

**STATUTS & NOTICE
D'INFORMATION
2020**

PROTECPRO

GÉRANT MAJORITAIRE

- ▶ Statuts P. 2 à 8
- ▶ Notice d'information P. 9 à 17
- ▶ Tableaux de garanties frais de santé P. 18 à 23
- ▶ Glossaire P. 24

TITRE I - Formation, objet et composition de la mutuelle

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée VIASANTÉ Mutuelle, ci-après désignée « la Mutuelle », personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité et immatriculée auprès du Secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité sous le n° SIREN 777 927 120.

Siège

Le siège de la Mutuelle est situé : 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

Objet

La Mutuelle mène, au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie notamment en réalisant les opérations d'assurance prévues à l'article R. 211-2 du code de la mutualité et classées dans les branches d'activité suivantes :

1. Accidents
2. Maladie
20. Vie décès
21. Nuptialité-natalité

La Mutuelle a pour objet :

- de réaliser les opérations d'assurance suivantes :
 - couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
 - contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
 - verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,
 - d'accepter les opérations ci-dessus en réassurance,
- de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 611-3, L. 611-20, du code de la Sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30, L. 741-23, L. 741-25 à L. 742-3 du code rural et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'état ou d'autres collectivités publiques,
- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels,
- de mettre en œuvre, à titre accessoire, une action sociale.

Elle peut, à la demande d'autres mutuelles, mettre à disposition de ces dernières des services dans les conditions définies au règlement mutualiste. La Mutuelle peut, conformément aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, se substituer à d'autres mutuelles ou à des unions de mutuelles, sur leur demande, pour la délivrance de leurs engagements.

Elle peut conclure des contrats de coassurance dans les conditions définies par le code de la mutualité.

La Mutuelle est autorisée, dans les conditions déterminées par l'article L. 116-1 du code de la mutualité, à présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La Mutuelle peut également céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. Il appartient au Conseil d'administration de valider la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non assujéti au code de la mutualité.

La Mutuelle peut déléguer totalement ou partiellement la gestion de contrats collectifs ; les principes de cette délégation seront déterminés par l'Assemblée générale. Elle peut également déléguer partiellement la gestion de ses opérations individuelles et assurer la gestion pour le compte d'autres organismes d'assurance.

Elle peut adhérer à une union de groupe mutualiste au sens de l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité, ou à une union mutualiste de groupe, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance mutuelle.

La Mutuelle peut, conformément à l'article L. 931-2-2 du code de la Sécurité sociale, s'affilier à une société de groupe assurantiel de protection sociale sous réserve qu'elle ne soit pas déjà affiliée à une société de groupe d'assurance définie à l'article L. 322-1-2 du code des assurances, à une union mutualiste de groupe définie à l'article L. 111-4-2 du code de la mutualité ou à une autre société de groupe assurantiel de protection sociale.

Le mécanisme de la substitution

Conformément à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle peut conclure en tant que mutuelle substituante une convention de substitution avec des unions ou mutuelles substituées. Dans ce cas, il s'agit d'opérations directes de la mutuelle substituante. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la mutuelle ou l'union substituée et est assurée par la mutuelle substituante unique. La mutuelle substituante donne aux mutuelles ou unions substituées leur caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de l'ensemble des bénéficiaires. À ce titre, la mutuelle substituante exerce un pouvoir de contrôle sur la mutuelle ou union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion qui comporte a minima une autorisation préalable

du Conseil d'administration de la mutuelle substituante pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du dirigeant opérationnel si la mutuelle ou union substituée relève du régime dit « Solvabilité II » au sens de l'article L. 211-10 du code de la mutualité, pour la politique salariale et de recrutement, pour les plans de sauvegarde de l'emploi, pour la conclusion de contrats d'externalisation de prestations, pour la conclusion par la mutuelle ou union substituée d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.

En cas de carence de la mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par la mutuelle substituante.

Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'administration qui précise les modalités d'application des présents statuts et qui est approuvé par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.

Respect de l'objet des Mutuelles

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité définis à l'article L. 111-1 du code de la mutualité.

Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à votre âge, votre situation familiale et professionnelle, à votre santé. Ces données sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés ;
- De vos coordonnées de contact, votre Numéro d'Inscription au Répertoire* (NIR) et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, de déterminer les garanties, les placements ou les prestations et de vous proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou vous opposer à sa mise en œuvre. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la

Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : www.viasante.fr.

* NIR : Numéro de Sécurité sociale

CHAPITRE II CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

Section 1 – Conditions d'adhésion

Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires dans les conditions définies aux règlements mutualistes.

Les membres participants sont les personnes physiques qui, par le versement d'une cotisation, bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

Concernant les opérations individuelles, les ayants droit des membres participants sont :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation de droits délivrée par la Sécurité sociale au membre participant ou à son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (enfants scolarisés dans un établissement d'études secondaires, étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis percevant une rémunération mensuelle brute inférieure à 60% du SMIC),
- La personne qui vit avec un membre participant et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve.

Concernant les opérations collectives, la définition des ayants droit est :

- celle retenue par le contrat collectif,
- à défaut, celle précisée ci-dessus.

Les ayants droit de moins de 26 ans doivent cotiser isolément comme membre participant à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur 26^e anniversaire.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

De même, les enfants mineurs de moins de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sous réserve de l'autorisation expresse de leur représentant légal et que ce dernier soit bénéficiaire d'un contrat collectif obligatoire ne permettant pas de rattacher des ayants droit.

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui versent une cotisation ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations de la Mutuelle et des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif ainsi que les représentants des membres affiliés au travers la souscription de ces personnes morales.

Les membres sont répartis dans 2 sections de vote nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle.

Adhésion individuelle

Dans le cadre d'une adhésion individuelle, la qualité de membre participant est constatée par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque membre participant.

L'adhésion en qualité de membre honoraire est subordonnée à la décision du Conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations. L'acte d'adhésion emporte acceptation des statuts et du règlement intérieur par le membre honoraire.

Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

Dans le cadre des opérations collectives facultatives, la qualité de membre participant résulte de la signature du bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle ainsi que la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

II – Opérations collectives obligatoires :

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la qualité de membre

participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle en application de dispositions législatives, réglementaires conventionnelles, de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à la Mutuelle. Elle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, du contrat collectif conclu entre l'employeur et la Mutuelle et de la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

Section 2 – Majorations de retard et exécution en justice

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, à défaut du paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur sont appliquées par la Mutuelle. Le taux est fixé à 5% du montant de la cotisation globale non versée à la date d'exigibilité. Une majoration complémentaire de 2% par mois de retard sera également exigée.

L'exécution du contrat peut également être poursuivie en justice par la Mutuelle.

Section 3 – Démission, radiation et exclusion

Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles ou pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion obligatoire peuvent résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, **après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou de la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification** par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

La renonciation par le membre participant à la totalité des prestations servies par la Mutuelle, entraîne la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité de membre participant dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste ou au contrat collectif.

La démission d'un membre honoraire personne physique prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification par ce dernier par lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation d'un contrat collectif par l'employeur ou la personne morale souscriptrice entraîne, le cas échéant, la démission de plein droit de la Mutuelle des membres participants rattachés au contrat et la perte de leur qualité d'adhérent, ainsi que la perte de la qualité de membre honoraire.

Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts, au règlement mutualiste et aux contrats collectifs.

Sont notamment radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du code de la mutualité.

Exclusion

Peuvent être exclus les membres qui portent volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts et règlements.

Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :

- Fausse déclaration intentionnelle
- Tentative de fraude ou fraude avérée qui consiste à tromper délibérément la Mutuelle pour obtenir un bénéfice illégitime en utilisant un moyen déloyal.

En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation.

Pour cela, le Comité d'éthique convoque la personne dont l'exclusion est proposée par lettre recommandée avec accusé de réception pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister par toute personne de son choix lors de l'audition.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. S'il s'abstient de s'y référer, sauf motif légitime laissé à l'appréciation de la Mutuelle, le Comité d'éthique prend acte de son absence et en informe le Conseil d'administration qui statue sur son exclusion sans autre formalité.

La décision d'exclusion est portée à la connaissance du membre participant ou de l'ayant droit par lettre recommandée avec accusé de réception en précisant la date d'effet de l'exclusion. Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date d'effet de l'exclusion tant en qualité de membre participant que d'ayant droit.

Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans les hypothèses prévues à l'article L. 221-17 du code de la mutualité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 – Composition, élection

Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée de délégués, ayant la qualité de membres participants ou de membres honoraires. Les délégués membres participants sont élus par les sections de vote définies à l'article 8 des présents statuts. Les délégués membres honoraires sont désignés et représentent d'une part les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs et d'autre part les représentants des membres affiliés au travers de la souscription de ces personnes morales.

Section de vote

Les sections de vote sont les sections mentionnées à l'article 8.

Élection des délégués

Tous les membres participants et honoraires de la mutuelle sont répartis en section de vote.

Dans chaque section de vote, les délégués à l'Assemblée générale sont élus à raison de 1 délégué pour 4 000 membres.

Chaque votant dispose d'une voix.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets par vote électronique via Internet et en cas d'impossibilité (pas d'adresse électronique) par correspondance au scrutin de listes fermées majoritaire à un tour sans panachage, sans vote préférentiel et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés. Dans l'hypothèse d'un double vote c'est à dire par correspondance et par Internet, seul le vote électronique sera pris en compte.

En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise à la liste comportant le candidat le plus jeune.

Les délégués sont élus pour 6 ans, leurs mandats sont renouvelables.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de délégué.

Après l'élection des premiers délégués, le Comité des candidatures procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les délégués seront soumis à réélection.

Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale

Convocations de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'administration. À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs composant le conseil ;
2. Les commissaires aux comptes ;
3. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre-participant ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
5. Les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

Modalités de convocation et ordre du jour de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est convoquée 15 jours avant la date de sa réunion ou 6 jours en cas de 2^e convocation.

La convocation est rédigée conformément aux dispositions de l'article D. 114-3 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 114-14 du code de la mutualité, la Mutuelle adresse à chacun des délégués composant l'Assemblée générale ou met à leur disposition les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Conformément à l'article D. 114-2 du code de la mutualité, à compter de la date de la convocation de l'Assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande.

Tout délégué, peut détenir jusqu'à 2 procurations.

L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois lorsqu'un quart au moins des délégués demande l'examen d'un point, 5 jours au plus tard avant la tenue de la réunion, la question, si elle est conforme à l'objet social de la Mutuelle et aux dispositions des présents statuts, est obligatoirement soumise à l'Assemblée générale.

Le Président du Conseil d'administration doit refuser l'inscription d'un projet

de résolution lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la Mutuelle. L'Assemblée générale délibère sur les points inscrits à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

Quorum et majorités

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations en application de l'article L. 114-1, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si le quorum n'est pas réuni lors de la première convocation, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total de ses membres.

Les décisions de l'Assemblée générale sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II - Pour l'exercice de ses autres attributions, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total des membres.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Section 3 : Attributions de l'Assemblée générale

Compétences

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et le cas échéant à leur révocation.

L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

1. la modification des statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. les montants ou les taux de cotisations lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
6. les prestations offertes lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
7. l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une union conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité,
8. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
9. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du code de la mutualité,
10. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
11. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
12. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L.212-7 ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17,
13. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
14. le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du code de la mutualité,
15. le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion,
16. le plan prévisionnel de financement prévu par l'article L. 310-4 du code de la mutualité,
17. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité,
18. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles

mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations, 19. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale se prononce également sur :

1. la nomination des Commissaires aux comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions des présents statuts,
3. les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.
4. les principes que doivent respecter les délégations de gestions des contrats collectifs.

Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale : Taux de cotisations et prestations

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

Cette délégation est valable 1 an.

Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 – Composition, élections

Composition

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration de 24 membres au moins et de 47 au plus, élus parmi les membres participants ou honoraires. Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants, élus délégués à l'Assemblée générale.

Il appartient au Conseil d'administration de créer tout poste supplémentaire, lorsque cela lui paraît utile lors de la fusion par absorption d'une autre mutuelle.

Le Conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés d'une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L.114-16-1 du code de la mutualité.

Limite d'âge - Conditions d'éligibilité

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans au jour de l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité ;
- ne pas avoir exercé une fonction de salarié au sein de la Mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection.

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé l'âge de 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration.

