



Devenez acteur de votre protection familiale

**Régime frais de santé - Adhésion individuelle
des conjoints salariés - Édition 2022**

Sommaire



Votre régime santé



Le présent régime individuel a pour objet d'offrir aux conjoints des salariés du Groupe Orange (dont les sociétés ont adhéré à l'accord Groupe), s'ils exercent une activité rémunérée ou s'ils perçoivent une indemnité, pension ou rente, la possibilité d'adhérer au régime Frais de Santé du contrat du Groupe Orange.

La complémentaire santé, propose des garanties de remboursement de frais occasionnés par une maladie, un accident du travail, un accident de la vie privée ou une maladie professionnelle et des services identiques pour tous.

La complémentaire santé intervient en complément du dispositif de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO). Elle prend également en charge certaines dépenses particulières non remboursées par la Sécurité sociale.

Les garanties proposées sont conformes aux garanties du « **contrat responsable** » défini par la loi. Elles respectent donc les minimas et les plafonds de remboursement autorisés. Vos garanties intègrent également les offres « **100 % Santé** » qui vous permettent en optique, dentaire et audiologie d'être remboursé intégralement.

Votre complémentaire santé vous fait également bénéficier de nombreux **services**, pour vous et vos ayants droit :

- Téléconsultation médicale pour obtenir un avis médical 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7,
- Assistance santé (IMA) pour vous accompagner avant, pendant et après une situation difficile,
- Analyse de devis pour connaître exactement vos remboursements,
- Accès aux professionnels du réseau « carte Blanche » qui ont pris des engagements de prix et de qualité,
- Bénéfice du tiers payant pour éviter les avances de frais.

Par l'intermédiaire de La Mutuelle Générale, vous avez également accès aux centres de santé mutualistes regroupant, sur tout le territoire, plus de 2 600 professionnels de santé (généralistes, opticiens, dentistes ... (liste sur www.mutualite.fr/services/trouver-un-service-de-sante/) et également à 174 centres de loisirs-vacances (liste sur votre espace adhérent <https://adherent.lamutuellegenerale.fr>)

Vous trouverez dans cette partie le détail de vos garanties et des services mis à votre disposition.

Conditions d'admission

Personnes assurés

Peut souscrire au contrat tout conjoint, partenaire lié par un PACS ou concubin d'un salarié adhérent au régime groupe Orange :

- s'il perçoit un revenu au titre d'une activité professionnelle,
- ou s'il perçoit des indemnités journalières, une pension de retraite ou une rente d'invalidité, à condition qu'il ait au préalable bénéficié des garanties en qualité de conjoint (en tant qu'ayant droit à titre gratuit ou en tant que conjoint cotisant),

sous réserve que le contrat de travail du salarié du Groupe Orange ne soit pas rompu.

Conditions d'adhésion

Aucune formalité médicale n'est requise.

Pour souscrire l'assuré doit 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 ou de la Caisse d'Épargne ;
- d'un mandat de prélèvement SEPA ;
- d'un chèque correspondant au premier règlement ;

Malakoff Humanis

CP 240
303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9.



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

Date d'effet des garanties

L'assuré est affilié à la date mentionnée sur le courrier d'accusé-réception susmentionné et au plus tôt à la date d'adhésion du salarié, si la demande est intervenue dans les conditions suivantes :

- dans les trois mois qui suivent l'affiliation du conjoint salarié de droit privé du Groupe Orange (ou le PACS ou le concubinage) et dans les mêmes conditions de garanties que ce dernier ;
- consécutivement à la couverture Frais de Santé accordée à titre gratuit (conjoint à charge) dans le cadre du contrat collectif.

L'adhésion prend effet le premier jour du mois qui suit les six premiers mois d'affiliation pour les frais d'optique (lunettes et lentilles*), de chirurgie réfractive, de prothèses* et d'implants dentaires non remboursés par la Sécurité sociale, si l'affiliation de l'assuré est intervenue plus de trois mois après celle du salarié de droit privé du Groupe Orange (ou le PACS ou le concubinage).

