier Libre) =	Monture	2 verres
210 € Frais Réels engagés	▶ 30 €	+ 180€	350 € Frais Réels engagés	▶ 100 €	+ 250 €
37,80 € Sécurité sociale	▶ 5,40 €	+ 32,40 €	0,09 € Sécurité sociale	▶ 0,03 €	+ 0,06 €
172,20 € Régime Frais de Santé	▶ 24,60 €	+ 147,60 €	349,91 € Régime Frais de Santé	▶ 99,97 €	+ 249,94 €
0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €	0 € Reste à votre charge	▶ 0 €	+ 0 €

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

Cette période est réduite à :

- 1 an pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue pour les adultes de 16 ans et plus;
- 6 mois pour les moins de 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur;
- 6 mois en cas de perte de l'équipement ou de bris de verres pour les patients ayant un trouble neurologique avec atteinte de la motricité fine ou déficience intellectuelle sévère.

Dans ce cas, la demande doit préalablement être instruite par la Mutuelle Générale. A réception de l'accord de la Mutuelle Générale, la prise en charge peut être demandée.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres (hors monture) n'est applicable pour les moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue ou pour tout patient en cas d'évolution de la vue liée à des situations médicales particulières telles que visées par le paragraphe VIII.2 de l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au JO du 31/12/2018.

Le calcul de la période s'apprécie sur 24 mois glissants (ou 12 mois glissants pour les cas précités), à compter de la date de facturation de l'équipement.

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 dernier élément de l'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après. En cas d'achat séparé d'une composante de cet équipement, les différentes périodes sont également applicables. Lorsque les 2 verres sont délivrés et pris en charge de façon espacée dans le temps, la date à partir de laquelle le délai de renouvellement est compté est celle de délivrance du dernier verre.

En cas de double prescription (vision de près et vision de loin) à la même date, les conditions de renouvellement s'appliquent à chacun des équipements séparément. La délivrance d'un équipement avec des verres progressifs ou multifocaux en remplacement de 2 équipements est permise lorsque la période de renouvellement est échue pour chacun des 2 équipements.

La Mutuelle Générale peut demander une facture détaillée et acquittée des frais d'optique.

En cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, il est demandé de 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. Dans ce cas, il est également demandé de transmettre à la Mutuelle Générale la prescription médicale de l'équipement précédent ou tout document émanant de l'opticien et précisant la correction de l'équipement précédent.

FRAIS DENTAIRES

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et le cas échéant par tout autre organisme.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES 100% SANTÉ*	
Soins et prothèses dentaires 100% santé	100% FR dans la limite des honoraires limites de facturation**
SOINS ET PROTHÈSES DENTAIRES À TARIFS MAÎTRISÉ ET LIBRE	
Soins dentaires pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 300% MR
Inlay Onlay pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 300% MR
PROTHÈSES DENTAIRES PRISES EN CHARGE PAR L'AMO (DONT COURONNE SUR IMPLANT, COURONNE PROVISOIRE ET INLAY CORE)	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45) :	500 % MR dans la limite des FR
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48) :	400 % MR dans la limite des FR
PROTHÈSES DENTAIRES NON PRISES EN CHARGE PAR L'AMO INSCRITES À LA CLASSIFICATION COMMUNE DES ACTES MÉDICAUX (CCAM)	
- Dents de devant (mâchoire supérieure : n° 11 à 15 et 21 à 25 / mâchoire inférieure : n° 31 à 35 et 41 à 45)	80% FR dans la limite de 391€ par dent
- Dents du fond (mâchoire supérieure : n° 16 à 18 et 26 à 28 /mâchoire inférieure : n°36 à 38 et 46 à 48)	80% FR dans la limite de 310€ par dent
Implantologie non prise en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 28% PMSS (soit 959,84 €) par année civile et par bénéficiaire
TRAITEMENT ORTHODONTIQUE	
Traitement orthodontique pris en charge par l'AMO	100% FR dans la limite de 350% MR
Traitement orthodontique non pris en charge par l'AMO (bénéficiaire de moins de 16 ans)	80% FR dans la limite de 580€ par semestre

* Les prothèses dentaires fixes 100% santé sont remboursées intégralement à compter du 1^{er} janvier 2020, les prothèses dentaires amovibles 100% santé sont remboursées intégralement à compter du 1^{er} janvier 2021 conformément à la réglementation du cahier des charges des contrats responsables et la nomenclature des actes 100% Santé.