Si cette limite était franchie, la démission de l'administrateur le plus âgé, serait constatée d'office. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de 5 Conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.

Modalités de l'élection

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale à bulletin secret, au scrutin de listes fermées sans panachage majoritaire à un tour et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés.

Afin de permettre aux membres de l'Assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L.114-16-1 du code de la mutualité, il est établi une ou plusieurs listes de candidats composée(s) en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Chaque liste doit comporter une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe au moins égale à 40 %, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe.

En cas d'égalité des voix, priorité est donnée à la liste dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise à la liste dont la moyenne d'âge est la moins élevée.

Durée du mandat, renouvellement, vacance, démission

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans.

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu par moitié tous les 3 ans, selon les mêmes modalités d'élection que celles prévues à l'article 26.

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration ou en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Conformément à l'article L. 114-16 du code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale, dans la mesure du possible dans le respect des exigences de la parité, en cas de vacance en cours de mandat, liée à un décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou honoraire, ou à la cessation du mandat en cas d'opposition à sa poursuite par l'ACPR.

Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur à 10 du fait de plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

Tout administrateur cesse ses fonctions :

- lorsqu'il perd la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'il est atteint par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 25 ;
- lorsqu'il ne respecte pas les dispositions de l'article L. 114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, il présente sa démission ou est déclaré démissionnaire d'office dans les conditions prévues au présent article ;
- 3 mois après qu'une décision de justice définitive l'a condamné pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité ;
- par suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

La révocation d'un administrateur peut intervenir, sur vote de la majorité des membres du Conseil, en cas d'absences non justifiées consécutives à 3 réunions du Conseil d'administration.

Les règles de vacance s'appliquent en l'espèce.

Section 2 – Réunions du Conseil d'administration

Réunions

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président au moins 3 fois par an.

Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation. Celle-ci doit être envoyée aux administrateurs 5 jours au moins avant la date de la réunion sauf en cas d'urgence.

Le Conseil d'administration peut se réunir par visioconférence, sauf en cas d'élection du Bureau ou d'arrêtés des comptes.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent de droit aux réunions du Conseil d'administration.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration qui délibère préalablement sur cette présence.

Représentation des salariés au Conseil d'administration

Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :

- 2 représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle,
- 1 représentant des salariés du GIE AG2R REUNICA.

Les modalités d'élection de ces représentants des salariés sont définies par le règlement intérieur de la Mutuelle.

Quorum et majorité

Le Conseil d'administration délibère valablement si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante conformément à l'article L. 114-20 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.

Le Conseil d'administration adopte le principe de décision à majorité renforcée pour les délibérations définies au règlement intérieur.

Un procès verbal de chaque réunion est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les délibérations du Conseil sont confidentielles.

Section 3 – Attributions du Conseil d'administration

Compétences

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité.

Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

À chaque clôture d'exercice, il arrête les comptes annuels et établit le rapport de gestion qui sera présenté à l'Assemblée générale ;

À la clôture de chaque exercice, il établit les comptes consolidés ou combinés le cas échéant, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale ;

Il approuve l'ensemble des documents prudentiels et financiers requis par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Il est chargé de définir la politique d'action sociale de la Mutuelle à l'égard des membres participants et de veiller à sa mise en œuvre en régions.

Il établit, chaque année, après avoir eu connaissance du compte rendu de gestion que lui a adressé le délégataire, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration adopte annuellement le budget de la Mutuelle.

Il fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Il adopte et modifie les règlements des opérations individuelles dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Dans le cadre d'une convention de substitution, le Conseil d'administration valide l'autorisation préalable afin que la Mutuelle exerce son pouvoir de contrôle et de gestion sur la mutuelle ou l'union substituée sur les activités prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité.

Plus généralement, le Conseil d'administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.

Dans le cadre de Solvabilité II, le rôle du Conseil d'administration est renforcé :

- il nomme et met fin aux fonctions du dirigeant opérationnel;
- il approuve les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent l'informer, directement et de leur propre initiative, lorsque surviennent des événements de nature à le justifier ;
- il entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le Conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce conseil ;
- il approuve les politiques écrites avant leur mise en œuvre ;
- il évalue les risques dans le cadre du processus EIRS.

Délégation d'attributions

Le Conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et plus généralement toutes attributions qui ne lui sont pas spécialement réservées par la loi, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions ainsi qu'au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires et selon les dispositions des présents statuts.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Il peut déléguer tout ou partie de la compétence de fixer les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou le cas échéant au Dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.221-14.

Le Conseil d'administration peut confier au Président, au Dirigeant opérationnel ou à un administrateur nommé désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président, le Dirigeant opérationnel ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Les différents types de conventions

Conformément à l'article L.114-32 du code de la mutualité, les conventions réglementées doivent être soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. Les conventions courantes autorisées sont soumises à une obligation d'information en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité. Certaines conventions sont interdites conformément à l'article L.114-37 du code de la mutualité

Section 4 – Statut des administrateurs

Formation des administrateurs

Conformément à l'article L. 114-25 du code de la mutualité, les administrateurs suivent, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

De plus, une formation continue est dispensée aux administrateurs pendant l'exercice de leur mandat.

Gratuité des fonctions d'administrateur

Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L. 114-26 à L. 114-28 du code de la mutualité et du décret n° 2004-132 du 10 février 2004 et conformément aux dispositions prévues dans le règlement intérieur.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions mentionnées à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 114-32 du code de la mutualité, il est interdit aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la Mutuelle ou dans un marché passé avec celle-ci.

Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la

Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du code de la mutualité.

Situation et comportements interdits aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux dirigeants effectifs

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au Dirigeant opérationnel ou aux dirigeants effectifs.

Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux dirigeants effectifs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L. 114-32 et suivants du code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

Obligations des administrateurs, du Dirigeant opérationnel et des dirigeants effectifs

Les administrateurs, le Dirigeant opérationnel et les dirigeants effectifs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et de confidentialité.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs, le Dirigeant opérationnel et les dirigeants effectifs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

Responsabilité

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion selon les dispositions de l'article L. 114-29 du code de la mutualité.

Section 5 – Statut du mandataire mutualiste

Définition du mandataire mutualiste

Conformément à l'article L. 114-37-1 du code de la mutualité, les personnes physiques exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs qui apportent à la mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel elles ont été désignées ou élues conformément aux statuts, ont la qualité de mandataire mutualiste.

Les conditions d'exercice des mandataires mutualistes

Ils sont désignés pour 6 ans par l'Assemblée générale ou le Conseil d'administration parmi les membres participants et/ou les membres honoraires.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de mandataire mutualiste.

Les mandataires mutualistes peuvent être invités aux différentes instances de la mutuelle afin qu'ils apportent leur avis et expertise.

Les fonctions des mandataires mutualistes sont gratuites, cependant leurs frais de déplacement leur sont remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

CHAPITRE III - PRÉSIDENT ET BUREAU

Section 1 – Élection et attributions du Président

Élection et révocation

Le Conseil d'administration élit un Président en son sein parmi les membres participants. Il peut le démettre à tout moment.

Le Président est élu pour une durée de 6 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est élu au cours de la première réunion du Conseil qui suit l'Assemblée générale. Il est rééligible.

Vacance

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président le plus âgé ou à défaut par celui des 2 autres Vice-présidents le plus âgé.

Attributions

Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale.

Il préside les réunions du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale. Le Président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au code de la mutualité et aux statuts.

Il engage les dépenses.

Il avise les commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées par le Conseil d'administration.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés.

Le Président exerce la direction effective de la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du code de la mutualité.

Section 2 - Élection, composition du Bureau

Élection

Le Conseil d'administration constitue un Bureau.

Les membres du Bureau autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour 3 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Ils peuvent être démis à tout moment par le Conseil d'administration.

En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration ;
- 3 Vice-présidents ;
- un Secrétaire général ;
- un Secrétaire adjoint ;
- un Trésorier général ;
- un Trésorier adjoint,
- et au plus 7 membres.

Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du Bureau 5 jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Bureau peut se réunir par visioconférence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions dudit Bureau qui délibère alors préalablement sur cette présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

Les Vice-présidents

Les Vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs, à l'exclusion de ceux relevant de sa mission de dirigeant effectif.

En cas de vacance du Président, le Vice-président le plus âgé peut remplacer provisoirement le Président dans l'attente de l'élection d'un nouveau Président.

En cas d'indisponibilité du Vice-président le plus âgé, celui des 2 autres Vice-présidents le plus âgé le supplée.

Le Secrétaire général et le Secrétaire adjoint

Le Secrétaire général est responsable de la rédaction des procès verbaux des réunions statutaires et de leur conservation.

Le Secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines missions qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Le Secrétaire adjoint seconde et assiste le Secrétaire général dans toutes ses fonctions.

En cas de vacance du Secrétaire général, le Secrétaire adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Secrétaire général.

Le Trésorier général

Le trésorier général effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité.

Le Trésorier général est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L. 114-9 du code de la mutualité ;

• les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux 2 derniers alinéas de l'article L. 114-17 du code de la mutualité ;

• un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Le Trésorier général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Trésorier adjoint seconde et assiste le Trésorier général dans toutes ses fonctions.

En cas de vacance du Trésorier général, le Trésorier adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Trésorier général.

CHAPITRE IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président, un Délégué général, et un Dirigeant opérationnel ; il détermine leurs attributions respectives. Il peut être mis fin aux fonctions du Délégué général et du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Délégué général est le Dirigeant opérationnel de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE REUNICA.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent aux réunions du Conseil d'administration et du Bureau ensemble ou séparément.

Ils peuvent se faire représenter lors de ces réunions par la personne de leur choix.

Le Dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du code de la mutualité.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

Section 1 - Produits et charges

Les produits

Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :

- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée générale,
- les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Les charges

Les charges comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités VIASANTÉ Mutuelle ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-6 du code de la mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L. 612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle et non interdites par la loi.

Apports et transferts financiers

En cas de création de Mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Tout autre transfert financier doit faire l'objet d'un rapport du Conseil d'administration à l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Il ne peut remettre en cause les exigences de solvabilité.

Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds et règles de sécurité financière

Placements

Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de

la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par la Mutuelle.

Garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Règles de sécurité financière

Les marges de solvabilité et les provisions techniques sont constituées conformément à la législation en vigueur.

Section 3 – Comité d’audit et Commissaires aux comptes

Comité d’audit

VIASANTÉ Mutuelle désigne un administrateur au sein du comité d’audit de SGAM AG2R LA MONDIALE afin de la représenter et de tenir informé le Conseil d’administration de VIASANTÉ Mutuelle.

Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un Commissaire aux comptes choisi sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code de commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée générale.

Le Commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du code de la mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournit à la demande de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale sans délai à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout fait et décision mentionné à l'article L. 612-44 II du code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le code de commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

Section 4 – Fonds d'établissement

Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100€. Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 20 des présents statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III - Dispositions diverses

Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées par les présents statuts.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale qui a statué sur la clôture de la liquidation à d'autres mutuelles ou unions ou au Fond national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du code de la mutualité ou au Fond de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 113-4 du code de la mutualité, à défaut de réunion de l'Assemblée générale durant deux années consécutives, l'ACPR peut prononcer la dissolution et nommer un liquidateur.

Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste ou la notice d'information, le contrat collectif, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin

d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Reconnaissance dominante d'une société de groupe assurantiel de protection sociale (sgaps)

VIASANTÉ Mutuelle reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de SGAPS AG2R LA MONDIALE.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite Sgaps sur les décisions de ses affiliés susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion sans réserve aux statuts à son affiliation à la Sgaps, VIASANTÉ Mutuelle s'engage à recueillir son autorisation préalable, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature ;
- l'acquisition ou la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations ;
- la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;
- les opérations de fusion, de transfert de portefeuille ou de substitution (à l'exception des opérations entre les membres de la Sgam, de la Sgaps ainsi que de leurs filiales et participations) ;
- l'externalisation des activités définies par les articles L. 354-3 et R. 354-7 du code des assurances ;
- l'émission de fonds, titres ou certificats.