Les autres postes sont garantis le premier jour de l'affiliation. 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.

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.

* sous réserve de l'application du contrat responsable.



Environnement réglementaire de vos garanties

ASPECTS GÉNÉRAUX LIÉS AUX REMBOURSEMENTS

Les remboursements complètent ceux de la Sécurité sociale et, le cas échéant, de tout autre organisme dans les limites précisées pour chaque acte médical. Les remboursements en multiples du montant remboursé par la Sécurité sociale s'entendent sur la base du régime général de la Sécurité sociale.

Les garanties sont acquises pour les seules dépenses engagées à compter de l'adhésion au régime complémentaire santé. En cas de radiation, seules les dépenses engagées jusqu'à la date de radiation sont prises en charge.

Les remboursements des frais occasionnés par une maladie, un accident du travail, un accident de la vie privée ou une maladie professionnelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à votre charge, après les remboursements de toute nature auxquels vous avez droit.

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes assureurs s'appliquent dans la limite de chaque garantie.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS ET CONTRAT RESPONSABLE

Le contrat répond aux obligations définies par la loi du 13 août 2004.

Parcours de soins coordonnés

Le respect du parcours de soins coordonnés permet de bénéficier d'une meilleure prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire et par votre complémentaire santé.

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 » et bénéficie d'une meilleure prise en charge ; 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, vous ne serez pas considéré « hors parcours de soins », que vous ayez 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.

Contrat Responsable

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.

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 pris en charge au titre des contrats responsables.

La Mutuelle Générale ne rembourse pas :

- conformément à l'article L160.13 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 L160.13 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 L160-8 du Code de la Sécurité sociale).

100 % SANTÉ

Votre contrat intègre la réforme dite 100 % Santé. Elle a pour objectif de vous proposer des offres sur une sélection de lunettes, d'aides auditives et de prothèses dentaires sans reste à charge.

Retrouvez le détail du 100 % santé Optique, Dentaire et Audio dans chacune des pages dédiées à ces garanties.

ACTES DE PRÉVENTION

Votre contrat prend 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 soins :	
- 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 soins :	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 soins :	
- 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 soins :	80 % FR dans la limite de 200 % MR
Vaccins :	
- Diphtérie, tétanos, poliomyélite (tout âge) ;	
- Coqueluche (avant 14 ans) ;	
- Hépatite B (avant 14 ans) ;	
- BCG (avant 6 ans) ;	100 % TFR
- 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.
BR : Base de Remboursement. 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 FRANCHISES

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 ne sont pas prises en charge :

- 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 €/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 €/jour), 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.

Prise en charge du Forfait Patient Urgences (FPU)

Votre contrat prend en charge l'intégralité de la participation forfaitaire dénommée « Forfait Patient Urgences (FPU) » instituée par l'article 51 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2021, en remplacement du ticket modérateur, pour chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation.

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.

** (hors cas particuliers des bénéficiaires de moins de 18 ans, des 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 des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'aide médicale de l'État (AME), qui sont exonérés de son paiement).

Vos garanties

Frais d'hospitalisation

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme.

Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier hospitalier	100% FR
HONORAIRES	
Honoraires des praticiens - actes de chirurgie, d'anesthésie et de réanimation :	
- médecin adhérent 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*
Forfait Patient Urgence	100% FR
Franchise pour acte technique	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 D'UN ENFANT	
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. (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 2022 : 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/baremes.

* 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.

Tiers payant

Le tiers payant s'applique uniquement aux frais d'hospitalisation.

Les dépenses personnelles (lit d'accompagnement) ne bénéficient pas du Tiers payant. Vous devez acquitter les factures correspondant à ces dépenses personnelles. Sur présentation des justificatifs, vous pourrez ensuite demander leur remboursement auprès de la Mutuelle Générale.