** Dans la limite des Honoraires Limites de Facturation (HLF) tels que définis réglementairement par le cahier des charges des contrats responsables, remboursement de l'AMO inclus.

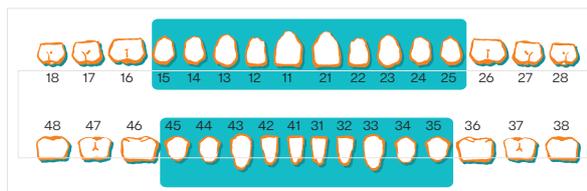
Prothèses dentaires

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

Il s'agit des canines, des incisives et des 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.

Le schéma ci-dessous vous permet de visualiser les dents concernées.

Le plafond de remboursement est moins élevé pour les molaires nommées dents du fond.



Exemples de remboursements :

Vous allez chez un dentiste pour un détartrage pris en charge par la Sécurité sociale



Vous allez chez un dentiste conventionné qui vous pose une couronne

La couronne est acceptée par la Sécurité sociale.

Le taux de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire pris en compte dans les exemples est de 70%.

Le reste à charge est en fonction de vos frais réels, de la position de la dent et des matériaux, dans tous les cas, faites un devis !

° Incisive (dent n°11), canine (dent n°23) ou 1^{re} prémolaire (dent n°14) ==> Dents de devant (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramo monolithique sans zircon Céramométallique	Céramo céramique
Frais réels engagés de 440 €⁽¹⁾	Frais réels engagés de 500 €⁽¹⁾	Frais réels engagés de 900 €⁽²⁾
=	=	=
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
+	+	+
356 € Régime frais de santé	416 € Régime frais de santé	376,25 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	0 € À votre charge	448,50 € À votre charge

(1) Honoraire Limite de Vente

(2) Honoraire Libre

° 2^e prémolaire (dent n°15) ==> Dents de devant (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Maîtrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Céramique monolithique avec Zircone	Céramométallique	Céramo céramique
Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 550 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 900 € ⁽²⁾
=	=	=
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
+	+	+
356 € Régime frais de santé	420 € Régime frais de santé	376,25 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	46 € À votre charge	448,50 € À votre charge

° Molaire (dent n°17) ==> Dents du fond (voir classification)

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Maîtrisé (BR 120 €)	Panier Libre (BR 107,50 €)
Métallique	Céramo monolithique avec zircone	Céramo céramique
Frais réels engagés de 290 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 440 € ⁽¹⁾	Frais réels engagés de 539 € ⁽²⁾
=	=	=
84 € Sécurité sociale	84 € Sécurité sociale	75,25 € Sécurité sociale
+	+	+
206 € Régime frais de santé	336 € Régime frais de santé	301 € Régime frais de santé
+	+	+
0 € À votre charge	20 € À votre charge	162,75 € À votre charge

Votre dentiste a l'obligation de vous présenter un devis. Par contre, il n'a pas l'obligation de vous présenter un devis 100% Santé ou à tarif maîtrisé. Votre dentiste doit cependant vous informer si le devis qu'il présente en tarif libre concerne des prothèses pour lesquelles un devis « 100% santé » ou à tarif maîtrisé est possible. Cette alternative peut faire l'objet d'un devis séparé.

Vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique « Services et avantages » ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

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

(1) Honoraire Limite de Vente
(2) Honoraire Libre

Aides auditives

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) sur la base du Régime Général et sont versées dans la limite des frais réellement engagés.

Les prestations sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées, compte tenu des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le cas échéant par tout autre organisme.