De même, VIASANTÉ Mutuelle reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la Sgaps sur ces affiliés, à savoir :

- la mise en place d'un mécanisme de prévention prévoyant notamment la possibilité de déclencher un audit et de mettre en place un plan de redressement ;
- la fixation des modalités de déclenchement de la société financière entre les organismes affiliés ;
- l'unicité de la direction générale entre le Sgaps et ses affiliés ;
- la mise en œuvre des politiques communes ;
- la coordination des fonctions clés des organismes affiliés du groupe prudentiel ;
- la mise à disposition des moyens humains et matériels d'AG2R LA MONDIALE.

Et plus généralement à respecter toutes opérations et obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la Sgaps.

NOTICE D'INFORMATION GARANTIES FRAIS DE SANTÉ PROTECPRO Gérant Majoritaire

(branches 1, 2 et 21)

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE	PRINCIPES ET VALEURS MUTUALISTES	10	ARTICLE 18	MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE REMBOURSEMENT DE CERTAINES PRESTATIONS	12
ARTICLE 1	OBJET DU CONTRAT	10			
ARTICLE 2	MODIFICATIONS DES COTISATIONS ET/OU DES PRESTATIONS	10	18.1.	Les modalités de prise en charge des prestations optique/soins dentaires prothétiques/aides auditives dans le cadre des Contrats responsables	
ARTICLE 3	OBLIGATIONS D'INFORMATION	10	18.1.1	Optique	
3.1.	Information précontractuelle : le document d'information sur le produit d'assurance		18.1.2	Soins dentaires prothétiques	
3.2.	Informations préalables en cas de vente à distance		18.1.3	Dispositifs médicaux d'aides auditives	
3.3.	Autorité de Contrôle		18.2.	Prestations particulières	
ARTICLE 4	CONDITIONS D'ADHÉSION ET JUSTIFICATIFS À PRODUIRE	10	18.3.	Options	
ARTICLE 5	ADHÉSION	10	ARTICLE 19 - BASE ET LIMITE DE REMBOURSEMENT		15
Modalités d'adhésion			19.1.	Base de remboursement	
Date d'effet			19.2.	Plafond de remboursement en cas d'intervention en secteur non conventionné	
Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou suite au démarchage			19.3.	Limite de remboursement / Forfaits	
ARTICLE 6	ENGAGEMENT DU MEMBRE PARTICIPANT	11	ARTICLE 20	PRÉSENTATION DES DOSSIERS	15
À la souscription ou en cours de contrat			ARTICLE 21	PAIEMENT DES PRESTATIONS	15
En cours de contrat			ARTICLE 22	TIERS PAYANT	15
ARTICLE 7	BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES/OPTIONS	11	ARTICLE 23	PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE	15
7.1.	Membres participants et ayants droit		ARTICLE 24	PRESTATIONS INDÛMENT PERÇUES	15
7.2.	Adjonction d'ayant droit		ARTICLE 25	PRESCRIPTION DES ACTIONS	15
ARTICLE 8	ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES/OPTIONS	11	ARTICLE 26	ACCIDENT	16
ARTICLE 9	NIVEAU DE LA GARANTIE	11	ARTICLE 27	SUBROGATION - RECOURS CONTRE TIERS	16
ARTICLE 10	MODIFICATIONS DES GARANTIES À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT	11	ARTICLE 28	LIMITES DES GARANTIES REMBOURSEMENTS EXCLUS	16
10.1.	Délai à respecter		ARTICLE 29	COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE ACTION SOCIALE	16
10.2.	Date d'effet de la modification		ARTICLE 30	ACTIONS DE PREVENTION	16
10.3.	Modalités d'application des plafonds et de renouvellement équipements optiques		ARTICLE 31	TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS, CONCILIATION ET MÉDIATION	17
ARTICLE 11	CESSATION DES GARANTIES/OPTIONS	11	ARTICLE 32	INTERPRÉTATION	17
ARTICLE 12	EXCLUSION D'UN MEMBRE PARTICIPANT OU D'UN AYANT DROIT	11	ARTICLE 33	LOI APPLICABLE	17
ARTICLE 13	RÉSILIATION ANNUELLE	11	ARTICLE 34	OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE	17
ARTICLE 14	RÉSILIATIONS EXCEPTIONNELLES	12	ARTICLE 35	PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	17
À l'initiative de la Mutuelle					
À l'initiative du membre participant					
ARTICLE 15	CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION	12			
ARTICLE 16	COTISATIONS	12			
Montant des cotisations					
Paiement des cotisations					
Défaut de paiement					
ARTICLE 17	DÉFINITION DES GARANTIES/OPTIONS	12			

NOTICE D'INFORMATION GARANTIES FRAIS DE SANTÉ PROTECPRO Gérant Majoritaire (branches 1, 2 et 21)

PRÉAMBULE – PRINCIPES ET VALEURS MUTUALISTES

L'adhésion à la Mutuelle est régie par :

- le Code de la Mutualité,
- les statuts,
- le contrat collectif facultatif PROTECPRO Gérant Majoritaire,
- le bulletin d'adhésion,
- la présente notice,
- le règlement intérieur de la Mutuelle.

Les modalités de fonctionnement décrites dans ces différents documents sont fondées sur des principes et valeurs mutualistes de solidarité consistant notamment :

- à refuser la sélection médicale qui consisterait à n'accepter que les personnes en bonne santé: la Mutuelle assure la protection de chacun quel que soit son état de santé présent ou futur,
- à être à l'écoute des familles mutualistes en difficulté et à leur venir en aide grâce aux dispositifs de solidarité mis en place à cet effet.

Les règles définies par la Mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes qui pourrait être affecté par des comportements individuels opportunistes. Or, tous les adhérents, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Ils ont donc des droits mais aussi des devoirs.

La Mutuelle attend de chaque mutualiste une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix. Le contenu et les limites de votre garantie PROTECPRO Gérant Majoritaire, selon le niveau choisi, sont présentés dans cette notice explicative.

Cette notice a également pour objet de vous indiquer les modalités d'entrée en vigueur de votre garantie ainsi que les formalités à accomplir et les délais à respecter pour en bénéficier.

Les statuts de VIASANTÉ Mutuelle sont joints en annexe de la présente notice.

Dans la présente notice :

- le terme « adhérent » ou « membre participant » désigne la personne faisant acte d'adhésion au contrat pour son compte ainsi que pour ses éventuels ayants droit,
- les termes « assuré » et « bénéficiaire » renvoient à toutes les personnes qui bénéficient des garanties du contrat,
- le terme de « Sécurité sociale » s'entend au sens des régimes français de Sécurité sociale dont dépendent les assurés.

Art. 1 - OBJET DU CONTRAT

La garantie PROTECPRO Gérant Majoritaire a pour objet de vous accorder, dans le cadre d'un contrat collectif facultatif souscrit par AMPHITEA (Association sans but lucratif régie par la Loi du 1^{er} juillet 1901 5, rue Cadet 75009 Paris), une prestation complémentaire à votre régime obligatoire en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation, **dans la limite des frais réellement engagés.**

Certaines prestations non prises en charge par le régime d'Assurance Maladie peuvent également être allouées.

Sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, à compter de la souscription du contrat PROTECPRO Gérant Majoritaire, VIASANTÉ Mutuelle s'engage à maintenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés, par une maladie, une maternité, un accident, tant que vous répondez aux conditions contractuelles pour bénéficier des garanties, selon la garantie souscrite.

Art. 2 - MODIFICATIONS DES COTISATIONS ET / OU DES PRESTATIONS

La cotisation annuelle est révisable. Toute modification est formalisée avec la personne morale souscriptrice. Vous en êtes informé via l'appel de cotisations adressé par la Mutuelle. Conformément à l'article L. 114-8 dernier alinéa du Code de la Mutualité, la Mutuelle prend, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la Mutualité.

De la même manière, les prestations peuvent être modifiées, les modifications étant formalisées avec la personne morale souscriptrice. Vous en êtes informé par la remise d'une notice d'information modificative.

Vous pouvez dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice modificative dénoncer votre affiliation en raison de ces modifications.

Art. 3 - OBLIGATIONS D'INFORMATION

3.1. Information précontractuelle : le document d'information sur le produit d'assurance

VIASANTÉ Mutuelle fournit aux futurs membres participants, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion ainsi que les statuts et la notice d'information ainsi que le document d'information sur le produit d'assurance qui décrivent précisément leurs droits et obligations réciproques et les règles de fonctionnement des différentes instances.

3.2. Informations préalables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance, l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité précise les informations devant être transmises au futur membre participant avant son adhésion. Ces informations sont pour l'essentiel :

- la dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle,
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre participant de vérifier celle-ci,

- les garanties / options et exclusions prévues par le contrat,
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance,
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice et notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de la cotisation que VIASANTÉ Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie / option à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation....

3.3. Autorité de Contrôle

Conformément au Code de la Mutualité, VIASANTÉ Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 PARIS CEDEX 09.

Art. 4 - CONDITIONS D'ADHÉSION ET JUSTIFICATIFS À PRODUIRE

Pour adhérer à une garantie PROTECPRO Gérant Majoritaire, vous devez :

- justifier de votre statut de gérant majoritaire ayant son domicile principal en France,
- relever de la Sécurité Sociale des Indépendants (SSI)
- adhérer à AMPHITEA.

Les gérants majoritaires qui souhaitent bénéficier des dispositions favorables de la loi Madelin concernant la déduction fiscale des cotisations de santé sont tenus de remplir les conditions requises par la réglementation en vigueur.

Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

Art. 5 - ADHÉSION

Modalités d'adhésion :

Vous devez renvoyer à la Mutuelle le bulletin d'affiliation complété, signé et accompagné des pièces justificatives qui y sont précisées.

Dans tous les cas, joignez la copie de votre attestation d'assurance maladie obligatoire, celles de vos ayants droit dans le cas où ils bénéficient du régime frais de santé, ainsi qu'un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations.

Ces formalités doivent également être accomplies dans le cas d'ajout d'ayants droit.

Date d'effet :

L'adhésion prend effet :

- au plus tôt au premier jour du mois durant lequel VIASANTÉ Mutuelle reçoit le dossier complet, si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi.
- si le dossier complet a été envoyé après le 15 à VIASANTÉ Mutuelle, l'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant.

Les mêmes règles s'appliquent en cas d'affiliation en ligne, la date de signature électronique du bulletin d'affiliation numérique faisant alors foi.

Votre couverture frais de santé PROTECPRO Gérant Majoritaire est effective à compter de votre date d'affiliation à la Mutuelle dans le cadre du contrat facultatif jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation exprimée au moins deux mois avant l'échéance, soit le 31 octobre au plus tard, par lettre recommandée.

La carte mutualiste justifie de votre ouverture de droits sur la période de couverture, elle doit être retournée à la Mutuelle en cas de résiliation.

Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou suite au démarchage :

Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Conformément aux articles L221-18 et L221-18-1 du Code de la Mutualité et lorsque le membre participant a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère au contrat PROTECPRO Gérant Majoritaire à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin d'adhésion, ou la date de réception des conditions d'adhésion et les informations citées à l'article 3.2. de la présente notice d'information si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni supporter des pénalités, précisant son souhait de mettre fin à la garantie / option telle que :

« J'ai souscrit une adhésion pour le produit « Nom de la garantie » auprès de votre organisme le .../.../....., sous le numéro Après réflexion, et comme quatorze jours ne sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion en application des dispositions de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité. Date et signature » Le membre participant sera tenu au paiement des cotisations sur la période où le risque a couru.

En cas de versement de prestations, à la demande expresse de l'adhérent, avant l'expiration du délai de renonciation, celui-ci devra restituer à la Mutuelle le montant correspondant auxdites prestations dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours à compter de la date de renonciation. En contrepartie, la Mutuelle s'engage à restituer la cotisation si celle-ci a été perçue.

Faculté de renonciation suite au démarchage

Dans les quatorze jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, le membre participant a la faculté d'y

renoncer par lettre recommandée adressée à son centre de gestion et rédigée telle que :

« Je soussigné, déclare annuler l'adhésion ci-après :

- Nature de la garantie souscrite et options le cas échéant :
- Date de signature du bulletin d'adhésion :
- Nom, prénom de l'adhérent :
- Adresse de l'adhérent :
- Signature de l'adhérent : »

Ce délai commence à courir le lendemain du jour où a été signé le bulletin d'adhésion par le membre participant. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

L'adhésion prendra effet à la fin du délai de rétractation de 14 jours prévu par le code de la consommation.