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

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 l'Assurance Maladie Obligatoire sont fortement réduits ainsi que le remboursement complémentaire qui est indexé sur la base de remboursement de la Sécurité sociale.

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 2022) est attribué à la naissance sur envoi d'un extrait d'acte de naissance.

Pour chaque naissance ou adoption, il est versé un seul forfait.

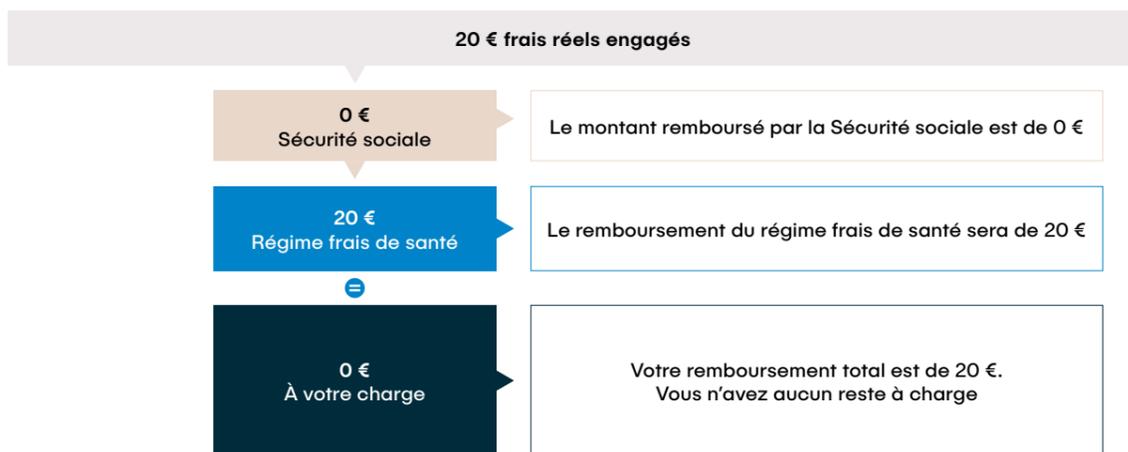
Néanmoins, en cas d'intervention chirurgicale (césarienne) les frais sont pris en charge au titre de la garantie « frais d'hospitalisation ».

Exemples de remboursements :

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

Chirurgien adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée	Chirurgien n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée
355 € frais réels engagés Coût d'une opération chirurgicale	431 € frais réels engagés Coût d'une opération chirurgicale
271,70 € Sécurité sociale	271,70 € Sécurité sociale
Le montant remboursé par la Sécurité sociale est de 271,70 €	Le montant remboursé par la Sécurité sociale est de 271,70 €
83,30 € Régime frais de santé	159,30 € Régime frais de santé
Le montant remboursé par le régime frais de santé est de 83,30 € (soit 400 % du MR dans la limite des frais réels engagés)	Le montant remboursé par le régime frais de santé est de 159,30 € (soit TM + 125 % du MR dans la limite de 100 % BR)
0 € À votre charge	0 € À votre charge
Vous n'avez aucun reste à charge	Vous n'avez aucun reste à charge

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) ou tout autre organisme.

Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
HONORAIRES MEDICAUX	
Consultations médicales et visites médicales du généraliste :	
Dans le parcours de soins :	
- 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 soins :	
	80% FR dans la limite de 100% MR
Consultations médicales et visites médicales du spécialiste et du professeur :	
Dans le parcours de soins :	
- 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 soins :	
	80% FR dans la limite de 150% MR
Actes techniques médicaux, actes d'imagerie médicale et électrothérapie :	
Dans le parcours de soins :	
- 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 soins :	
	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'examen 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 2022 : 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 adhérent 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.



* Contribution forfaitaire fixée à 1 € hors cas particuliers des bénéficiaires de moins de 18 ans, des 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 des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS ou de l'aide médicale de l'État (AME), qui sont exonérés de son paiement.

Exemples de remboursements :

Consultation d'un spécialiste adhérent 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.