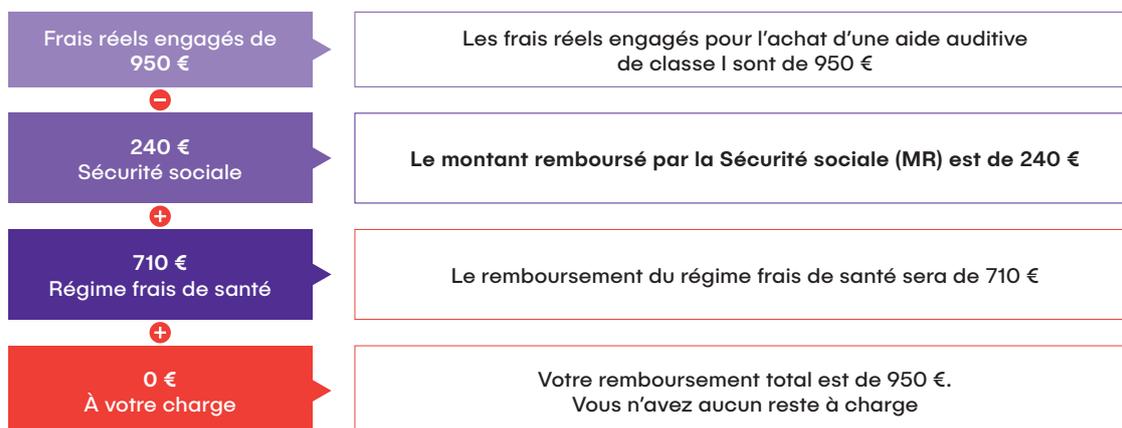
NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
Dans la limite d'une aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille	
Équipement 100 % Santé (*) – Classe I*	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite des PLV *
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite des PLV *
Équipement tarif Libre (*) – Classe II	
Appareil auditif	100 % FR dans la limite de 540 % MR**
Piles, accessoires et gestion administrative	100 % FR dans la limite de 540 % MR

(*) tel que défini réglementairement

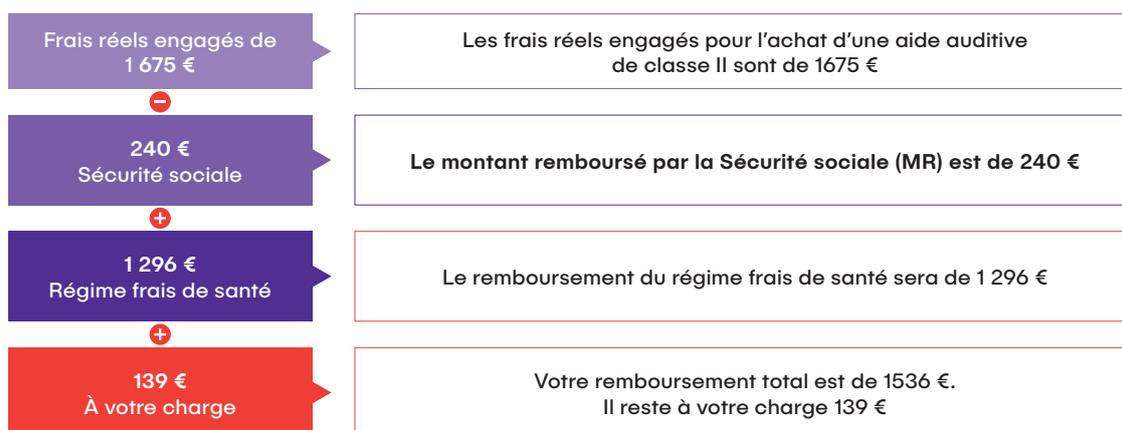
(**) la prise en charge ne peut excéder le plafond de garanties des contrats responsables fixé à 1700 € (assurance maladie obligatoire + complémentaire santé) par appareil.

Exemples de remboursements :

Vous achetez une aide auditive de classe I (100% Santé) pour adulte (20 ans et plus)



Vous achetez une aide auditive de classe II pour adulte (20 ans et plus)



(1) Honoraire Limite de Vente

(2) Honoraire Libre

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 2021.

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'assuré 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'assuré 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'assuré pour les actes et consultations des médecins, les actes de biologie médicale, la radiologie, les franchises ;
- la part des dépenses de l'assuré 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 ou par virement. 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 Almérys/ 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'Almérys/ Carte Blanche afin de déterminer le montant restant à la charge du salarié.

Devis pour frais dentaires ou d'optique

Votre opticien et votre audioprothésiste ont l'obligation de vous proposer un devis comportant au moins une solution 100% Santé sans reste à charge.

Votre dentiste n'en a pas l'obligation, pensez à le lui demander. Dans tous les cas : pensez à faire analyser votre devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale, rubrique « Services et avantages » ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

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 Almérys/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 Almérys/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 Almérys/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 complémentaire santé Almérys/Carte Blanche
	Si le médecin n'est pas conventionné par 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 complémentaire santé 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 vous délivre une feuille de soins, vous disposez d'un délai de deux ans pour demander le remboursement de vos soins médicaux.

La Mutuelle Générale - CG 709

TSA 41423

75621 Paris cedex 13

Téléphone :  N° Cristal **0 969 397 497** du lundi au vendredi de 9h à 18h

APPEL NON SURTAXÉ

Espace Adhérent : <https://adherent.lamutuellegenerale.fr/>



DOCUMENTS À JOINDRE À VOS DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

PRESTATIONS	Avec Télétransmission	Sans Télétransmission ou Prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire
HOSPITALISATION		
Forfait journalier hospitalier		
Honoraires des praticiens	Facture acquittée et/ou Bordereau de facturation délivré par l'établissement	Facture acquittée et/ou Bordereau de facturation délivré par l'établissement
Frais de Séjour		
Chambre particulière		
Lit accompagnant (enfant de moins de 12 ans)	Facture acquittée + bulletin de situation	Facture acquittée + bulletin de situation
Cure thermique (séjour, transport et hébergement)	Facture acquittée	Facture acquittée
Maternité : indemnité forfaitaire		Acte de naissance ou jugement d'adoption
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux des médecins généralistes et spécialistes (dont radiologie) – Consultations/visites	Aucune Pièce	Décompte de la Sécurité Sociale
Honoraires des auxiliaires médicaux		
Analyses médicales		
Prothèses médicales prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (prothèse mammaires, capillaires, orthopédie,...)	Facture acquittée	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée
Frais de transport, médicalement prescrit pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune Pièce	Décompte Sécurité Sociale
MÉDECINE DOUCE - PRÉVENTION		
Ostéopathie – Chiropractie – Psychologie Diététique – Sophrologie		Facture acquittée Actes prescrits et pratiqués par un professionnel de santé disposant d'un diplôme d'état dans sa spécialité et inscrit au RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) ou au répertoire Adeli
Ostéodensitométrie		Facture acquittée
AIDES AUDITIVES		
Appareil Auditif	Facture acquittée	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée
DENTAIRE		
Actes dentaires pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité Sociale
Inlays/onlays		
Inlay Core	Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)	Décompte de la Sécurité Sociale + Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)
Prothèses Dentaires fixes et mobiles		
Prothèses Dentaires non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)
Implantologie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		
Orthodontie prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune pièce	Décompte de la Sécurité Sociale
Orthodontie non prise en charge par la sécurité sociale (bénéficiaire de moins de 16 ans)		Facture acquittée
OPTIQUE		
Lunettes (Monture et verres) En cas de renouvellement anticipé lié à une évolution de la vue, fournir l'ancienne et la nouvelle prescription médicale	Facture acquittée précisant la référence des verres	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée précisant la référence des verres
Lentilles prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Aucune Pièce	Décompte Sécurité Sociale

Lentilles non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		Facture acquittée
Suppléments optiques pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire	Facture acquittée indiquant la nature des actes effectués	Décompte Sécurité Sociale + Facture acquittée indiquant la nature des actes effectués
Chirurgie réfractive		Facture acquittée

Pour toutes prestations, si vous avez bénéficié du tiers payant uniquement sur la part remboursée par la sécurité sociale, il convient de nous adresser la facture acquittée.

Notre conseil :

Pour être remboursé rapidement et en toute sécurité, optez pour :

Le Tiers payant intégral

Vous présentez votre carte Vitale et votre carte de Tiers payant La Mutuelle Générale/Almérys/Carte Blanche lorsque vous allez chez un professionnel de santé afin de profiter du Tiers payant intégral (Sécurité sociale + complémentaire). Vous n'aurez ainsi rien à régler ni aucune démarche à effectuer, dans la limite des garanties du régime.



La télétransmission avec le centre de Sécurité sociale (Noémie)

Lors de votre affiliation au régime, vous bénéficiez automatiquement de cette télétransmission, sous réserve de fournir les attestations Sécurité sociale. Vos décomptes de Sécurité sociale sont automatiquement transmis à La Mutuelle Générale. Vous n'avez donc plus à transmettre vos feuilles de soins et vous êtes remboursé plus rapidement.

Votre situation de famille évolue ? Vous déménagez ? Quel que soit le changement, vous devez en informer Malakoff Humanis en lui fournissant les nouvelles attestations Sécurité sociale, afin de continuer à profiter de la télétransmission.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier de la télétransmission, vous devez faire parvenir une demande écrite à Malakoff Humanis. Vous devrez alors adresser vous-même vos feuilles de soins ainsi que les justificatifs nécessaires à La Mutuelle Générale.

VOTRE COMPTE PERSONNEL « MON ESPACE ADHÉRENT »

La Mutuelle Générale met à votre disposition sur son site internet www.lamutuellegenerale.fr, un espace personnel et sécurisé, accessible depuis votre ordinateur, tablette ou mobile. Une fois inscrit, vous pouvez :

- consulter le détail de vos remboursements santé et être informé par e-mail, si vous le demandez, lors de la mise en ligne de nouveaux décomptes ;
- vérifier vos données personnelles (adresse, numéro de Sécurité sociale, etc.) pour être sûr que vos informations sont toujours à jour ;
- rechercher un professionnel de santé Carte Blanche ;
- télécharger des documents pratiques, tels que le livret d'information Orange, des formulaires ;
- vous informer sur les nouveautés en matière de santé et de prévention.

GARANTIE « ASSISTANCE IMA »

Les assurés ainsi que leurs ayants droit affiliés au contrat frais de santé bénéficient d'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 :  **N° Cristal 0 969 363 765**
APPEL NON SURTAXÉ

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

TÉLÉCONSULTATION MÉDICALE

Les assurés ainsi que leurs ayants droit affiliés au contrat frais de santé bénéficient d'un service de téléconsultation médicale, accessible sans frais supplémentaire.

Pour bénéficier de ce service, il est nécessaire de créer un compte sur <https://www.bonjourdocteur.com/> puis de prendre rendez-vous via la plateforme « Bonjour Docteur » ou par téléphone au 01 55 92 27 04 24H/24, 7J/7 (appel non surtaxé).

Le contact avec le médecin est réalisé par téléphone ou en visio.

- L'ensemble des médecins de la plateforme sont inscrits à l'Ordre des Médecins.
- Si besoin et l'accord de l'assuré, une ordonnance est envoyée directement à la pharmacie du choix

de l'assuré en France ou dans l'Union Européenne. L'ordonnance est téléchargeable depuis l'espace personnel web sécurisé « Bonjour Docteur ».

- La consultation est entièrement protégée par le secret médical.
- Avec l'accord de l'assuré, un compte rendu pourra être transmis au médecin traitant.

La téléconsultation ne se substitue ni au médecin traitant, ni aux services d'urgence, ni à une consultation spécialisée, notamment psychologique, ni aux consultations nécessitant un examen clinique ou des examens complémentaires spécialisés. Ce service est sans surcoût et illimité.

ANALYSE DE DEVIS ET CONSEILS

Les assurés affiliés au contrat santé bénéficient du service Analyse de devis et Conseils.

Pour optimiser votre budget santé, connaître le coût moyen d'une prestation santé dans votre région, et estimer votre reste à charge, vous pouvez obtenir une analyse de devis via votre Espace Adhérent La Mutuelle Générale (adherent@lamutuellegenerale.fr), rubrique "Services et avantages" ou par courrier via l'adresse figurant sur votre carte de tiers payant.

RÉSILIATION/RADIATION

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

L'assuré peut résilier le contrat deux mois au moins avant chaque date de renouvellement soit au plus tard le 31 octobre (le cachet de la poste faisant foi).

L'assuré peut adresser sa demande :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'institution de prévoyance ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

La résiliation à l'initiative de l'organisme assureur s'effectue par lettre recommandée.

Résiliation Infra annuelle (RIA)

1 - Les dispositions ci-après s'entendent dans les conditions définies par la loi 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé et de ses textes d'applications.

L'assuré peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, dénoncer l'adhésion ou résilier le contrat sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation du contrat prend effet, à défaut d'accord des parties, un mois après la réception par l'organisme assureur de la notification du souscripteur.

Lorsque le souscripteur a le droit de résilier le contrat, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix du souscripteur

- 1° Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- 2° Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- 3° Soit par acte extrajudiciaire ;
- 4° Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- 5° Soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Les dispositions du contrat traitant de la résiliation à l'initiative du souscripteur et de l'assuré et faisant mention de « lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique » sont ainsi remplacées par les modes de communication listé ci-dessus.

2 - Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au contrat, l'adhérent ou le cas échéant l'assuré ne sont redevables que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation.

3 - Dans le cas où le souscripteur souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident afin de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte du souscripteur souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans

les conditions prévues au contrat. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture des assurés durant la procédure.

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, notre organisme adresse à l'assuré 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'assuré.

DÉCHÉANCE DE GARANTIE AU SINISTRE

L'assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre (survenance des soins) concerné :

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

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

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 notre organisme en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

Lorsque l'action de l'entreprise, de l'assuré, du bénéficiaire, ou de l'ayant droit contre nos organismes 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'entreprise, le participant, le bénéficiaire, 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 de droit commun que sont :

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

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un recommandé électronique avec accusé de réception adressé par nos organismes à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit en ce qui concerne le règlement de la prestation.

La date d'expédition certifiée par un horodatage qualifié de l'envoi du recommandé électronique fait foi de la date d'envoi.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

CONTRÔLE-EXPERTISE

À toute époque et sous peine de déchéance des droits à garantie de l'assuré, La Mutuelle Générale et Malakoff Humanis 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.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par le médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant.

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

- 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'assuré 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'assuré.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré 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'assuré 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'assuré 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

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du centre de gestion dans un délai de 15 jours, vous pouvez envoyer un courrier ou un courriel au Service Qualité de La Mutuelle Générale :

- par courrier, à l'adresse suivante :
La Mutuelle Générale
Service qualité
1-11 rue Brillat Savarin – CS 21363 – 75634 PARIS CEDEX 13
- par courriel, à l'adresse suivante :
servicequalité@lamutuellegenerale.fr

En cas de désaccord ou en l'absence de réponse du Service Qualité pendant un délai de deux mois à compter de la date de la réception de la réclamation, vous pouvez saisir le Médiateur de la Mutualité Française directement sur son site internet <https://www.mediateur-mutualite.fr/> ou par voie postale, à l'attention de :

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

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 l'organisme assureur, responsable de traitement, ou par l'organisme gestionnaire par délégation.

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

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

En cas de conclusion d'un contrat, les données 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 membre participant (demande de renseignements ou de documentation, par exemple). L'ensemble des durées de conservation des données

sont précisées sur le site internet du Groupe Malakoff Humanis.

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

Pour Malakoff Humanis sur notre site via nos formulaires, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte, 75317 Paris cedex 9.

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

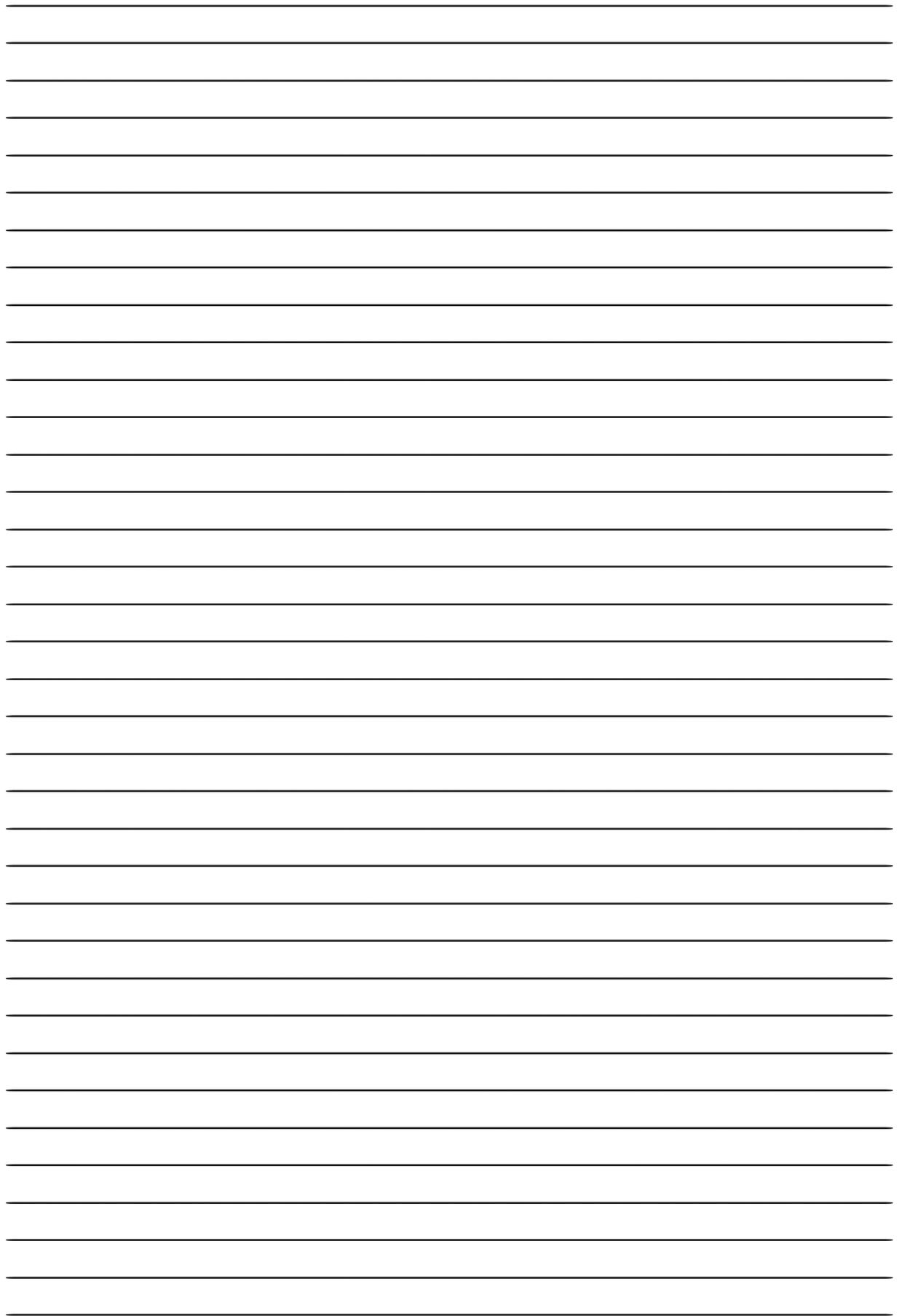
Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Vous pouvez également demander la portabilité des données qu'il a fournies lorsqu'elles sont nécessaires au contrat ou lorsque son consentement était requis. Un justificatif d'identité pourra vous être demandé par l'organisme assureur pour confirmer votre identité avant de répondre à votre demande.

En tout état de cause, vous pouvez saisir directement la Commission Nationale de l'Informatique et des Liberté à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris Cedex 07. Les données personnelles sont conservées pendant une durée maximale de cinq années à compter de la fin des relations contractuelles vous liant aux organismes assureurs.

AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La Mutuelle Générale et Malakoff 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 - Paris cedex 09.



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.

Contactez



La Mutuelle Générale - CG 709
TSA 41423
75621 Paris cedex 13

Tél. :  N° Cristal **0 969 397 497**

APPEL NON SURTAXÉ

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 17 h 30

Espace Adhérent :
<https://adherent.lamutuellegenerale.fr/>

Internet :
www.lamutuellegenerale.fr, rubrique Mon Espace Adhérent.

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 Noémie).

Contactez



Malakoff Humanis
CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9

Tél. :  N° Cristal **0 969 39 72 72**

APPEL NON SURTAXÉ

du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h

E-mail :
prevoyance@malakoffhumanis.com

Internet :
malakoffhumanis.com



MALAKOFF HUMANIS PRÉVOYANCE

Institution de prévoyance régie par le livre IX du Code de la sécurité sociale
Siège : 21 rue Laffitte - 75009 Paris - N° SIREN 775 691 181
Une institution de prévoyance du groupe Malakoff Humanis
21 rue Laffitte - 75009 Paris
malakoffhumanis.com



LA MUTUELLE GÉNÉRALE

TSA 10391 - 94281 Le Kremlin Bicêtre cedex
lamutuellegenerale.fr