Art. 6 - ENGAGEMENT DU MEMBRE PARTICIPANT

À la souscription ou en cours de contrat :

Vous devez déclarer à la Mutuelle les garanties de même nature souscrites auprès d'autres organismes assureurs.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

Vous devez certifier sincères et véritables les indications fournies lors de votre adhésion. Vous reconnaissez que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner votre déchéance et les sanctions prévues par les statuts et le Code de la mutualité.

En cours de contrat :

Par ailleurs, vous êtes tenu d'informer VIASANTÉ Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications concernant :

- votre état civil,
- votre adresse,
- votre situation matrimoniale,
- votre situation familiale,
- votre situation socioprofessionnelle,
- votre cessation ou changement d'affiliation au régime obligatoire,
- votre ouverture de droits auprès de la Sécurité Sociale des Indépendants (SSI)
- vos coordonnées bancaires,
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour VIASANTÉ Mutuelle.

Les mêmes informations doivent nous être transmises concernant vos ayants droit.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par vous en tant que membre participant seront prises en compte par VIASANTÉ Mutuelle.

Art. 7 - BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES / OPTIONS

7.1. Membres participants et ayants droit

Peuvent bénéficier du régime frais de santé PROTECPRO Gérant Majoritaire et devenir membres participants toutes les personnes ayant un statut de gérant majoritaire sous réserve :

- qu'elles aient adhéré préalablement ou simultanément à AMPHITEA
- qu'elles aient adhéré au contrat PROTECPRO Gérant Majoritaire
- qu'elles relèvent de la Sécurité Sociale des Indépendants (SSI).

Dès que l'une de ces conditions ne sera plus respectée, le régime prendra fin automatiquement.

Par ailleurs, le bénéfice de la gamme PROTECPRO Gérant Majoritaire est réservé au membre participant en activité et âgé de moins de 70 ans ainsi qu'à ses ayants droit, eux-mêmes âgés de moins de 70 ans.

La gamme PROTECPRO Gérant Majoritaire n'est pas ouverte aux retraités. Le régime Frais de Santé PROTECPRO Gérant Majoritaire est à caractère facultatif.

Les membres participants sont les personnes physiques qui sont couvertes par le régime frais de santé de la Mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit, sous réserve de s'acquitter d'une cotisation supplémentaire définie au bulletin d'adhésion. Cette cotisation supplémentaire peut bénéficier de la déduction fiscale prévue par la loi Madelin sous certaines conditions.

Les ayants droit peuvent accéder à titre facultatif à PROTECPRO Gérant Majoritaire.

Par ayant droit du membre participant, il faut entendre les bénéficiaires définis ci-après, âgés de moins de 70 ans, et figurant sur son bulletin d'affiliation :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation de droits délivrée par le régime d'assurance maladie obligatoire au membre participant ou à son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (enfants scolarisés dans un établissement d'études secondaires, étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis percevant une rémunération mensuelle brute inférieure à 60% du SMIC),
- la personne qui vit avec un adhérent et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve.

Tous les ayants droit sont inscrits sur le même contrat et bénéficient de la même garantie et des mêmes options le cas échéant que le membre participant.

La Mutuelle se réserve le droit d'effectuer tous contrôles qu'elle jugera utiles concernant les dispositions ci-dessus. À cet effet la Mutuelle peut demander, à tout moment, communication de tous les justificatifs nécessaires aux bénéficiaires.

7.2. Adjonction d'ayant droit

Seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction d'ayants droit. L'adjonction d'ayants droit via l'extranet est ouverte aux membres participants uniquement si la modalité de paiement des cotisations choisie initialement est le prélèvement automatique.

Art. 8 - ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES / OPTIONS

Les garanties / options s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion sous condition d'encaissement du premier règlement.

Art. 9 - NIVEAU DE LA GARANTIE

Le niveau des prestations garanties par VIASANTÉ Mutuelle est indiqué sur la grille de garanties.

Les garanties du contrat répondent aux exigences du contrat responsable. Toute évolution légale et/ou réglementaire du cahier des charges du contrat responsable tel que régi par les articles L 871-1 ; R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale s'imposera automatiquement à la Mutuelle à la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, sans qu'il soit nécessaire d'en formaliser leur intégration au contrat frais de santé.

Art. 10 - MODIFICATIONS DES GARANTIES À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

Vous avez la possibilité de changer de garantie dans les conditions suivantes :

10.1. Délai à respecter

Tout changement de niveau de garantie **ne peut intervenir qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois minimal sous réserve d'en faire la demande au moins deux mois à l'avance avant l'échéance de l'adhésion, soit avant le 31 octobre**, par lettre recommandée.

Ces demandes de modification peuvent également être effectuées via l'extranet, en respectant les mêmes délais, uniquement si la modalité de paiement des cotisations choisie initialement est le prélèvement automatique.

10.2. Date d'effet de la modification

Le changement de garantie prend effet le 1^{er} janvier suivant la demande **sous réserve d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum.**

10.3. Modalités d'application des plafonds et de renouvellement équipements optiques

Le versement d'une prestation soumise à plafond dans la nouvelle garantie PROTECPRO Gérant Majoritaire tiendra compte de l'éventuelle consommation de ladite prestation dans l'année civile, faite au titre de la garantie PROTECPRO Gérant Majoritaire précédemment détenue.

Concernant les prestations optiques relevant d'une garantie responsable, la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (verre ou monture) sera prise en compte pour le droit au renouvellement de l'équipement.

Art. 11 - CESSATION DES GARANTIES / OPTIONS

Les garanties / options cessent dans les cas suivants :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat facultatif PROTECPRO Gérant Majoritaire souscrit par AMPHITEA,
- à la date à laquelle le membre participant perd la qualité de gérant majoritaire (incluant le passage à la retraite),
- à la fin du mois au cours duquel le membre participant devient retraité ,
- pour tous les membres bénéficiaires, à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 70^e anniversaire,
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant selon les conditions indiquées dans la présente notice,
- en cas de radiation du membre participant par la Mutuelle pour non paiement des cotisations selon les conditions indiquées dans la présente notice,
- en cas d'exclusion du membre bénéficiaire par la Mutuelle, dans les conditions précisées par les statuts,
- en cas de non-respect des conditions posées aux articles 4 et 7 de la présente notice.

La fin de l'adhésion du membre participant entraîne automatiquement la fin de la couverture de ses ayants droit.

Art. 12 - EXCLUSION D'UN MEMBRE PARTICIPANT OU D'UN AYANT DROIT

Peuvent être exclus les membres qui portent volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts et dispositions contractuelles.

Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :

- Fausse déclaration intentionnelle
- Tentative de fraude ou fraude avérée qui consiste à tromper délibérément la Mutuelle pour obtenir un bénéfice illégitime en utilisant un moyen déloyal.

En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation.

Les modalités sont précisées à l'article 13 des statuts.

Art. 13 - RÉSILIATION ANNUELLE

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, vous pouvez **mettre fin à votre adhésion en envoyant une lettre recommandée à VIASANTÉ Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.**

Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours. La fin de votre adhésion emporte celle de vos éventuels ayants droit. Vous pouvez également demander selon les mêmes dispositions la résiliation de l'un de vos ayants droit.

Art. 14 - RÉSILIATIONS EXCEPTIONNELLES

À l'initiative de la Mutuelle

VIASANTÉ Mutuelle peut mettre fin à votre adhésion :

- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 16 de la présente notice,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité,
- en cas d'exclusion par la Mutuelle.

À l'initiative du membre participant

1. Cas particulier des personnes décédées

En cas de décès d'un membre bénéficiaire, la copie de l'acte de décès doit être transmise à VIASANTÉ Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte. La résiliation intervient le lendemain de la date apparaissant sur l'acte de décès ; la cotisation est due jusqu'à cette date.

Les cotisations versées pour la période postérieure à la date de résiliation seront remboursées :

- au conjoint ayant droit au contrat sur présentation de l'acte de décès,
- à tout membre de la famille sur présentation d'un certificat d'hérédité.

À défaut de présentation du certificat d'hérédité, c'est au notaire que le remboursement sera effectué.

2. Résiliations dérogatoires

Le membre bénéficiaire qui se voit attribuer la Complémentaire Santé Solidaire : sur demande du membre participant, la résiliation des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date de la décision uniquement si, dans ce délai qui est de rigueur, l'information du changement de complémentaire a été portée à la connaissance de la Mutuelle. À défaut, la résiliation interviendra le dernier jour du mois de la réception de la copie de l'attestation délivrée par le régime obligatoire. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre participant.

Le membre bénéficiaire perdant sa qualité d'ayant droit (divorce/ séparation, enfant n'étant plus à charge ...) : sur demande du membre participant, la résiliation intervient le dernier jour du mois de la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre cotisant.

Art. 15 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation restent dues dans tous les cas.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Vous vous engagez à restituer à VIASANTÉ Mutuelle la carte mutualiste et duplicata en votre possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels vous bénéficiez d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à la disposition de VIASANTÉ Mutuelle.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, le membre participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à VIASANTÉ Mutuelle ne pourra devenir ayant droit d'un membre participant (conjoint ou autre) ou adhérer de nouveau à VIASANTÉ Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'administration.

Art. 16 - COTISATIONS

Les cotisations du contrat sont établies sur la base de la législation de l'assurance maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de sa conclusion. Les cotisations seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Montant des cotisations

La cotisation est fixée en fonction :

- de la catégorie dont relève le bénéficiaire (adulte/enfant),
- du niveau de garantie choisi,
- du régime d'assurance maladie obligatoire,
- de l'adresse de résidence de l'adhérent,

Le changement de lieu de résidence en cours d'année n'a pas d'incidence sur les cotisations fixées pour l'année civile en cours.

- des diverses taxes auxquelles le contrat peut être soumis.

La cotisation est déterminée chaque année au 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de ces différents critères.

Les enfants nouveaux nés ou adoptés bénéficient de la gratuité de

cotisation du mois au cours duquel est né ou a été adopté l'enfant, sous réserve que le membre participant soit adhérent à VIASANTÉ Mutuelle le jour de la naissance ou de l'adoption et que la demande d'adhésion soit effectuée dans un délai de 3 mois suivant la naissance ou l'adoption. Par ailleurs, l'inscription doit prendre effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant. La gratuité est appliquée sur le mois de naissance ou d'adoption de l'enfant, quel que soit le jour de naissance.

À compter de 26 ans, les enfants infirmes sont toujours considérés à charge, cependant ils sont redevables d'une cotisation « adulte ».

Pour les enfants à charge, la cotisation du 3^e enfant et des suivants est gratuite.

Païement des cotisations

La cotisation est payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat.

Les modalités de paiement sont le prélèvement automatique et le chèque.

Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut-être semestrielle ou trimestrielle si la modalité de paiement choisie est le chèque. Il est précisé que lorsque la modalité de paiement choisie est le chèque, la première échéance de cotisations est acquittée à la souscription.

Si la modalité de paiement choisie est le prélèvement automatique, sa périodicité peut être mensuelle, semestrielle ou trimestrielle.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Le non règlement de l'une des échéances, sauf dérogation expresse validée par VIASANTÉ Mutuelle entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Défaut de paiement

En vertu des dispositions de l'article L. 221-8-II du Code de la Mutualité, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut faire l'objet d'une exclusion.

Cette exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre est envoyée 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations doivent être payées. Le membre participant est informé, dans la lettre de mise en demeure, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation pourra entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisation.

Art. 17 - DÉFINITION DES GARANTIES/OPTIONS

Les garanties / options « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, de vous assurer et le cas échéant à vos ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le régime d'Assurance Maladie dont vous relevez et le cas échéant vos ayants droit, au titre des prestations en nature de l'Assurance Maladie.

Il peut également s'agir de prestations en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par l'Assurance Maladie.

Certaines prestations non prises en charge par le régime d'Assurance Maladie peuvent également être allouées.

Le descriptif de la garantie / option vous est également remis lors de la signature du bulletin d'adhésion.

Les prestations donnent lieu à un remboursement dans les conditions et au taux ou montant mentionnés sur le descriptif de la garantie / option souscrite.

Art. 18 - MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE REMBOURSEMENT DE CERTAINES PRESTATIONS

18.1. Les modalités de prise en charge des prestations optique/soins dentaires prothétiques/aides auditives dans le cadre des Contrats responsables

18.1.1 Optique

Les verres et les montures susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle sont répartis dans 2 classes :

- la classe A,
- la classe B.