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



Frais d'optique



62 100 % Santé : optique

Votre opticien doit vous proposer 2 offres "l'offre 100% Santé entièrement remboursée" et "l'offre à tarifs libres" dont le remboursement sera limité.*

1 Panier 100 % santé

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

2 Panier tarifs libres

également appelé « Classe B ». Il est remboursé sur le tarif de base de l'Assurance maladie et dans la limite de votre contrat. Le remboursement de la monture est 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 est pris en charge :

- 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.

Vos garanties optique

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

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 2022
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 €
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 €
N°42	Multifocal ou progressif, de cylindre supérieur à +4 et de sphère allant de -8 à 0 dioptries	Hypercomplexe	10 % PMSS, soit 342,80 €
	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

*** Plafond Limite de Vente

NATURE DES FRAIS	PRESTATIONS
LENTILLES	
Lentilles correctrices prises en charge par l'AMO En tout état de cause, les lentilles correctrices prises en charge par l'AMO sont remboursées à hauteur de 100 % TM.	100 % FR dans la limite de 15 % PMSS (soit 514,20 €) par année civile et par bénéficiaire
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 obligatoirement vous proposer un devis comprenant au moins un modèle de lunette 100% Santé.

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.

Le reste à charge peut être diminué si vous allez chez un opticien membre du réseau Carte Blanche (cf rubrique Vos services).

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



100 % Santé : dentaire

La réforme 100% Santé pour les garanties dentaires, s'est traduite par la mise en place de 3 paniers de soins dont un le 100% Santé, sans reste à charge.

Vous avez le choix parmi 3 paniers de soins.

1 Panier 100 % santé

Il offre un large choix de prothèses (couronnes, inlay-core, bridges) composées de matériaux adaptés à la localisation de la dent (visible ou non), et totalement remboursés.

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

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.

Le reste à charge peut être diminué si vous consultez un dentiste du réseau Carte Blanche (voir "vos services").

Vos garanties dentaires

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

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.

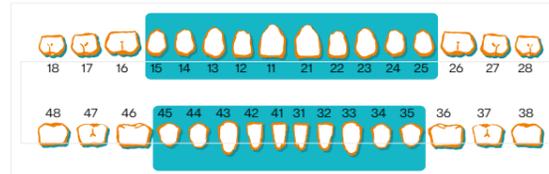
Prothèses dentaires

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

Frais réels engagés de 28,92 €	
=	
20,24 € Sécurité sociale	Si le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) est de 20,24 €
+	
8,68 € Régime frais de santé	Le remboursement du régime frais de santé sera de 8,68 €
+	
0 € À votre charge	Votre remboursement total est de 28,92 €. Vous n'avez aucun reste à charge

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, demandez un devis !

° Incisive (dent n°11), canine (dent n°23) ou 1° 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 zircone 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

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

Panier 100% santé (BR 120 €)	Panier Maitrisé (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 Maitrisé (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

(1) Honoraire Limite de Vente

(2) Honoraire Libre

Aides auditives



100 % Santé : audio

La réforme 100% Santé pour les garanties audio, se traduit par la mise en place de 2 paniers de soins dont un 100% Santé, sans reste à charge.

1 Panier 100 % santé (classe I)
Tout l'équipement est entièrement remboursé.

2 Panier tarifs libres (classe II)
l'équipement est remboursé selon les conditions fixées au contrat et dans la limite de 1700 €.

À NOTER

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

L'audioprothésiste 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 audioprothésiste doit cependant vous informer si le devis qu'il présente en tarif libre concerne des équipements pour lesquels 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.

Le reste à charge peut être diminué si vous consultez un dentiste du réseau Carte Blanche (voir "vos services").

Vos garanties audio

Les prestations prévues au tableau ci-après sont exprimées en complément de celles éventuellement servies par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) ou tout autre organisme. Elles sont exprimées dans la limite des remboursements en % de dépenses engagées et sont versées dans la limite des frais réels.

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)

Frais réels engagés de 950 €	Les frais réels engagés pour l'achat d'une aide auditive de classe I sont de 950 €
-	
240 € Sécurité sociale	Le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) est de 240 €
+	
710 € Régime frais de santé	Le remboursement du régime frais de santé sera de 710 €
+	
0 € À votre charge	Votre remboursement total est de 950 €. Vous n'avez aucun reste à charge

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

Frais réels engagés de 1 675 €	Les frais réels engagés pour l'achat d'une aide auditive de classe II sont de 1675 €
-	
240 € Sécurité sociale	Le montant remboursé par la Sécurité sociale (MR) est de 240 €
+	
1 296 € Régime frais de santé	Le remboursement du régime frais de santé sera de 1 296 €
+	
139 € À votre charge	Votre remboursement total est de 1536 €. Il reste à votre charge 139 €

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

Vos démarches

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 Alméryrs/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'Alméryrs/Carte Blanche afin de déterminer le montant restant à la charge de l'assuré.

Devis pour frais dentaires, d'optique ou d'audio

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 en l'envoyant à La Mutuelle Générale 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 de La Mutuelle Générale 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. 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 La Mutuelle Générale).

• Le Tiers payant partiel : à éviter pour les consultations

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 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 vous adressez à un professionnel de santé qui n'est pas encore conventionné pour le Tiers payant La Mutuelle Générale, 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 œuvre pour qu'il puisse rejoindre le réseau de Tiers payant au plus tôt.

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 remboursé par votre régime du Groupe.

En résumé :

Consultation chez le médecin généraliste ou spécialiste	Si le médecin est conventionné par Alméryrs/Carte Blanche Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale
	Si le médecin n'est pas conventionné par Alméryrs/Carte Blanche Avance intégrale des frais → remboursement de la part Sécurité sociale et de la part complémentaire
Autre acte médical ou professionnel de santé ou établissement de soins	Si le professionnel de santé ou l'établissement est conventionné par Alméryrs/Carte Blanche Tiers payant intégral = présentation de la carte Vitale et de la carte de tiers payant La Mutuelle Générale
	Si le professionnel de santé ou l'établissement n'est pas conventionné par Alméryrs/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 :  0 969 397 497 du lundi au vendredi de 9h à 18h

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		
Implantologie non prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire		Facture acquittée et détaillée indiquant le(s) numéro(s) de(s) dent(s)

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. Vous profitez ainsi du Tiers payant intégral (prise en charge directe par la Sécurité sociale et la 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.

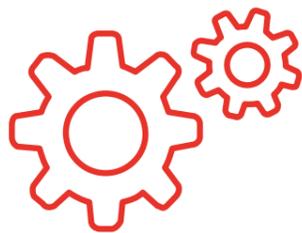
Votre situation de famille évolue ? Vous déménagez ? Quel que soit le changement, vous devez en informer Malakoff Humanis en lui fournissant les nouvelles attestations Sécurité sociale, afin de continuer à profiter de la télétransmission.

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.



Vos services

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. Parmi ces services, l'assuré dispose notamment d'une écoute et de conseils pour réponse à ses questions 24h/24, 7j/7, la possibilité d'être accompagné par un psychologue en cas de coup dur, de bénéficier d'information sur ses droits ainsi que des aides pour faciliter son quotidien (par exemple, aide à domicile...).

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 ».

ANALYSE DE DEVIS ET CONSEILS

Maîtrisez vos dépenses et bénéficiez de conseils pour optimiser votre budget de santé avec votre service d'analyse de devis et de conseils.

Quels bénéfices ?

Reste à charge précis

Conseil



Estimer son reste à charge



Être rassuré sur le montant d'un devis santé



Connaître le coût moyen d'une prestation de santé sans sa région

Accès au service

Le service d'analyse de devis et de conseils est accessible :

- depuis votre Espace Adhérent dans la rubrique " Services et avantages"
- par courrier à l'adresse suivante : **La Mutuelle Générale – CG 709 TSA 41423 – 75621 Paris cedex 13**

Pour toute demande d'informations concernant votre devis, vous pouvez nous contacter par téléphone aux coordonnées figurant sur votre carte de tiers payant.

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.

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.
- La consultation est entièrement protégée par le secret médical.
- Une ordonnance peut être envoyée à l'assuré ou à la pharmacie de son choix en France ou dans l'Union Européenne. L'ordonnance est téléchargeable depuis l'espace personnel web sécurisé « Bonjour Docteur ».
- 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.



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).

Exemple :



QUELQUES MOTS SUR LE RESEAU DE SOINS CARTE BLANCHE

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.

En savoir plus sur Carte Blanche :

Rendez-vous sur www.lamutuellegenerale.fr et cliquez sur [Mon Espace Adhérent](#).

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.



CARTE DE TIERS PAYANT

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.

Coordonnées du site de gestion

Période de validité de la carte

Numéro d'adhésion

Bénéficiaires du contrat

Taux de remboursement des prestations non soumises à prise en charge

PROFESSEUR	NOM - PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	N°SÉC	COULEUR	COUVERTURE	TAUX						
INDREZ	MAKILIA	10/12/1985	1741273470889	WOM	OC2	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%
INDREZ	MAKILIA	10/12/1985	1741273470889	WOM	OC2	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%
INDREZ	MAKILIA	10/12/1985	1741273470889	WOM	OC2	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%
INDREZ	MAKILIA	10/12/1985	1741273470889	WOM	OC2	150%	150%	150%	150%	150%	150%	150%

PROFESSEURS DE SANTE

BENEFICIAIRES

Informations destinées aux professionnels de santé

2 cartes « papier » + 100% accessible depuis votre smartphone

- 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.

Dispositions générales

RISQUES EXCLUS

Santé

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 mentionnés 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.

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.

En cas de changement de situation (chômage, congé parental), il doit en informer Malakoff Humanis Prévoyance dans les plus brefs délais. Aucun remboursement de cotisation ne sera accordé en cas de déclaration tardive.

La garantie prend fin en tout état de cause :

- à la date de rupture du contrat de travail du salarié du Groupe Orange ou à la fin du maintien de ses droits au titre de la portabilité ;
- à la date de résiliation du contrat de l'entreprise ;
- à la date de divorce, de dissolution du PACS, de la fin du concubinage ;
- en cas de non-paiement des cotisations ;
- à la date du décès du salarié.

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

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'organisme assureur propose la conclusion de contrat 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.

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 listés 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'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.

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 actions dérivant du contrat 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 notre organisme 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, l'assuré, 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 notre organisme à l'entreprise en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré, 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 au domicile de l'assuré, 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 des organismes assureurs, 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 et l'assuré concerné 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

Pour toute réclamation, vous pouvez contacter par téléphone, courrier ou courriel votre centre de gestion dont les coordonnées figurent sur votre carte de tiers payant, sur votre espace adhérent ou toute correspondance de la part de La Mutuelle Générale.

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 aux adresses suivantes :

- par courrier :
La Mutuelle Générale
Service qualité
1-11 rue Brillat Savarin - CS 21363 - 75634 PARIS CEDEX 13
- par courriel :
servicequalite@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 Libertés 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.

Connectez-vous à vos **Espaces personnels** pour retrouver vos informations, modifier vos données, suivre vos remboursements, accomplir les démarches en ligne ou simplement contacter vos assureurs.

Vous pouvez également nous contacter :

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 9 h à 18 h



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



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

Malakoff Humanis

Équipe Orange

CP 240 - 303 rue Gabriel Debacq
45953 Orléans cedex 9



Tél. : 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 :
www.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 - malakoffhumanis.com

LA MUTUELLE GÉNÉRALE - CG 709 - TSA 41423 - 75621 Paris cedex 13 - lamutuellegenerale.fr