1 - Equipements appartenant à la classe A (100% santé) *

La Mutuelle prend en charge les équipements d'Optique relevant de la classe A (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité ** dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (Article L165-3 du Code de la Sécurité sociale).

Les verres et les montures appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables en vigueur.

* Il résulte de l'arrêté du 3 décembre 2018 que « chaque opticien-lunetier, qu'il soit physique ou virtuel en ligne, présente dans son point de vente au moins 35 montures de classe A pour adultes et de 20 montures de classe A pour enfants. Pour satisfaire ce seuil, un même modèle de montures ne peut être comptabilisé que jusqu'à 2 fois, pour deux coloris différents. Au moins 17 modèles différents doivent être disponibles pour les adultes, et au moins 10 modèles différents pour les enfants ».

** On entend par « tarifs de responsabilité » les tarifs servant de base à la prise en charge de la prestation ou du dispositif par l'assurance maladie obligatoire.

Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur :

La prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement optique de classe A est intégralement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la Mutuelle à hauteur du prix limite de vente.

Prestation d'appairage - Suppléments pour verres avec filtres :

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la Mutuelle à hauteur du prix limite de vente.

2 - Equipements appartenant à la classe B

La Mutuelle prend en charge les équipements d'Optique et leurs suppléments relevant de la classe B conformément aux taux/montants mentionnés sur la/les grille(s) de garanties. Ces taux/montants de prise en charge respectent les limites (planchers/plafonds) définis par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur.

La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée par la réglementation des Contrats Responsables à 100€. Ce plafond inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

Le bénéficiaire pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à cette classe B.

Définitions

Concernant les garanties pour lesquelles la grille correspondante exprime les remboursements en fonction d'un découpage « Verres simples » / « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs » / « Verres multifocaux ou progressifs forte correction » :

Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

- a) Equipements à :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

- b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
- c) Equipements à :
- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

- d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
- e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
- f) Equipements à :
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

3 - Equipements mixtes

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la

classe B, et réciproquement. Dans ce cas, les taux/montants de prise en charge fixés par la Mutuelle respectent la règle selon laquelle le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale.

4 - Modalités de renouvellement des équipements d'Optique (Classes A-B- Equipements mixtes)

5.1 Conditions générales de renouvellement des équipements ***

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans.

Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an.

Pour les enfants jusqu'à 6 ans

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois **uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur**. Dans les autres cas, le délai d'un an précédemment mentionné s'applique.

5.2 Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'Optique

Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Un renouvellement anticipé de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an en cas de dégradation des performances oculaires dans l'une des situations définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018, listées ci-dessous :

- variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

L'évolution de la vue est justifiée par une nouvelle prescription médicale ou lorsque l'opticien lunetier adapte la prescription lors du renouvellement.

Pour les enfants de moins de 16 ans

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires. Cette dégradation des performances oculaires est objectivée par une nouvelle prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Les situations d'évolution de la vue prises en considération sont les mêmes que celles définies pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus dans le paragraphe précédent.

Dans tous les cas :

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes ci-dessus mentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque le bénéficiaire acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Il est tenu compte des éventuelles prises en charge antérieures d'équipement d'Optique au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de la Mutuelle.

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies par l'arrêté du 3 décembre 2018, listées ci-dessous :

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome
 - hypertension intraoculaire isolée
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives
 - rétinopathie diabétique
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an
 - cataracte évolutive a composante réfractive
 - tumeurs oculaires et palpébrales
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an
 - kératocone évolutif
 - kératopathies évolutives
 - dystrophie cornéenne
 - amblyopie
 - diplopie récente ou évolutive

*** On entend par équipement une monture et deux verres.

- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante)
 - hypertension artérielle mal contrôlée
 - sida
 - affections neurologiques à composante oculaire
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes
 - antipaludéens de synthèse
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires

Cette évolution de la réfraction doit faire l'objet d'une nouvelle prescription de l'ophtalmologiste faisant mention du cas particulier.

5 - Date de prise d'effet

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des équipements d'optique définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020.

18.1.2 Soins dentaires prothétiques

Les soins dentaires prothétiques susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables sont répartis dans 2 classes :

- les soins dentaires prothétiques « 100 % santé »,
- les soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres.

1 - Soins dentaires prothétiques entrant dans le panier 100 % santé

La Mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité** dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral, pour les actes définis par arrêté ministériel.

Les soins dentaires prothétiques appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

2 - Soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés⁽¹⁾ ou libres⁽²⁾

La Mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres conformément aux taux/montants mentionnés sur la/les grille(s) de garanties.

Le membre participant pourra avoir un reste à charge sur les actes entrant dans ces paniers.

- (1) Des honoraires limites de facturation sont prévus sur ces actes pouvant faire l'objet d'une entente directe par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux.
 (2) Les tarifs de ces actes sont librement fixés par les professionnels de santé.

3 - Date de prise d'effet

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des prothèses dentaires définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent :

- aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 pour un premier lot de soins dentaires prothétiques, tel que défini par les textes conventionnels et règlementaires applicables.
- aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2021 pour un deuxième lot de soins dentaires prothétiques, tel que défini par les textes conventionnels et règlementaires applicables.

18.1.3 Dispositifs médicaux d'aides auditives

Les dispositifs médicaux d'aides auditives susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle sont répartis dans 2 classes :

- la classe I,
- la classe II.

1 - Aides auditives appartenant à la classe I (100% santé)

La Mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives relevant de la classe I (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité** dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (Article L165-3 du Code de la Sécurité sociale).

Les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la Mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

2 - Aides auditives appartenant à la classe II

La Mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à la classe II conformément au taux/montant mentionné sur la/les grille(s) de garanties. **Ce taux/montant respecte le plafond fixé à 1700 € par aide auditive par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur et qui inclut le remboursement de l'assurance**

maladie obligatoire et le ticket modérateur. Ce plafond n'inclut pas le ticket modérateur des consommables, piles et accessoires. Le membre participant pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à une autre classe que la classe I.

3 - Modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives (classes I et II)

Le renouvellement de la prise en charge par la Mutuelle d'un dispositif médical d'aide auditive est possible au terme d'une période minimale de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil, entendue comme date de facturation de l'aide auditive.

L'appréciation de cette période se fait à partir de la dernière facturation d'un dispositif d'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Ces dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2021 tiennent compte des quatre années antérieures, la Mutuelle devant, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge d'aide auditive durant cette période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès d'elle.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

4 - Date de prise d'effet

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des aides auditives définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2020 hormis :

- Le panier 100% Santé relatif aux aides auditives appartenant à la classe I prendra effet à compter du 1^{er} janvier 2020 et sera garanti sans reste à charge à compter du 1^{er} janvier 2021.
- Le plafond fixé à 1700 € par aide auditive appartenant à la classe II qui s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2021.
- Les modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives qui s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2021.

18.2. Prestations particulières

Forfait Naissance

Lorsque la garantie le prévoit, VIASANTÉ Mutuelle verse, en cas de naissance d'un enfant de l'assuré principal (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement.

Le forfait naissance de l'assuré principal est également versé en cas d'adoption d'un enfant mineur. Un seul forfait peut être octroyé par foyer et par période de 300 jours, à l'exception des naissances multiples ou de l'adoption.

Les dates prises en compte, pour le versement du forfait naissance et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

Honoraires des médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée / non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Lorsque des dépassements d'honoraires sont prévus dans le cadre d'une garantie responsable, la prise en charge de ces dépassements par la Mutuelle varie en fonction de l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou non et ce dans la limite prévue par ladite garantie.

Téléconsultation

Un service de téléconsultation médicale est intégré à vos garanties Frais de Santé. Ce nouveau service permet aux membres participants et le cas échéant à leurs ayants-droit de bénéficier de consultations médicales à distance, (avec un diagnostic et le cas échéant une ordonnance), dans le cadre autorisé par le Code de la Santé Publique, par téléphone au 09.74.59.59.84 ou par mail sécurisé à l'adresse suivante www.medicindirect.fr.

VIASANTÉ Mutuelle a fait appel à MédecinDirect - Société par actions simplifiée - Siège social : 1 Chemin de Saulxier 91160 Longjumeau - Immatriculée au RCS sous le numéro 508 346 673, habilitée à réaliser de la téléconsultation médicale, en vertu d'un contrat signé avec l'Agence Régionale de Santé d'Île de France le 14/12/2015 et d'une autorisation de la CNIL (Délibération N° 2016-184 du 16/06/2016).

Le service de téléconsultation médicale MédecinDirect est présenté sur le site figurant à l'adresse suivante : <http://www.medicindirect.fr/teleconsultation/>

18.3. Options

L'adjonction d'options via l'extranet est ouverte aux membres participants uniquement si la modalité de paiement des cotisations choisie initialement est le prélèvement automatique.

Le Pack Bien-Être

Le Pack Bien-Être est proposé en option à compter de la garantie PRO 30. Si vous l'avez choisi, un forfait annuel de 200 euros est à votre disposition pour vous permettre d'être remboursé des consultations, médicaments, vaccins ou dispositifs, non pris en charge par le régime obligatoire, définis ci-dessous :

- Consultations d'ostéopathe, de chiropracteur, de diététicien, d'acupuncteur, de psychologue
- Actes de prévention
- Vaccins prescrits et médicaments de lutte contre le paludisme prescrits
- Contraceptifs

selon les conditions ci-dessous exposées :

- **Concernant les consultations d'ostéopathe, de chiropracteur, de diététicien, d'acupuncteur, de psychologue**, la prise en charge de la Mutuelle intervient sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

Le versement du forfait afférent à ces consultations est soumis :

- concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet
- concernant les autres disciplines, au respect des conditions suivantes :
 - à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline

- à l'exercice dans un cadre légal
- à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

- **Concernant les actes de prévention, sont prises en charge les prestations suivantes :**

- **Le sevrage tabagique prescrit :** la Mutuelle intervient pour la prise en charge des dispositifs qui peuvent être remboursés par le régime obligatoire, sur présentation de l'original d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien.
- **Les médicaments non prescrits énumérés ci-après :** fluidifiant bronchique, traitement des affections de gorge, des inflammations et de la douleur, décongestionnant nasal et oropharynx.

La Mutuelle intervient pour la prise en charge des médicaments énumérés ci-dessus, à la condition qu'ils bénéficient d'un taux de TVA < à 20% et sur présentation d'un justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant le taux de TVA applicable à chaque produit) et comprend :

- les médicaments remboursés à 30 % par le RO,
- les médicaments remboursés à 15 % par le RO,
- les médicaments homéopathiques remboursés par le RO,
- les médicaments non prescrits non remboursés par le RO, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.
- **Concernant les vaccins,** la Mutuelle intervient, sur présentation de l'original d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien pour la prise en charge **des vaccins suivants prescrits** et non remboursés par le régime obligatoire :
 - Vaccin contre la grippe, la fièvre jaune (anti-amarile), l'encéphalite à tiques, l'encéphalite japonaise, l'hépatite A, la méningite à méningocoques (cérébro-spirale), la rage, la typhoïde.
 - La Mutuelle intervient également pour prendre en charge les médicaments de lutte contre le paludisme **prescrits** et non remboursés par le régime obligatoire.
- **Concernant les contraceptifs,** la Mutuelle intervient pour la prise en charge des moyens contraceptifs bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, précisés ci-dessous, sur présentation de l'original d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien :
 - pilule et implant prescrits
 - contraception d'urgence sans prescription médicale (« pilule du lendemain »), sur présentation d'une facture.

Service d'assistance

Le Service d'assistance est proposé en option quel que soit le niveau de garantie choisi. Lorsqu'il a été choisi, le service d'assistance peut intervenir à votre bénéfice ou celui de vos ayants droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un accident ou à une maladie soudaine et imprévisible.

Ce service est assuré et géré par une société juridiquement distincte de la Mutuelle, qui dispose d'un agrément pour cette activité et auprès de laquelle la Mutuelle a souscrit un contrat collectif d'assurance.

Le descriptif des prestations et des conditions générales du service d'assistance vous est remis le cas échéant lors de votre adhésion à la Mutuelle.

Art. 19 - BASE ET LIMITE DE REMBOURSEMENT

19.1. Base de remboursement

Les prestations sont calculées, conformément aux différentes Nomenclatures d'actes, sur la base de remboursement de la Sécurité sociale (B.R.S.S) en vigueur ou sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du régime d'Assurance Maladie s'il existe.

Sauf indication contraire spécifiée sur la grille de garanties, les taux de remboursement indiqués intègrent la part prise en charge par le régime obligatoire et par VIASANTÉ Mutuelle.

19.2. Plafond de remboursement en cas d'intervention en secteur non conventionné

Si la garantie PROTECPRO Gérant Majoritaire prévoit une intervention en secteur non conventionné sur la base d'une prestation calculée par référence aux tarifs retenus par les régimes de base pour les actes effectués en secteur conventionné, la prestation ne pourra excéder celle qui aurait été versée si la dépense avait été engagée en secteur conventionné.

19.3. Limite de remboursement / Forfaits

Les forfaits annuels s'entendent par année civile et par bénéficiaire, sauf indication contraire sur la grille de garanties. Ils se renouvellent donc chaque 1^{er} janvier.

La partie non consommée du forfait n'est pas reportée l'année suivante.

Concernant les équipements optiques des garanties responsables, les forfaits sont versés suivant les modalités précédemment exposées au pavé Optique.

En application des dispositions de l'article L224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements effectués par VIASANTÉ Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L861-3 du code de la Sécurité sociale.

En application de la loi Evin du 31 décembre 1989, les garanties / options de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie / option quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total

supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle seraient réduites à due concurrence et les dispositions de l'article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 seront appliquées.

Le membre bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Art. 20 - PRÉSENTATION DES DOSSIERS

Les demandes de remboursement sont adressées par vos soins à VIASANTÉ Mutuelle.

Chaque dossier adressé doit comprendre :

- les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits acquittées et datées, le cas échéant, les devis,
- en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, une facture détaillée établie par le médecin,
- en cas de forfait naissance, un extrait d'acte de naissance avec mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant,
- en cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil Général du département,
- en cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive, la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée,
- en cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par VIASANTÉ Mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès-verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...).
- à défaut de télétransmission par les organismes de base les décomptes de règlement de la Sécurité sociale,

Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur les factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.

Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du médecin avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

Un formulaire à faire remplir par le praticien, afin de préciser l'ensemble des informations nécessaires au calcul de la prestation, est tenu à la disposition des assurés sur simple demande.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, la production du document original ou de toute autre pièce justificative même en cas de liaison établie entre VIASANTÉ Mutuelle et le régime d'assurance maladie.

Les demandes de prestations doivent être présentées dans un délai maximum de deux ans suivant la date des soins pratiqués.

Art. 21 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Les prestations sont réglées par virement bancaire sur votre compte. À cet effet, un relevé d'identité bancaire devra être remis avec chaque bulletin d'adhésion.

Art. 22 - TIERS PAYANT

Il vous sera demandé de compléter un bulletin d'affiliation. Il vous sera remis une Carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par la dite carte en conformité avec les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les prestations couvertes en tiers payant par la garantie souscrite.

Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de la Mutuelle.

Vous vous engagez, si la carte de Tiers Payant est en cours de validité, à en assurer la restitution à la Mutuelle dans le délai de quinze jours suivant la cessation de vos garanties. Vous devrez restituer les sommes payées par la Mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties. En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse.

Art. 23 - PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, VIASANTÉ Mutuelle délivre un « accord de prise en charge » garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux (et le cas échéant, des frais annexes à l'hospitalisation tels que définis au certificat d'adhésion) normalement laissés à votre charge dans la limite des garanties.

Si l'hospitalisation est consécutive à un évènement mettant en cause un tiers responsable, VIASANTÉ Mutuelle délivre une prise en charge dans les conditions habituelles. En cette circonstance, vous êtes tenu de fournir à VIASANTÉ Mutuelle les éléments permettant d'exercer un éventuel recours auprès des organismes d'assurances concernés.

Art. 24 - PRESTATIONS INDÛMENT PERÇUES

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès de l'adhérent. Vous êtes informé par courrier de la somme que vous devez rembourser dès réception dudit courrier.

Art. 25 - PRESCRIPTION DES ACTIONS

En application des dispositions de l'article L 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du contrat PROTECPRO Gérant Majoritaire sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ces délais ne courent : en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle ou l'union 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 ignoré jusque là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire contre la Mutuelle ou l'union 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Selon les cas et hormis les accords de télétransmission avec d'autres organismes payeurs, les demandes de paiement des prestations, décomptes du régime d'Assurance Maladie et facture acquittée doivent être produits dans un délai maximum de deux ans à compter de la date des soins ou de facturation. À l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations.

Art. 26 - ACCIDENT

Il est précisé que dans tous les cas d'accidents, les membres bénéficiaires devront faire à VIASANTÉ Mutuelle une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance les garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.

Accidents du travail :

Sont exclues des garanties / options, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.

L'intervention de VIASANTÉ Mutuelle est ici limitée à la couverture des actes hors nomenclatures et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie / option souscrite par le membre bénéficiaire.

Accident de droit commun :

En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, VIASANTÉ Mutuelle n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre dans la mesure où cette dernière ne couvre pas les frais chirurgicaux, médicaux ou d'hospitalisation, dans la limite des garanties / options souscrites par le membre bénéficiaire.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la Mutuelle qu'il a engagé, à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur substitué, une action judiciaire, civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le Greffier ou un Avocat.

VIASANTÉ Mutuelle accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée dans les droits du membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

Art. 27 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE TIERS

VIASANTÉ Mutuelle est subrogée dans les droits du membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que VIASANTÉ Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par VIASANTÉ Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. En est exclu, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit qui leur demeure acquise.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé à la Mutuelle que si celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que 15 jours après l'envoi de cette lettre. La Mutuelle est également subrogée dans les droits de ses membres bénéficiaires pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des organismes de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ou de tout autre organisme similaire dont ils dépendent obligatoirement.

Art. 28 - LIMITES DES GARANTIES - REMBOURSEMENTS EXCLUS

Pendant la période de garantie, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Sauf indication contraire au certificat d'adhésion, ne donnent pas lieu à remboursement :

- les frais de soins :
 - engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci. La date prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes de l'organisme d'assurance maladie obligatoire,
 - déclarés après un délai de deux ans suivant la date des soins pratiqués,
 - engagés hors de France. Si la caisse de Sécurité sociale à laquelle l'assuré est affilié prend en charge les frais engagés hors de France,

ceux-ci seront pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sur la base de remboursement utilisée par l'organisme d'assurance maladie obligatoire et selon les garanties prévues au contrat,

- non remboursés par les régimes de base de la Sécurité sociale et non repris dans la formule de garanties,
 - ne figurant pas à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, et même s'ils ont fait l'objet d'une notification de refus ou d'un remboursement nul par le régime de base,
 - au titre de la législation sur les pensions militaires,
 - au titre de l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers, dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices,
 - au titre des séjours en établissements médico-sociaux,
 - qui sont les conséquences de guerre civile ou étrangère ou de la désintégration du noyau atomique,
 - au titre de la garantie parodontologie, si celle-ci est souscrite, pour les frais inhérents à des actes d'éducation à l'hygiène buccale.
- les produits achetés via Internet sauf :
 - les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencée par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site.
 - les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.
 - les participations forfaitaires et les franchises restant à la charge de l'assuré prévues à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale,
 - la majoration de participation prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du montant* du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

* Montant minimum non pris en charge pouvant être plus élevé dans la formule de garantie souscrite.

Pour les frais consécutifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux, le remboursement est limité à la cotation définie par cette nomenclature ou cette classification.

Pour les frais consécutifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité à la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale.

Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au code de la santé publique et ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme de Sécurité sociale sur la base du Tarif Forfaitaire de Responsabilité applicable à ce groupe de médicaments, le remboursement complémentaire effectué par VIASANTÉ Mutuelle se fera également sur la base du Tarif Forfaitaire de Responsabilité applicable à ce groupe de médicaments.

À l'exception du forfait naissance, pour les actes ou postes de garantie exprimés sous la forme d'un crédit annuel ou d'un forfait, le crédit annuel ou le forfait correspond au montant maximum d'indemnisation. Ces crédits annuels et ces forfaits sont exclusifs, pour les actes ou postes de garantie concernés, de toute autre indemnisation de la part de VIASANTÉ Mutuelle. Afin de s'assurer du respect de ces principes, il pourra être demandé au membre participant de fournir tout devis ou facture relatif, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Qu'ils soient demandés par l'organisme assureur ou produits spontanément par l'assuré, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens. VIASANTÉ Mutuelle peut également missionner tout professionnel de santé pour procéder à une expertise médicale de l'assuré. Dans un tel cas de figure les frais et honoraires liés à ces opérations d'expertise seront à la charge exclusive de VIASANTÉ Mutuelle.

Lors de cette expertise, l'assuré peut se faire assister par le médecin de son choix. Les frais et honoraires de ce dernier restent à la charge de l'assuré. La prise en charge des frais inhérents à des séjours en établissement psychiatrique en secteur non conventionné fait l'objet d'un règlement sur la base du remboursement utilisé par le régime de Sécurité sociale.

En l'absence de télétransmission par les organismes de base en cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné, l'assuré doit transmettre à VIASANTÉ Mutuelle une facture détaillée établie par son médecin, à défaut, l'indemnisation se fera sur la base de la garantie prévue pour les actes conventionnés.

Art. 29 - COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

Il existe au sein de chaque comité VIASANTÉ Mutuelle au moins une Commission entraide mutualiste - Action sociale.

Chaque Commission entraide mutualiste - Action sociale se compose au maximum de 10 délégués ou administrateurs de la Mutuelle. Elles se réunissent au moins trois fois par an.

Ces commissions ont pour objet d'accompagner les membres bénéficiaires en situation de détresse, face à un accident, une maladie, un handicap ou un décès, en leur attribuant une aide financière.

Art. 30 - ACTIONS DE PREVENTION

Des actions de prévention du type formation ou réunion d'information par exemple peuvent être mises en place à destination des membres participants et de leurs ayants droit.

Art. 31 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS, CONCILIATION ET MÉDIATION

Toute réclamation doit être formulée dans les deux ans qui suivent la date de paiement ou le refus de prise en charge d'une prestation.

Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant :

- un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle, service réclamations, TSA 10005 à (11804) CARCASSONNE Cedex
- ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact.reclamation@viasante.fr
- ou par téléphone au 09 69 39 3000.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du contrat, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant :

- un courrier au Secrétariat Général de la Mutuelle, 12 place de la Halle, 19100 BRIVE
- ou un courrier électronique à l'adresse suivante : conciliation@viasante.fr.

Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir le service de **Médiation de la consommation de la Mutualité Française**, 255 rue de Vaugirard, 75015 PARIS. La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

Conformément à l'article R.612-5 du Code de la Consommation, une proposition sera rendue au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe. La proposition du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.

La médiation mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été préalablement engagée.

Art. 32 - INTERPRÉTATION

Les statuts, la notice d'information, le contrat collectif, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Art. 33 - LOI APPLICABLE

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

Art. 34 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, conformément à l'article L.223-1 du code de la consommation vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique.

Selon la réglementation en vigueur, cette demande ne sera prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui vous lie à VIASANTÉ Mutuelle.

ART. 35 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel ainsi que celles de vos éventuels ayants droit sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à l'âge, la situation familiale et professionnelle, à la santé. Ces données sont notamment nécessaires à l'étude des besoins et du profil afin de proposer des produits et services adaptés ;
- Les coordonnées de contact, le Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR)* et les informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, de déterminer les garanties, les prestations et de vous proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux

services en relation avec les adhérents, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE ou aux sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant. Dans les conditions prévues par la loi, vous pouvez également demander une limitation du traitement, la rectification ou l'effacement des données vous concernant, ainsi que leur portabilité, ou communiquer des directives générales sur le sort de ces données après votre décès.

Si le traitement est fondé sur votre consentement, vous disposez du droit de retirer votre consentement.

Si le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de VIASANTÉ Mutuelle, vous pouvez vous opposer à ce traitement si vous justifiez de raisons propres à votre situation.

Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent, sous réserve de produire un justificatif de votre identité, être exercés à tout moment à l'adresse suivante :

- VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD)
1 avenue Carsalade du Pont
CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9
- ou à DPD@viasante.fr

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.

Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : <https://www.viasante.fr>

*NIR : Il s'agit du numéro de Sécurité sociale

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins non adhérents aux DPTM	100% BR	100% BR
Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins ayant adhéré aux DPTM	100% BR	100% BR

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FJH	100% FJH
---	----------	----------

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100% BR	100% BR
Chambre particulière (limitée à 90 jours/an)	40€/jour	40€/jour
Frais d'accompagnement pour enfant hospitalisé de moins de 16 ans (limité à 30 jours par an) (1)	40€/jour	40€/jour
Transport remboursé par le RO	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins non adhérents aux DPTM	100% BR	100% BR
Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins ayant adhéré aux DPTM	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins non adhérents aux DPTM	100% BR	100% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins ayant adhéré aux DPTM	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins non adhérents aux DPTM	100% BR	100% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins ayant adhéré aux DPTM	100% BR	100% BR

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses	100% BR	100% BR
----------	---------	---------

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés...)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

MÉDICAMENTS

Pharmacie (tout SMR)	100% BR	100% BR
----------------------	---------	---------

MATÉRIEL MÉDICAL

Orthopédie et autres appareillages	100% BR	100% BR
------------------------------------	---------	---------

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Classe I par oreille (2)	100% PLV	100% PLV
--------------------------	----------	----------

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille (2) (3)	100% + 200€	100% + 200€
-------------------------------	-------------	-------------

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives (4)	100% BR	100% BR
---	---------	---------

CURES

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

Frais de traitement et honoraires	100% BR	100% BR
Frais de voyage et hébergement (5)	100€	100€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Montures et verres classe A (6)	100% PLV	100% PLV
---------------------------------	----------	----------

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Montures et verres adultes classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6) (7)	2 verres unifocaux simples (a)	200€	300€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	250€	350€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	300€	400€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	250€	350€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	300€	400€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	300€	400€
Montures et verres enfants classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6)	2 verres unifocaux simples (a)	150€	200€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	200€	300€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	250€	350€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	200€	300€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	250€	350€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	250€	350€

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)

Adaptation de la correction visuelle	100% PLV	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV	100% PLV
Autres suppléments	100% TM	100% TM

AUTRES

Lentilles (acceptées ou refusées par le RO, lentilles jetables/ montant annuel par bénéficiaire)	RRO + 100€	RRO + 200€
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	200€ / oeil	500€ / oeil

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Prothèses dentaires	100% HLF	100% HLF
---------------------	----------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (8)	200% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	150% BR	250% BR

SOINS

Soins dentaires (à l'exception des inlays onlays)	100% BR	100% BR
Inlays onlays	200% BR	300% BR

AUTRES

Orthodontie acceptée / refusée par le RO	150% BR	250% BR
Parodontologie à l'exclusion d'actes réalisées dans le cadre de traitements implantaire, prothétique ou endodontique (montant annuel) (9)	-	100€
Implantologie : pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (tel que scanner, pilier et couronne) montant par implant dans la limite de 3 implants par an (10)	-	400€

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Naissance (montant annuel)	100€	100€
----------------------------	------	------

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI	OUI
Simplisanté	OUI	OUI
Assistance - facultative	OUI	OUI

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins non adhérents aux DPTM	180% BR	180% BR
Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins ayant adhéré aux DPTM	200% BR	200% BR

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FJH	100% FJH
---	----------	----------

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100% BR	100% BR
Chambre particulière (limitée à 90 jours/an)	60€/jour	60€/jour
Frais d'accompagnement pour enfant hospitalisé de moins de 16 ans (limité à 30 jours par an) (1)	60€/jour	60€/jour
Transport remboursé par le RO	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins non adhérents aux DPTM	180% BR	180% BR
Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins ayant adhéré aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins non adhérents aux DPTM	180% BR	180% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins ayant adhéré aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins non adhérents aux DPTM	180% BR	180% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins ayant adhéré aux DPTM	200% BR	200% BR

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses	100% BR	100% BR
----------	---------	---------

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés...)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

MÉDICAMENTS

Pharmacie (tout SMR)	100% BR	100% BR
----------------------	---------	---------

MATÉRIEL MÉDICAL

Orthopédie et autres appareillages	200% BR	200% BR
------------------------------------	---------	---------

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Classe I par oreille (2)	100% PLV	100% PLV
--------------------------	----------	----------

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille (2) (3)	100% + 400€	100% + 400€
-------------------------------	-------------	-------------

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives (4)	100% BR	100% BR
---	---------	---------

CURES

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

Frais de traitement et honoraires	150% BR	150% BR
Frais de voyage et hébergement (5)	200€	200€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Montures et verres classe A (6)	100% PLV	100% PLV
---------------------------------	----------	----------

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Montures et verres adultes classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6) (7)	2 verres unifocaux simples (a)	300€	400€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	350€	500€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	400€	600€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	350€	550€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	400€	650€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	400€	650€
Montures et verres enfants classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6)	2 verres unifocaux simples (a)	200€	300€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	300€	400€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	350€	450€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	300€	400€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	350€	450€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	350€	450€

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)

Adaptation de la correction visuelle	100% PLV	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV	100% PLV
Autres suppléments	100% TM	100% TM

AUTRES

Lentilles (acceptées ou refusées par le RO, lentilles jetables/ montant annuel par bénéficiaire)	RRO + 200€	RRO + 300€
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	500€ / oeil	800€ / oeil

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Prothèses dentaires	100% HLF	100% HLF
---------------------	----------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (8)	400% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	350% BR	250% BR

SOINS

Soins dentaires (à l'exception des inlays onlays)	100% BR	100% BR
Inlays onlays	400% BR	300% BR

AUTRES

Orthodontie acceptée / refusée par le RO	350% BR	250% BR
Parodontologie à l'exclusion d'actes réalisées dans le cadre de traitements implantaire, prothétique ou endodontique (montant annuel) (9)	200€	100€
Implantologie : pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (tel que scanner, pilier et couronne) montant par implant dans la limite de 3 implants par an (10)	800€	400€

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Naissance (montant annuel)	200€	200€
----------------------------	------	------

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI	OUI
Simplisanté	OUI	OUI
Assistance - facultative	OUI	OUI

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins ayant adhéré aux DPTM	400% BR	400% BR

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FJH	100% FJH
---	----------	----------

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100% BR	100% BR
Chambre particulière (limitée à 90 jours/an)	80€/jour	80€/jour
Frais d'accompagnement pour enfant hospitalisé de moins de 16 ans (limité à 30 jours par an) (1)	80€/jour	80€/jour
Transport remboursé par le RO	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins ayant adhéré aux DPTM	400% BR	400% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins ayant adhéré aux DPTM	300% BR	300% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins ayant adhéré aux DPTM	300% BR	300% BR

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses	100% BR	100% BR
----------	---------	---------

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés...)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

MÉDICAMENTS

Pharmacie (tout SMR)	100% BR	100% BR
----------------------	---------	---------

MATÉRIEL MÉDICAL

Orthopédie et autres appareillages	300% BR	300% BR
------------------------------------	---------	---------

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Classe I par oreille (2)	100% PLV	100% PLV
--------------------------	----------	----------

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille (2) (3)	100% + 800€	100% + 800€
-------------------------------	-------------	-------------

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives (4)	100% BR	100% BR
---	---------	---------

CURES

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

Frais de traitement et honoraires	200% BR	200% BR
Frais de voyage et hébergement (5)	300€	300€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Montures et verres classe A (6)	100% PLV	100% PLV
---------------------------------	----------	----------

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Montures et verres adultes classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6) (7)	2 verres unifocaux simples (a)	300€	400€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	350€	500€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	400€	600€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	350€	550€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	400€	650€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	400€	650€
Montures et verres enfants classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6)	2 verres unifocaux simples (a)	200€	300€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	300€	400€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	350€	450€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	300€	400€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	350€	450€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	350€	450€

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)

Adaptation de la correction visuelle	100% PLV	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV	100% PLV
Autres suppléments	100% TM	100% TM

AUTRES

Lentilles (acceptées ou refusées par le RO, lentilles jetables/ montant annuel par bénéficiaire)	RRO + 200€	RRO + 300€
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	500€ / oeil	800€ / oeil

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Prothèses dentaires	100% HLF	100% HLF
---------------------	----------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (8)	400% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	350% BR	250% BR

SOINS

Soins dentaires (à l'exception des inlays onlays)	100% BR	100% BR
Inlays onlays	400% BR	300% BR

AUTRES

Orthodontie acceptée / refusée par le RO	350% BR	250% BR
Parodontologie à l'exclusion d'actes réalisées dans le cadre de traitements implantaire, prothétique ou endodontique (montant annuel) (9)	200€	100€
Implantologie : pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (tel que scanner, pilier et couronne) montant par implant dans la limite de 3 implants par an (10)	800€	400€

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Naissance (montant annuel)	300€	300€
----------------------------	------	------

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI	OUI
Simplisanté	OUI	OUI
Assistance - facultative	OUI	OUI

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins ayant adhéré aux DPTM	400% BR	600% BR

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FJH	100% FJH
---	----------	----------

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100% BR	100% BR
Chambre particulière (limitée à 90 jours/an)	80€/jour	100€/jour
Frais d'accompagnement pour enfant hospitalisé de moins de 16 ans (limité à 30 jours par an) (1)	80€/jour	100€/jour
Transport remboursé par le RO	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins ayant adhéré aux DPTM	400% BR	600% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins ayant adhéré aux DPTM	300% BR	500% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins ayant adhéré aux DPTM	300% BR	500% BR

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses	100% BR	100% BR
----------	---------	---------

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés...)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

MÉDICAMENTS

Pharmacie (tout SMR)	100% BR	100% BR
----------------------	---------	---------

MATÉRIEL MÉDICAL

Orthopédie et autres appareillages	300% BR	500% BR
------------------------------------	---------	---------

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Classe I par oreille (2)	100% PLV	100% PLV
--------------------------	----------	----------

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille (2) (3)	100% + 800€	100% + 1200€
-------------------------------	-------------	--------------

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives (4)	100% BR	100% BR
---	---------	---------

CURES

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

Frais de traitement et honoraires	200% BR	400% BR
Frais de voyage et hébergement (5)	300€	500€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Montures et verres classe A (6)	100% PLV	100% PLV
---------------------------------	----------	----------

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Montures et verres adultes classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6) (7)	2 verres unifocaux simples (a)	400€	400€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	500€	500€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	600€	600€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	550€	550€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	650€	650€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	650€	650€
Montures et verres enfants classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6)	2 verres unifocaux simples (a)	300€	300€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	400€	400€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	450€	450€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	400€	400€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	450€	450€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	450€	450€

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)

Adaptation de la correction visuelle	100% PLV	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV	100% PLV
Autres suppléments	100% TM	100% TM

AUTRES

Lentilles (acceptées ou refusées par le RO, lentilles jetables/ montant annuel par bénéficiaire)	RRO + 300€	RRO + 300€
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	800€ / oeil	800€ / oeil

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Prothèses dentaires	100% HLF	100% HLF
---------------------	----------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (8)	400% BR	400% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	350% BR	350% BR

SOINS

Soins dentaires (à l'exception des inlays onlays)	100% BR	100% BR
Inlays onlays	400% BR	400% BR

AUTRES

Orthodontie acceptée / refusée par le RO	350% BR	350% BR
Parodontologie à l'exclusion d'actes réalisées dans le cadre de traitements implantaire, prothétique ou endodontique (montant annuel) (9)	200€	200€
Implantologie : pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (tel que scanner, pilier et couronne) montant par implant dans la limite de 3 implants par an (10)	800€	800€

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Naissance (montant annuel)	300€	500€
----------------------------	------	------

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI	OUI
Simplisanté	OUI	OUI
Assistance - facultative	OUI	OUI

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Honoraires (actes de chirurgie, actes d'anesthésie, autres honoraires). Médecins ayant adhéré aux DPTM	600% BR	600% BR

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier hospitalier (sans limitation de durée)	100% FJH	100% FJH
---	----------	----------

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100% BR	100% BR
Chambre particulière (limitée à 90 jours/an)	100€/jour	100€/jour
Frais d'accompagnement pour enfant hospitalisé de moins de 16 ans (limité à 30 jours par an) (1)	100€/jour	100€/jour
Transport remboursé par le RO	100% BR	100% BR

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Généralistes et spécialistes (consultations et visites) - Médecins ayant adhéré aux DPTM	600% BR	600% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes de chirurgie et technique médicaux - Médecins ayant adhéré aux DPTM	500% BR	500% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins non adhérents aux DPTM	200% BR	200% BR
Actes d'imagerie médicale, radiologie, et échographie - Médecins ayant adhéré aux DPTM	500% BR	500% BR

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Analyses	100% BR	100% BR
----------	---------	---------

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux (infirmières, kinés...)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

MÉDICAMENTS

Pharmacie (tout SMR)	100% BR	100% BR
----------------------	---------	---------

MATÉRIEL MÉDICAL

Orthopédie et autres appareillages	500% BR	500% BR
------------------------------------	---------	---------

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Classe I par oreille (2)	100% PLV	100% PLV
--------------------------	----------	----------

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille (2) (3)	100% + 1200€	100% + 1200€
-------------------------------	--------------	--------------

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives (4)	100% BR	100% BR
---	---------	---------

CURES

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

Frais de traitement et honoraires	400% BR	400% BR
Frais de voyage et hébergement (5)	500€	500€

OPTIQUE

ÉQUIPEMENTS 100% SANTÉ*

Montures et verres classe A (6)	100% PLV	100% PLV
---------------------------------	----------	----------

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Montures et verres adultes classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6) (7)	2 verres unifocaux simples (a)	400€	420€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	500€	560€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	600€	700€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	550€	610€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	650€	750€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	650€	800€
Montures et verres enfants classe B (dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€) (6)	2 verres unifocaux simples (a)	300€	350€
	Verre unifocal simple + verre unifocal forte correction ou verre multifocal/progressif simple (b)	400€	500€
	2 verres parmi unifocaux fortes corrections ou multifocaux/progressifs simples (c)	450€	600€
	Verre unifocal simple + verre multifocal/progressif forte correction (d)	400€	550€
	Verre parmi unifocal forte correction ou multifocal progressif simple + verre multifocal/progressif forte correction (e)	450€	650€
	2 verres multifocaux/progressifs fortes corrections (f)	450€	700€

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (pour les verres Classe A ou Classe B)

Adaptation de la correction visuelle	100% PLV	100% PLV
Appairage (hors verres Classe B)	100% PLV	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV	100% PLV
Autres suppléments	100% TM	100% TM

AUTRES

Lentilles (acceptées ou refusées par le RO, lentilles jetables/ montant annuel par bénéficiaire)	RRO + 300€	RRO + 400€
Chirurgie réfractive (myopie, hypermétropie, astigmatisme, presbytie)	800€ / oeil	1 000€ / oeil

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Prothèses dentaires	100% HLF	100% HLF
---------------------	----------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (8)	500% BR	600% BR
Prothèses dentaires non remboursées par le RO	500% BR	600% BR

SOINS

Soins dentaires (à l'exception des inlays onlays)	100% BR	100% BR
Inlays onlays	500% BR	600% BR

AUTRES

Orthodontie acceptée / refusée par le RO	450% BR	450% BR
Parodontologie à l'exclusion d'actes réalisées dans le cadre de traitements implantaire, prothétique ou endodontique (montant annuel) (9)	400€	400€
Implantologie : pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (tel que scanner, pilier et couronne) montant par implant dans la limite de 3 implants par an (10)	1 000€	1 000€

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Naissance (montant annuel)	500€	500€
----------------------------	------	------

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Actes de prévention remboursés par le RO (définis par la réglementation)	100% BR	100% BR
--	---------	---------

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT (11)

Téléconsultation	OUI	OUI
Simplisanté	OUI	OUI
Assistance - facultative	OUI	OUI

BR	base de remboursement	RRO	remboursement régime obligatoire	RO	régime obligatoire
DPTM	dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	TM	ticket modérateur	RC	régime complémentaire
FJH	forfait journalier hospitalier	PLV	prix limite de vente		
SMR	service médical rendu	HLF	honoraires limite de facturation		

- (1) Pour enfant hospitalisé de moins de 16 ans, sur présentation d'un justificatif.
- (2) A partir du 1^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (3) Dont prise en charge maximum de 1700 euros par prothèse à partir du 1^{er} janvier 2021.
- (4) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (5) L'annualité est appréciée par année civile, la part non consommée n'est pas reportée l'année suivante.
- (6) La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
- (7) Sont considérés dans la catégorie « Adulte » les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans.
- (8) Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.
- (9) L'annualité est appréciée par année civile. La part non consommée une année n'est pas reportée l'année suivante. Sont exclus les actes en lien direct avec un traitement de prothèse ou d'implantologie.
- (10) Pose d'un implant à l'exclusion de tout acte annexe (scanner, pilier, couronne), dans la limite de 3 implants par an.
- (11) Cf notice pour le détail des modalités.

a) b) c) d) e) f) Cf notice pour plus d'informations.

* Tels que définis réglementairement.

EN OPTION

PACK BIEN-ÊTRE*

Un forfait annuel de 200€ / bénéficiaire

- Automédication
- Vaccin contre la grippe si prescrit
- Vaccins non remboursés si prescrits
- Contraceptifs non remboursés si prescrits
+ contraception d'urgence
- Médecine douce
(ostéopathie, acupuncture, chiropraxie,
diététique, psychologie)

Ces options peuvent-être souscrites en complément de votre garantie. Pour le détail des modalités voir notice d'information.

* Voir la présente Notice d'Information pour le détail des modalités.

ASSISTANCE*

GLOSSAIRE

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé qui remplace l'AFSSAPS.

Assuré Social : Personne affiliée à un régime de Sécurité sociale.

Ayant droit : Personne bénéficiant des garanties / option prévues au contrat non à titre personnel mais du fait de ses liens avec le membre participant. Les ayants droit peuvent être dans le cadre d'une couverture complémentaire santé le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, les enfants, les personnes à charge.

Base de remboursement (BR) : Il s'agit de la base de calcul retenue par la Sécurité sociale pour le montant de ses remboursements.

Bulletin d'adhésion : Formulaire permettant de constater la souscription de la garantie / option et indiquant en particulier la nature de l'option choisie et la date d'effet de la couverture.

Certificat de radiation : Document indiquant la date à partir de laquelle les membres bénéficiaires ne font plus partie de l'effectif de la Mutuelle. Ce document est remis par la Mutuelle aux membres bénéficiaires à jour de leurs cotisations.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) : C'est une nomenclature des actes techniques réalisés par les professionnels de santé.

Complémentaire santé solidaire (CSS) : ce dispositif remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Il s'agit d'une complémentaire santé sans participation financière si vos revenus sont inférieurs à certains seuils. Elle ouvre aux anciens bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) les mêmes droits, avec une faible participation financière.

Date d'effet de l'adhésion : Date à partir de laquelle le membre bénéficiaire est effectivement membre de la Mutuelle.

Date d'effet de la garantie / option choisie : Date à partir de laquelle le membre bénéficiaire peut bénéficier du remboursement de ses prestations, sous réserve de l'application de stages.

Date d'effet de la radiation : Date à partir de laquelle le remboursement de prestations correspondant à des actes pratiqués postérieurement à cette date n'est plus dû.

Délai de stage : Période pendant laquelle certaines prestations, voire la totalité, ne sont pas dues.

Dépassement d'honoraires : Différence entre les honoraires demandés par un praticien et le tarif de responsabilité Sécurité sociale (ou tarif de convention). Ces remboursements ne sont jamais pris en compte au titre du régime d'Assurance Maladie.

Détermination de l'âge : Dans tous les cas où il est fait appel à la notion d'âge, celui-ci est déterminé par différence entre le millésime de l'année civile en cours et l'année de naissance du bénéficiaire.

Échéance : Date à laquelle une fraction ou la totalité des cotisations doivent être réglées.

Exonération du ticket modérateur : Existe dans certaines conditions précises relatives à la nature de la maladie, au coût des dépenses ou à la situation des personnes. Les personnes exonérées du ticket modérateur voient leurs dépenses intégralement prises en charge par le régime d'Assurance Maladie. Cette prise en charge peut être relative à l'ensemble des soins ou aux seuls soins dus à la maladie exonérante. Les dépassements de tarif restent à la charge des patients exonérés du ticket.

Forclusion : Perte de la possibilité de faire valoir son droit au remboursement des prestations.

Forfait Journalier Hospitalier : Contribution des assurés sociaux aux frais d'hébergement ou d'entretien pour un séjour supérieur à une journée dans un établissement public ou privé d'hospitalisation.

Honoraires médicaux : Rémunération d'un professionnel de santé.

Mecs : Maison Enfants Caractère Sanitaire

Membre bénéficiaire : Personne pouvant bénéficier des prestations prévues aux garanties / option souscrites qu'elle soit membre participant ou ayant droit.

Membre cotisant : Membre bénéficiaire qui acquitte, pour l'ensemble des membres bénéficiaires figurant sur le bulletin d'adhésion, la cotisation annuelle des garanties / option souscrites par le membre participant.

Membre honoraire : Personne physique qui verse des cotisations, des contributions ou fait des dons à la Mutuelle sans bénéficier des prestations de la Mutuelle et des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Membre participant : Le membre participant se définit comme étant celui qui a concrétisé son adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Mise en demeure : Réclamation effectuée auprès du membre participant lorsque celui-ci n'a pas réglé une partie ou une totalité de ses cotisations à une échéance donnée. Elle prend la forme d'une lettre recommandée.

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

Prise en charge : Accord donné par un organisme de Sécurité sociale ou une Mutuelle afin de verser des prestations, dès lors que la personne remplit les conditions administratives ou médicales requises.

Renouvellement : Quelle que soit la date d'adhésion et à l'exception des bénéficiaires CMU pour le régime complémentaire légal, la couverture des garanties / option est accordée jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Son renouvellement intervient chaque année à compter du 1^{er} janvier.

RO : Régime obligatoire.

Statuts : Recueil des règles générales de fonctionnement de la Mutuelle. Ce document est remis à l'ensemble des membres participants à l'adhésion. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

Subrogation : Substitution de la Mutuelle à son membre participant dans son action pour obtenir le remboursement des prestations qui lui sont dues.

Suspension : Dans certains cas, et notamment lorsque les cotisations n'ont pas été réglées, la garantie / option peut être suspendue. Aucun remboursement de prestations n'est dû pendant la période de suspension.

T.A.A. (T2A) : Tarification à l'Activité.

Tacite reconduction : Permet au membre participant de ne pas devoir notifier chaque année à la Mutuelle son souhait de poursuivre son adhésion l'année suivante et de la reconduire ainsi automatiquement.

Tarif d'autorité : Tarif de remboursement appliqué par la Sécurité sociale vis à vis des praticiens ou des établissements privés non conventionnés.

Tarif de convention : Tarif des prestations d'Assurance Maladie, établi par convention entre les caisses d'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

Tarif de responsabilité : Tarif de base de la Sécurité sociale en l'absence de convention. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

Ticket modérateur : Différence entre le tarif 100 % Sécurité sociale et le montant du remboursement versé par le régime de base.

Tiers payant : Système permettant aux membres participants d'être dispensés de faire l'avance de leurs frais. Dans ce cas, la part restant à leur charge est directement remboursée par la Mutuelle au professionnel de santé ayant consenti la dispense.

UN FONCTIONNEMENT SOLIDAIRE ET DÉMOCRATIQUE

VIASANTÉ Mutuelle est ouverte à tous, quel que soit l'âge et le régime obligatoire d'Assurance Maladie. Son fonctionnement repose sur un principe d'entraide solidaire : les cotisations de chacun permettent de surmonter les risques de tous. Les adhérents élisent leurs délégués à l'Assemblée générale. Ces derniers sont chargés de fixer les orientations de la Mutuelle et de veiller à leur bonne mise en oeuvre.

UN ACTE FORT : L'ADHÉSION VOLONTAIRE

En choisissant d'adhérer à VIASANTÉ Mutuelle, vous devenez « membre participant » de votre Mutuelle. Que votre démarche soit individuelle ou s'effectue par l'intermédiaire d'une entreprise, vous avez des droits mais aussi des devoirs. Adhérer vous engage à respecter les statuts, les décisions prises par l'Assemblée générale et le Conseil d'administration de la Mutuelle, les règlements mutualistes et/ou le cas échéant le contrat passé avec votre entreprise.

VIASANTÉ Mutuelle :

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n°SIREN 777 927 120.

Siège social : 14-16, boulevard Maiesherbes 75008 PARIS.

AG / 20200626 / COR CP3 031 V04

www.viasante.fr



viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE