

NOTICES D'INFORMATION & STATUTS

GARANTIES

VIAPRO

SOMMAIRE

NOTICE VIAPRO SANTÉ	P. 2 à 6
GRILLES DE GARANTIES	P. 7 à 11
NOTICE VIASSISTANCE	P. 12 à 16
STATUTS	P. 17 à 22

viasanté

LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

Acteur de votre santé

NOTICE D'INFORMATION VIAPRO SANTÉ

Afin de bénéficier des dispositions favorables de la loi Madelin concernant la déduction fiscale des cotisations de santé notamment et **exerçant une activité professionnelle non salariée non agricole**, vous avez choisi d'adhérer à l'ANPPI (Association Nationale de Prévoyance des Professionnels Indépendants) et de souscrire le contrat facultatif VIAPRO SANTÉ.

Ce contrat a notamment pour objet d'assurer le versement de prestations en remboursement de frais médicaux ou de maternité en complément et après versement des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie.

Le contenu et les limites de votre garantie VIAPRO SANTÉ, selon le niveau choisi, sont présentés dans cette notice explicative.

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

La garantie est gérée par VIASANTÉ Mutuelle, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 777 927 120. Ses statuts sont joints en annexe de la présente notice.

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE VIAPRO SANTÉ ?

Peuvent bénéficier du régime frais de santé VIAPRO SANTÉ et sont **membres participants** toutes les personnes exerçant une activité professionnelle non salariée non agricole sous réserve :

- qu'elles aient adhéré préalablement ou simultanément à l'ANPPI,
- qu'elles aient adhéré au contrat VIAPRO SANTÉ,
- qu'elles relèvent d'un régime gestionnaire de l'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles et soient à jour du paiement de leurs cotisations régime obligatoire maladie et vieillesse.

L'adhérent doit en justifier annuellement auprès de l'ANPPI et de VIASANTÉ Mutuelle par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse du régime de travailleurs non-salariés dont il relève.

Peuvent également bénéficier du contrat VIAPRO SANTÉ, toutes les personnes qui ont exercé une activité professionnelle non salariée et non agricole sous réserve :

- qu'elles aient adhéré préalablement ou simultanément à l'ANPPI,
- qu'elles aient adhéré au contrat VIAPRO SANTÉ,
- qu'elles bénéficient d'une pension de vieillesse au titre d'un régime légal de travailleur non salarié non agricole,
- qu'elles aient été adhérentes au présent contrat quand elles étaient en activité.

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

Par ailleurs, le bénéfice du régime frais de santé VIAPRO SANTÉ est réservé au membre participant **âgé de moins de 65 ans l'année de son adhésion** et à ses ayants droit.

Ce régime 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 bénéficier à titre facultatif du régime frais de santé mis en place.

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

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- les enfants âgés de moins de 21 ans figurant sur l'attestation du membre participant fournie par le régime gestionnaire de l'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles ou celle de 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 (étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis percevant une rémunération mensuelle brute inférieure à 60% du SMIC),
- la personne qui vit avec le membre participant et qui 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 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.

QUELLES SONT LES FORMALITÉS À ACCOMPLIR POUR BÉNÉFICIER DE LA GARANTIE VIAPRO SANTÉ ?

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 du régime gestionnaire de l'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles, 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.

QUE FAIRE SI VOTRE SITUATION FAMILIALE OU ADMINISTRATIVE CHANGE ?

Pour inscrire un nouvel ayant droit (conjoint, enfant nouveau-né...), adressez-vous à la Mutuelle qui vous fera signer un bulletin d'affiliation, sur lequel sont mentionnés les documents à joindre.

En cas de changement relatif à la gestion de votre dossier (adresse, coordonnées bancaires...), signalez-le rapidement aux services de la Mutuelle.

À QUELLE DATE VOTRE GARANTIE VIAPRO SANTÉ PREND-ELLE 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.

L'adhésion est subordonnée à la production de l'attestation d'affiliation au régime gestionnaire de l'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles.

Exception : l'adhésion/affiliation des personnes précédemment garanties par un autre organisme complémentaire peut prendre effet dès le lendemain de la date de résiliation du précédent organisme, sous réserve que celle-ci date de moins de 3 mois et de présenter un certificat de radiation.

Si le membre participant souhaite, après son adhésion, faire bénéficier ses ayants droit des garanties / option prévues par le contrat VIAPRO SANTÉ, il doit remplir un avenant au bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives. Les règles relatives à la date d'effet de l'affiliation de l'ayant droit sont les mêmes que celles applicables à l'adhésion du membre participant.

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date des soins est postérieure à la date de prise d'effet du contrat et au plus tôt à compter de la date de l'affiliation du membre participant, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Sont pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle en fonction du niveau de prestations et limites précisées au descriptif de la garantie choisie, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le régime d'assurance maladie. La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'assurance maladie, sauf cas spécifiques.

Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), le fait générateur est réputé être la date de début des travaux.

Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'assurance maladie et indiquées expressément au descriptif de la garantie option/choisie.

Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

VIASANTÉ Mutuelle n'effectue aucun remboursement de prestations pour les consultations, les actes chirurgicaux, les séjours en établissement, les délivrances de médicaments, et plus généralement pour tous les actes pratiqués dont la date se situe antérieurement à la date d'effet de l'adhésion et/ou postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

La Mutuelle se réserve le droit d'effectuer tous contrôles qu'elle jugera utiles concernant les dispositions ci-dessus.

QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS ET NON COUVERTS PAR VOTRE GARANTIE SANTÉ ?

L'ensemble des prestations auxquelles vous avez droit figurent dans les grilles jointes en annexe à la présente notice.

La garantie frais de santé répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables.

Dans le cadre de la réglementation des contrats responsables, ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Les évolutions de la réglementation dite des « contrats responsables » s'imposent automatiquement à la Mutuelle, dès leur date d'entrée en vigueur, sans qu'il soit nécessaire d'en formaliser l'intégration dans la présente notice.

Concernant les hospitalisations, les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

Les produits non remboursés par le régime obligatoire achetés à l'étranger ne sont pas pris en charge.

- Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :
- les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé 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.

MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE REMBOURSEMENT DE CERTAINES PRESTATIONS

A - PRIME NAISSANCE

Lorsqu'elle est prévue par sa garantie, le membre participant la perçoit, s'il demande l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption, sur présentation d'une copie du livret de famille ou du jugement d'adoption. L'inscription doit prendre effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant. Dans ces conditions et en cas de naissance ou d'adoption multiple, la prime est versée autant de fois qu'il y a d'enfants nouveau-nés ou adoptés.

La prime naissance est versée une fois par foyer et par enfant.

B - CHAMBRE PARTICULIÈRE EN AMBULATOIRE

Pour les séjours inférieurs à 24 heures, en dehors de disposition conventionnelle, la chambre particulière en ambulatoire est prise en charge dans le cadre de la réalisation d'un acte de chirurgie ou d'un examen réalisé sous anesthésie, à hauteur de 18,00€ par séjour, limité à 3 jours par an.

C - FORFAIT MÉDICAMENT FAMILIALE

Le forfait médication familiale est versé pour les médicaments listés ci-dessous, 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 par le Régime obligatoire à 30%,
- Les médicaments remboursés par le Régime obligatoire à 15%,
- les médicaments homéopathiques,
- les médicaments non prescrits ou non remboursés par le régime obligatoire, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.

D - ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Pour les contrats qui prévoient la prise en charge des dépassements Optique, conformément à la réglementation des Contrats Responsables, la prise en charge des frais d'Optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire.

Les différentes catégories sont :

- Les équipements à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries;
- Les équipements comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;
- Les équipements à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs;
- Les équipements comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;
- Les équipements comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;
- Les équipements pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée par le décret. La limite applicable à la garantie est précisée sur la grille de prestations. La prise en charge est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture par période de deux ans.

Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à compter de la date d'adhésion au contrat facultatif VIAPRO SANTÉ.

Cette période est réduite à un an concernant les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement destiné à un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (justificatifs à fournir).

E - HONORAIRES MÉDICAUX

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.

F - TÉLÉCONSULTATION

Un service de téléconsultation médicale est intégré aux garanties Frais de Santé à partir du 1^{er} janvier 2018. 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.medecindirect.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'Ile 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.medecindirect.fr/teleconsultation/>.

G - PRESTATIONS DE MÉDECINES DOUCES OU ALTERNATIVES

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait afférent aux prestations dites de médecines douces ou alternatives, non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

La liste des actes susceptibles d'être pris en charge ainsi que le montant du forfait sont mentionnés sur la grille de garantie.

Le versement du forfait afférent à ces actes 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

H - FORFAIT ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait actes dentaires non remboursés est versé sur justificatif (facture du dentiste) et comprend l'ensemble des actes non remboursés par le RO. L'implantologie n'est pas comprise.

I - SOINS À L'ÉTRANGER

Des prestations peuvent être allouées par la Mutuelle s'il y a prise en charge des frais de soins réalisés en dehors du territoire national, par le régime d'assurance maladie français auquel appartient le membre participant ou ses ayants droit. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'assurance maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la Mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) et ce dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.

J - VIASSISTANCE

Votre garantie est assortie d'un service d'assistance à domicile, pouvant intervenir au bénéfice de l'adhérent ou de ses ayants droit, notamment en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un accident ou à une maladie soudaine et imprévisible, sous réserve de certaines conditions.

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 est joint en annexe à la présente notice.

K - ASSISTANCE ADMINISTRATIVE

Votre garantie prévoit une assistance administrative pour toute hospitalisation de 5 jours consécutifs minimum du membre participant exerçant une activité professionnelle non salariée non agricole.

L'assistance administrative consiste en un forfait de 120 € TTC versé une fois par an sur justificatifs (notamment facture acquittée).

Les domaines couverts par la garantie « Assistance administrative » sont des services d'assistance professionnelle et d'aide administrative, en France métropolitaine.

Le choix du prestataire relève de la responsabilité du membre participant bénéficiant de cette prestation. En aucun cas VIASANTÉ Mutuelle ne saurait être tenue pour responsable d'un quelconque dommage, notamment en cas d'erreur ou de faute grave commise par le Prestataire.

Il peut s'agir de :

Secrétariat courant

- Organisation - Classement - Archivage
- Gestion d'agenda - Prise de rendez-vous
- Prise d'appel
- Démarches et formalités administratives
- Gestion du courrier entrant/sortant
- Organisation déplacements réservations

Comptabilité et gestion

- Préparation à la comptabilité
- Tenue de tableaux de bord
- Pointage et rapprochement relevés bancaires
- Suivi de trésorerie
- Gestion des notes de frais
- Suivi des litiges

Services généraux

- Passage et suivi de commandes fournisseurs
- Recherche de produits et services
- Suivi et règlement des factures fournisseurs
- Optimisation des frais de fonctionnement

Administration des ventes

- Préparation et envoi devis, commandes, factures
- Suivi des règlements - Relance des paiements

Travaux bureautiques

- Numérisation, indexation, classement, archivage
- Gestion de base contact, mailing
- Rédaction, mise en forme, corrections de documents
- Tableurs, bases de données

QUELLE OPTION PEUT ÊTRE ASSOCIÉE À VOTRE GARANTIE ?

OPTION PHARMACIE 15%

Si cette option a été choisie, alors les médicaments prescrits et remboursés à hauteur de 15% par le régime obligatoire seront pris en charge par la Mutuelle à hauteur de 85% de la base de remboursement de la Sécurité sociale. **L'option Pharmacie 15% ne peut être choisie seule. Elle doit impérativement être associée à une garantie VIAPRO SANTÉ pour ne former qu'une seule et même garantie.** Dans l'hypothèse où plus aucun médicament ne serait remboursé à 15% par le régime obligatoire, alors cette option deviendrait obsolète et serait résiliée de fait automatiquement.

EXISTE-T-IL DES STAGES ?

Lorsqu'une prime naissance est prévue dans la garantie, **un stage de 10 mois est appliqué.** Ce délai se calcule entre la date d'effet de l'adhésion et la date de naissance ou d'adoption de l'enfant.

PEUT-ON FAIRE ÉVOLUER SA GARANTIE VIAPRO SANTÉ ?

En tant que membre participant, vous avez la possibilité de changer de garantie dans les conditions suivantes, étant précisé que pour définir s'il s'agit d'une augmentation ou d'une diminution, il conviendra de se référer à la cotisation déterminée selon des critères identiques (notamment âge) :

AUGMENTATION DE GARANTIE / OPTION

Une augmentation de garantie / option ne peut intervenir à la suite d'une diminution de garantie / option qu'à l'expiration d'un délai de deux ans (24 mois).

DIMINUTION DE GARANTIE / OPTION

Une diminution de garantie / option ne peut intervenir qu'à condition d'avoir bénéficié de la garantie / option précédente pendant au moins deux ans (24 mois).

DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION

Le changement de garantie/ option prend effet au premier jour du mois durant lequel VIASANTÉ Mutuelle reçoit l'avenant au bulletin d'adhésion, si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi.

Si l'avenant a été envoyé après le 15 à VIASANTÉ Mutuelle, le changement de garantie/option prend effet au premier jour du mois suivant.

Toutefois, en cas de modification de votre situation familiale (mariage, divorce, naissance ou adoption d'un enfant, concubinage, PACS), le changement de garantie peut prendre effet au 1^{er} jour du mois suivant l'événement, sous réserve que la demande accompagnée des justificatifs nécessaires soit faite à la Mutuelle dans les deux mois suivant le changement de situation familiale.

Toute modification du choix des garanties donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'affiliation.

STAGES

Les stages relatifs à la prime naissance s'appliquent en cas de changement de garantie selon les modalités suivantes.

En cas d'augmentation de garantie, le bénéficiaire se verra attribuer le montant correspondant à la prime naissance auquel il aurait pu prétendre, le cas échéant, dans sa précédente garantie VIAPRO SANTÉ.

En cas de diminution de garantie, le bénéficiaire se verra attribuer le montant correspondant à la prime naissance de sa nouvelle garantie sous réserve qu'il ait pu prétendre à ces prestations dans sa précédente garantie VIAPRO SANTÉ.

MODALITÉS D'APPLICATION DES PLAFONDS

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

Concernant les prestations optiques, la date de souscription au présent contrat sera prise en compte pour le droit au renouvellement de l'équipement.

Comment obtenir les remboursements ?

Pour bénéficier des prestations et services de la Mutuelle, vous devez fournir tous les documents exigés, vous soumettre à tout contrôle administratif qu'elle estimerait utile et le membre participant doit être à jour de ses cotisations et avoir ses droits ouverts.

En outre, ce dernier doit être à jour de ses cotisations auprès du régime gestionnaire de l'assurance maladie des professions indépendantes non agricoles dont il relève, ne pas être débiteur de la Mutuelle au titre d'une précédente affiliation et ne pas faire l'objet d'une suspension de garantie.

Vos prestations, à l'exclusion de celles bénéficiant d'un accord de tiers-payant, vous sont versées directement.

Dans la plupart des cas, le remboursement est automatique grâce à la télétransmission existant entre votre régime obligatoire d'assurance maladie et la Mutuelle. Si vous n'en bénéficiez pas, vous devez nous adresser les originaux de vos décomptes du régime obligatoire.

De plus, pour certaines prestations, vous devez nous fournir la facture correspondant aux frais dont vous demandez le remboursement ou les pièces justifiant de l'événement ouvrant droit au versement d'une prestation, comme indiqué ci-après :

TYPE DE PRESTATION	PIECES A FOURNIR
CURE THERMALE	Prescription médicale + justificatif des frais et de la durée du séjour
FRAIS D'OPTIQUE ET DE PROTHÈSES DENTAIRES	Prescription médicale ou décompte original établi par le régime obligatoire + originaux des factures acquittées
HOSPITALISATION	Bulletin d'hospitalisation
• demande de prise en charge	
• demande de remboursement de frais divers (frais d'accompagnant, etc..)	Originaux des factures acquittées
AUTRES PRESTATIONS	Décomptes originaux établis par le régime obligatoire (sauf accord de télétransmission avec la Mutuelle) et/ou factures acquittées

Il est à noter que :

- tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être exigé,
- la date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de Sécurité sociale. Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), le fait générateur est réputé être la date de début des travaux.

QUELS SONT LES PRINCIPES DE REMBOURSEMENT ?

Votre Mutuelle vous rembourse les frais médicaux pour les bénéficiaires de la garantie tels que définis plus haut, consécutifs à une maladie, une maternité ou un accident. Ce remboursement vient en complément et après versement des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie et dans la limite des dépenses engagées.

La participation de votre Mutuelle est calculée en pourcentage des tarifs de responsabilité du régime obligatoire et/ou en forfaits.

Cette garantie est responsable et répond à l'ensemble des obligations et exclusions de prises en charge définies dans les textes en vigueur.

Vous trouverez le détail des remboursements de votre garantie en annexe de la présente notice d'information.

Les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf cas précisés sur le descriptif de garantie.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité ou la base de remboursement (CCAM) des régimes obligatoires sont modifiés en cours d'année, la Mutuelle se réserve le droit de modifier ou de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification, sous réserve du respect de la réglementation des contrats responsables.

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

QUELLES SONT LES RÈGLES DE PRESCRIPTION APPLICABLES, DANS QUELLES SITUATIONS LES SOINS NE SONT PAS REMBOURSÉS PAR LA MUTUELLE, QUELS SONT LES DÉLAIS ET RÈGLES À RESPECTER ?

PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives telles que définies par le Code de la Mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les

actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

DÉLAIS À RESPECTER

Les demandes de remboursement de prestations, accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent pour être recevables, être produites auprès de la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter soit de la date des soins, soit de la date de fin de l'hospitalisation, soit de la date de délivrance de la prestation ou de la survenance de l'événement donnant lieu à versement d'une prestation.

Au delà de cette période, la Mutuelle ne pourra plus vous rembourser.

Déclaration d'accident : le membre participant est tenu de déclarer à la Mutuelle les causes et circonstances de l'accident dont lui ou ses ayants droits ont été victimes, afin qu'une procédure de recours contre tiers puisse éventuellement être engagée.

SUBROGATION

La mutuelle est subrogée dans les droits et actions des bénéficiaires dans leur 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 la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

PRESTATIONS INDUES

Quel qu'en soit le motif, elles sont recouvrables auprès du membre participant.

FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité, il est rappelé qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au bénéficiaire par la Mutuelle peut être atteinte de nullité en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

FAUSSE DÉCLARATION NON INTENTIONNELLE (article L.221-15 du Code de la Mutualité)

Pour les opérations collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant : à défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

CONTRÔLE MÉDICAL

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout membre participant ou, le cas échéant, ayant droit, qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. En cas de refus de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la Mutuelle afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

QUELLE EST LA DURÉE DE VOTRE GARANTIE VIA-PRO SANTÉ ?

Votre couverture frais de santé VIAPRO SANTÉ 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. 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.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE MODIFICATION DE PRESTATIONS OU DE COTISATIONS ?

Conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité, tout membre

participant peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice modificative dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

COMMENT SONT FIXÉES LES COTISATIONS ?

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

La cotisation est appelée par « un avis de paiement de cotisations » adressé à chaque membre participant annuellement. La non réception de l'avis de paiement par le membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter VIASANTÉ Mutuelle.

Les cotisations sont déterminées en fonction des garanties / options souscrites, de l'âge du membre bénéficiaire au moment de l'adhésion et du lieu de résidence du membre participant. L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint en cours d'année, celui-ci est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance du membre bénéficiaire.

Ex: bénéficiaire né en 1975, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2015 : 40 ans.

Les cotisations évoluent par la suite en fonction de l'âge. Le montant des cotisations est indiqué dans le bulletin d'adhésion. La cotisation tient compte des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques (fédérations, unions...) et des frais de gestion y afférents. À cette cotisation s'ajoutent les taxes de nature réglementaire en vigueur.

Gratuité

Troisième enfant

La gratuité est accordée aux enfants à charge de moins de 26 ans de 3^e rang et plus, dans la mesure toutefois où tous les enfants sont inscrits sur un même contrat.

Enfants nouveau-nés ou adoptés

Ils 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.

Conjoint

Le conjoint ou le partenaire et ses enfants inscrits dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date du mariage ou du PACS bénéficient d'un mois de gratuité de cotisation, sous réserve que le membre participant soit adhérent à VIASANTÉ Mutuelle à la date du mariage ou du PACS.

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PAIEMENT 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.

Toutefois, pour faciliter son règlement, la Mutuelle propose à ses membres participants différentes modalités de paiement (prélèvement, chèque, carte bleue, espèces) et permet le fractionnement.

Néanmoins, la première échéance de cotisations (mois, trimestre, semestre ou année) est acquittée à la souscription par tout moyen (sauf prélèvement automatique).

Le non règlement de l'une des échéances, sauf dispositions ayant reçu l'accord de la Mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être :
- mensuelle,
- trimestrielle,
- semestrielle.

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 fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvement automatique.

COMMENT ÉVOLUENT LES COTISATIONS ?

La cotisation annuelle est révisable.

Toute modification est formalisée avec la personne morale souscriptrice. Le membre participant en est 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.

QUE SE PASSE-T-IL EN CAS DE NON-PAIEMENT DES COTISATIONS ?

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 être exclu du groupe.

L'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.

DANS QUELLES CONDITIONS VOTRE GARANTIE VIAPRO SANTÉ CESSE-T-ELLE ?

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat frais de santé, souscrit par l'ANPPI
- à la date d'effet de la résiliation de son adhésion par le membre participant, conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité
- lors du passage du membre participant à un statut professionnel ne relevant pas du champ d'application défini dans les conditions particulières,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité,
- en cas d'exclusion du membre participant par la Mutuelle.

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

Au-delà de la date d'effet de la résiliation du contrat, seuls les actes médico-chirurgicaux ou événements dont la date de réalisation est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront être pris en charge par le présent contrat.

La personne morale souscriptrice (ANPPI) s'engage à signaler à la Mutuelle tout départ de ses membres quel qu'en soit le motif.

La Mutuelle le radiera au dernier jour du mois au cours duquel le membre aura quitté la personne morale souscriptrice.

DANS QUELLES CONDITIONS LA GARANTIE VIAPRO SANTÉ PEUT-ELLE ÊTRE RÉSILIÉE ?

Conformément à l'article L221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant ou la personne morale peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, **soit avant le 31 octobre de chaque année.**

La fin de l'adhésion du membre participant emporte celle de ses éventuels ayants droit. Le membre participant peut également demander selon les mêmes dispositions la résiliation de l'un de ses ayants droit.

Par ailleurs, la Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion des membres participants en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article L221-8 du Code de la Mutualité.

QUELS SONT LES AUTRES SERVICES DE LA MUTUELLE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ ?

LE TIERS PAYANT

Chaque membre participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite 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 garanties couvertes en tiers payant et fait partie intégrante des conditions particulières du contrat d'adhésion. Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de la mutuelle.

Le souscripteur du contrat s'engage, si la carte de Tiers Payant est en cours de validité, à la récupérer auprès du membre participant et à en assurer la restitution à la mutuelle dans le délai de quinze jours suivant le départ du membre participant (démission, licenciement, retraite...) ou la résiliation du contrat.

Le membre participant restituera 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.

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.

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 règlement, 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 fédéral de médiation de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS.

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

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les données à caractère personnel traitées, par la mutuelle, sont collectées dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion administrative et commerciale du dossier du membre participant. Celles collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète, la mutuelle pourrait ne pas être en mesure de donner suite à la demande.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion du contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude et plus généralement la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les données pourront, sauf opposition du membre participant être communiquées aux partenaires de VIASANTÉ Mutuelle aux fins de l'informer des offres de produits ou de services.

Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Les bénéficiaires du contrat disposent d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) sur les données les concernant, sur simple courrier (accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité et signée) adressé à VIASANTÉ Mutuelle, A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 1 avenue Carsalade du Pont CS 89921 66866 PERPIGNAN Cedex 9 ou par mail à CIL@viasante.fr.

Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

En application de l'article 40-1 de la même loi, les bénéficiaires du contrat disposent du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

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.

INTERPRÉTATION

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

LOI APPLICABLE

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

AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

Conformément au code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 61, rue Taitbout 75 009 Paris.

PRÉVENTION

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.

LES RÉALISATIONS MUTUALISTES

Vous bénéficiez de l'accès aux réalisations sanitaires et sociales gérées par VIASANTÉ ou de tout autre organisme mutualiste associé. Vous pouvez obtenir la liste de ces réalisations mutualistes sur simple demande de votre part, téléphonique ou écrite, ou en vous rendant dans l'un de nos points d'accueil.

VOTRE MAGAZINE D'INFORMATION

Chaque trimestre, le « MUTUALISTE », votre magazine d'information sur la santé et l'actualité de votre Mutuelle vous est adressé à votre domicile.

VOS REMBOURSEMENTS CONSULTABLES 24H/24, 7 JOURS SUR 7

Grâce au code confidentiel qui vous a été transmis, vous pouvez consulter vos remboursements par Internet : www.viasante.fr

QUELQUES CONSEILS AVANT D'ENGAGER VOS DÉPENSES DE SANTÉ

Pour bénéficier des meilleurs tarifs en optique ou pour les audioprothèses, n'hésitez pas à faire établir plusieurs devis. En ce qui concerne la réalisation de prothèses dentaires ou les traitements orthodontiques, faites nous parvenir le devis du praticien consulté et nous vous indiquerons en retour le niveau de notre prise en charge.

RO + RC

VIAPRO1

HOSPITALISATION MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIE ⁽¹⁾

Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Soins, Honoraires de médecins, Actes de chirurgie, d'anesthésie	100%	
Forfait journalier dès le premier jour	FRAIS RÉELS	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
Chambre particulière	40€ / jour pdt 5 jours / an puis 31€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 / an)	Conditions : voir notice d'information
Transport	100%	
Frais d'accompagnant adulte/enfant	16€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 j / séjour pour tout type d'hospitalisation.

CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS

Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	100%	
Radiologie	100%	
Honoraires des auxiliaires médicaux	100%	
Frais d'analyses et de laboratoires	100%	
Transport	100%	

PHARMACIE

Médicaments remboursés par le RO à 30 % et à 65%	100%	
Médication familiale	30€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.

DENTAIRE

Soins dentaires	100%	
Inlay-onlay	125%	
Prothèses dentaires remboursées par le RO	125% + 100€ / prothèse	Plafonds prothèses dentaires : 500€ la 1 ^{re} année et 700€/an la 2 ^e année. Le plafond dentaire s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire.
Orthodontie remboursée par le RO	125% + 100€ / semestre	

OPTIQUE

FORFAIT LUNETTES (VERRES+MONTURE) TOUS LES 2 ANS *		La prise en charge est limitée à un équipement composé d'une monture et de deux verres, tous les deux ans, sauf pour les mineurs 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 compter de la date d'adhésion au contrat.
Monture	RO + 50€	
Verres simples	RO + 100€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs	RO + 200€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries, ou un verre multifocal ou progressif.
Verres multifocaux ou progressifs forte correction	RO + 220€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 100€ / an	

APPAREILLAGE ET PROTHÈSES MÉDICALES

Appareillages et prothèses médicales	100%	
Prothèses auditives	100%	

CURE THERMALE

Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports remboursés	100%	
---	------	--

PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE

Pilule contraceptive non remboursée par le RO	30€ / an	
Vaccin contre la grippe	1 / an	
Forfait Prévention au travail (Protection anti-bruits, Protection des yeux, Bas de contention, Ceinture de soutien lombaire)	30€ / an	Forfait versé sur justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien, d'un fournisseur de matériel médical, d'un opticien ou d'un audioprothésiste).

AUTRES PRESTATIONS

VIASSISTANCE *	OUI	24h/24, 7j/7 : Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...
ASSISTANCE ADMINISTRATIVE *	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5j consécutifs d'hospitalisation).
TÉLÉCONSULTATION *	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...).

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 18€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 18€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

Sont ainsi exclus des remboursements accordés par la Mutuelle VIASANTÉ au titre de la garantie :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016. Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

(1) Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Médecine Physique et de Réadaptation / Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire / Etablissements de repos, de convalescence et de régime. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

* Se reporter à la notice d'information.

RO + RC

VIAPRO2

HOSPITALISATION MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIE (1)			
Frais de séjour		100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Soins, Honoraires de médecins, Actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
Forfait journalier dès le premier jour		FRAIS RÉELS	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
Chambre particulière		55€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire		18€ / jour (3 / an)	Conditions : voir notice d'information
Transport		100%	
Frais d'accompagnant adulte/enfant		25€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 j / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière		10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.
Prime de naissance ou d'adoption		75€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro		100% + 300€ / an	

CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
Honoraires des auxiliaires médicaux		100%	
Frais d'analyses et de laboratoires		100%	
Transport		100%	

PHARMACIE			
Médicaments remboursés par le RO à 30 % et à 65%		100%	
Médication familiale		50€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.

DENTAIRE			
Soins dentaires		100%	
Inlay-onlay		150%	
Prothèses dentaires remboursées par le RO		125% + 300€ / prothèse	Plafonds prothèses dentaires : 2000€/an (700€ la 1 ^{re} année, 900€ la 2 ^e année). Le plafond dentaire s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire.
Orthodontie remboursée par le RO		125% + 300€ / semestre	
Implantologie		300€ / an	

OPTIQUE			
FORFAIT LUNETTES (VERRES+MONTURE) TOUS LES 2 ANS *			La prise en charge est limitée à un équipement composé d'une monture et de deux verres, tous les deux ans, sauf pour les mineurs 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 compter de la date d'adhésion au contrat.
Monture		RO + 110€	
Verres simples		RO + 140€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs		RO + 220€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, ou un verre multifocal ou progressif.
Verres multifocaux ou progressifs forte correction		RO + 250€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
Lentilles acceptées ou non par le RO		100% + 150€ / an	
Chirurgie réfractive de l'oeil		150€ / oeil / an	

APPAREILLAGE ET PROTHÈSES MÉDICALES			
Appareillages et prothèses médicales		100% + 150€ / an	
Prothèses auditives		100% + 300€ / an	

CURE THERMALE			
Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports remboursés		150%	

PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE			
Médecine Douce non remboursée par le RO		100€ / an	Le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte). Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étiope, bio kinergie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue enfant, bilan du langage, microkinésithérapeute (conditions : voir Notice d'information).
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, sevrage tabagique		70€ / an	
Vaccin contre la grippe		1 / an	
Forfait Prévention au travail (Protection anti-bruits, Protection des yeux, Bas de contention, Ceinture de soutien lombaire)		35€/an	Forfait versé sur justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien, d'un fournisseur de matériel médical, d'un opticien ou d'un audioprothésiste).

AUTRES PRESTATIONS			
VIASSISTANCE *	OUI	24h/24, 7j/7	Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...
ASSISTANCE ADMINISTRATIVE *	120€ / an		Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5j consécutifs d'hospitalisation).
TÉLÉCONSULTATION *	OUI		Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...).

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 18€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 18€ est pris en charge par la garantie souscrite. Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

Sont ainsi exclus des remboursements accordés par la Mutuelle VIASANTÉ au titre de la garantie :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016. Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

(1) Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Médecine Physique et de Réadaptation / Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire / Etablissements de repos, de convalescence et de régime. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

* Se reporter à la notice d'information.

RO + RC

VIAPRO3

HOSPITALISATION MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIE (1)

Frais de séjour		100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Soins, Honoraires de médecins, Actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	220% 200%	
Forfait journalier dès le premier jour		FRAIS RÉELS	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
Chambre particulière		55€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire		18€ / jour (3 / an)	Conditions : voir notice d'information
Transport		100%	
Frais d'accompagnant adulte/enfant		25€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 j / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière		10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.
Prime de naissance ou d'adoption		100€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro		100% + 300€ / an	

CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS

Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	220% 200%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	220% 200%	
Honoraires des auxiliaires médicaux		100%	
Frais d'analyses et de laboratoires		100%	
Transport		100%	

PHARMACIE

Médicaments remboursés par le RO à 30 % et à 65%		100%	
Médication familiale		70€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.

DENTAIRE

Soins dentaires		100%	
Inlay-onlay		200%	
Prothèses dentaires remboursées par le RO		125% + 400€ / prothèse	Plafonds prothèses dentaires : 2000€/an (800€ la 1 ^{re} année, 1000€ la 2 ^e année). Le plafond dentaire s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire.
Orthodontie remboursée par le RO		125% + 350€ / semestre	
Implantologie		350€ / an	

OPTIQUE

FORFAIT LUNETTES (VERRES+MONTURE) TOUS LES 2 ANS *			La prise en charge est limitée à un équipement composé d'une monture et de deux verres, tous les deux ans, sauf pour les mineurs 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 compter de la date d'adhésion au contrat.
Monture		RO + 110€	
Verres simples		RO + 220€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs		RO + 360€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, ou un verre multifocal ou progressif.
Verres multifocaux ou progressifs forte correction		RO + 390€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
Lentilles acceptées ou non par le RO		100% + 200€ / an	
Chirurgie réfractive de l'oeil		200€ / oeil / an	

APPAREILLAGE ET PROTHÈSES MÉDICALES

Appareillages et prothèses médicales		100% + 200€ / an	
Prothèses auditives		100% + 400€ / an	

CURE THERMALE

Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports remboursés		200%	
---	--	------	--

PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE

Médecine Douce non remboursée par le RO		100€ / an	Le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte). Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étiothérapeute, bio kinergie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acunpuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue enfant, bilan du langage, microkinésithérapeute (conditions : voir Notice d'information).
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, sevrage tabagique		70€ / an	
Vaccin contre la grippe		1 / an	
Forfait Prévention au travail (Protection anti-bruits, Protection des yeux, Bas de contention, Ceinture de soutien lombaire)		40€/an	Forfait versé sur justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien, d'un fournisseur de matériel médical, d'un opticien ou d'un audioprothésiste).

AUTRES PRESTATIONS

VIASSISTANCE *	OUI	24h/24, 7j/7	Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...
ASSISTANCE ADMINISTRATIVE *	120€ / an		Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5j consécutifs d'hospitalisation).
TÉLÉCONSULTATION *	OUI		Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...).

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 18€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 18€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

Sont ainsi exclus des remboursements accordés par la Mutuelle VIASANTÉ au titre de la garantie :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

(1) Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Médecine Physique et de Réadaptation / Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire / Etablissements de repos, de convalescence et de régime. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

* Se reporter à la notice d'information.

RO + RC
VIAPRO4

HOSPITALISATION MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIE ⁽¹⁾			
Frais de séjour		100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Soins, Honoraires de médecins, Actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	300% 200%	
Forfait journalier dès le premier jour		FRAIS RÉELS	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
Chambre particulière		70€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire		18€ / jour (3 / an)	Conditions : voir notice d'information
Transport		100%	
Frais d'accompagnant adulte/enfant		25€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 j / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière		10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.
Prime de naissance ou d'adoption		100€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro		100% + 300€ / an	

CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	300% 200%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	300% 200%	
Honoraires des auxiliaires médicaux		100%	
Frais d'analyses et de laboratoires		100%	
Transport		100%	

PHARMACIE			
Médicaments remboursés par le RO à 30 % et à 65%		100%	
Médication familiale		80€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.

DENTAIRE			
Soins dentaires		100%	
Inlay-onlay		250%	
Prothèses dentaires remboursées par le RO		125% + 500€ / prothèse	Plafonds prothèses dentaires : 2000€/an (1000€ la 1 ^{re} année). Le plafond dentaire s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire.
Orthodontie remboursée par le RO		125% + 450€ / semestre	
Implantologie		400€ / an	

OPTIQUE			
FORFAIT LUNETTES (VERRES+MONTURE) TOUS LES 2 ANS *			La prise en charge est limitée à un équipement composé d'une monture et de deux verres, tous les deux ans, sauf pour les mineurs 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 compter de la date d'adhésion au contrat.
Monture		RO + 110€	
Verres simples		RO + 300€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs		RO + 440€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, ou un verre multifocal ou progressif.
Verres multifocaux ou progressifs forte correction		RO + 470€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
Lentilles acceptées ou non par le RO		100% + 200€ / an	
Chirurgie réfractive de l'oeil		300€ / oeil / an	

APPAREILLAGE ET PROTHÈSES MÉDICALES			
Appareillages et prothèses médicales		100% + 200€ / an	
Prothèses auditives		100% + 400€ / an	

CURE THERMALE			
Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports remboursés		250%	

PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE			
Médecine Douce non remboursée par le RO		100€ / an	Le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte). Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étioopathe, bio kinergie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acunpuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue enfant, bilan du langage, microkinésithérapeute (conditions : voir Notice d'information).
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, sevrage tabagique		70€ / an	
Vaccin contre la grippe		1 / an	
Forfait Prévention au travail (Protection anti-bruits, Protection des yeux, Bas de contention, Ceinture de soutien lombaire)		45€/an	Forfait versé sur justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien, d'un fournisseur de matériel médical, d'un opticien ou d'un audioprothésiste).

AUTRES PRESTATIONS			
VIASSISTANCE *	OUI		24h/24, 7j/7 : Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...
ASSISTANCE ADMINISTRATIVE *	120€ / an		Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5j consécutifs d'hospitalisation).
TÉLÉCONSULTATION *	OUI		Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...).

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 18€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 18€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

Sont ainsi exclus des remboursements accordés par la Mutuelle VIASANTÉ au titre de la garantie :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016. Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

(1) Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Médecine Physique et de Réadaptation / Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire / Etablissements de repos, de convalescence et de régime. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

* Se reporter à la notice d'information.

RO + RC

VIAPRO5

HOSPITALISATION MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION PSYCHIATRIE ⁽¹⁾

Frais de séjour		100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Soins, Honoraires de médecins, Actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	400% 200%	
Forfait journalier dès le premier jour		FRAIS RÉELS	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
Chambre particulière		70€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire		18€ / jour (3 / an)	Conditions : voir notice d'information
Transport		100%	
Frais d'accompagnant adulte/enfant		35€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 j / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière		15€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.
Prime de naissance ou d'adoption		150€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro		100% + 300€ / an	

CONSULTATIONS ET SOINS COURANTS

Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	400% 200%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM Médecins non adhérents aux DPTM	400% 200%	
Honoraires des auxiliaires médicaux		100%	
Frais d'analyses et de laboratoires		100%	
Transport		100%	

PHARMACIE

Médicaments remboursés par le RO à 30 % et à 65%		100%	
Médication familiale		100€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.

DENTAIRE

Soins dentaires		100%	
Inlay-onlay		400%	
Prothèses dentaires remboursées par le RO		125% + 700€ / prothèse	Plafonds prothèses dentaires : 2500€/an (1400€ la 1 ^{re} année). Le plafond dentaire s'applique par année civile d'adhésion à la garantie et ne s'applique qu'au remboursement forfaitaire.
Orthodontie remboursée par le RO		125% + 600€ / semestre	
Implantologie		400€ / an	
Actes dentaires non remboursés par le RO (hors implantologie)		600€ / an	

OPTIQUE

FORFAIT LUNETTES (VERRES+MONTURE) TOUS LES 2 ANS *			La prise en charge est limitée à un équipement composé d'une monture et de deux verres, tous les deux ans, sauf pour les mineurs 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 compter de la date d'adhésion au contrat.
Monture		RO + 150€	
Verres simples		RO + 300€	Verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries.
Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs		RO + 460€	Équipement comportant au moins un verre simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries, ou un verre multifocal ou progressif.
Verres multifocaux ou progressifs forte correction		RO + 510€	Équipement adulte comportant au moins un verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou un verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.
Lentilles acceptées ou non par le RO		100% + 200€ / an	
Chirurgie réfractive de l'oeil		400€ / oeil / an	

APPAREILLAGE ET PROTHÈSES MÉDICALES

Appareillages et prothèses médicales		100% + 300€ / an	
Prothèses auditives		100% + 600€ / an	

CURE THERMALE

Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports remboursés		400%	
---	--	------	--

PRÉVENTION ET BIEN ÊTRE

Médecine Douce non remboursée par le RO		120€ / an	Le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte). Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étiope, bio kinergie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue enfant, bilan du langage, microkinésithérapeute (conditions : voir Notice d'information).
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, sevrage tabagique		70€ / an	
Vaccin contre la grippe		1 / an	
Forfait Prévention au travail (Protection anti-bruits, Protection des yeux, Bas de contention, Ceinture de soutien lombaire)		50€/an	Forfait versé sur justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien, d'un fournisseur de matériel médical, d'un opticien ou d'un audioprothésiste).

AUTRES PRESTATIONS

VIASSISTANCE *	OUI	24h/24, 7j/7 : Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...
ASSISTANCE ADMINISTRATIVE *	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5j consécutifs d'hospitalisation).
TÉLÉCONSULTATION *	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...).

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 18€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 18€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants. Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

Sont ainsi exclus des remboursements accordés par la Mutuelle VIASANTÉ au titre de la garantie :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L 322-2 du code de la Sécurité sociale,
 - les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.
- Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016. Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

(1) Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : Médecine Physique et de Réadaptation / Maisons d'Enfants à Caractère Sanitaire / Etablissements de repos, de convalescence et de régime. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

* Se reporter à la notice d'information.

VIASSISTANCE

LE SERVICE D'ASSISTANCE SANTÉ DE VOTRE MUTUELLE

1 Mise en oeuvre des prestations

Mondial Assistance est accessible 24 heures/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires.

Toute demande de mise en oeuvre de l'une des prestations doit obligatoirement être formulée directement par le Bénéficiaire ou ses Proches auprès de Mondial Assistance par téléphone aux numéros suivants :

- de France 01 40 25 59 05
- de l'étranger +33 1 40 25 59 05

en indiquant :

- Le nom VIASANTÉ Mutuelle et le numéro du contrat souscrit : 921810,
- Les nom et prénom du Bénéficiaire,
- L'adresse exacte du Bénéficiaire,
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint.

Un numéro de dossier d'assistance, à rappeler lors de toute relation avec Mondial Assistance, sera communiqué au Bénéficiaire.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en oeuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation,...). Ce justificatif sera adressé au médecin Mondial Assistance qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi ledit justificatif.

LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ÉTÉ DEMANDÉES PRÉALABLEMENT ET QUI N'ONT PAS ÉTÉ ORGANISÉES PAR MONDIAL ASSISTANCE NE DONNENT PAS DROIT À REMBOURSEMENT NI À INDEMNITÉ COMPENSATOIRE.

2 Résumé des prestations et prises en charge

EN CAS D'URGENCE À DOMICILE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Soutien pratique	Illimitée.
Informations médicales	Illimitée.
Recherche d'un médecin	Communication des coordonnées sans prise en charge.
Recherche d'une infirmière	Communication des coordonnées sans prise en charge.
Mise en relation avec un ambulancier	Mise en relation, sans prise en charge.
Livraison en urgence de médicaments	Coût de la livraison.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Dès le 1er jour d'hospitalisation	
Assistance aux Enfants a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé OU b. Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche OU c. Conduite à l'école des Enfants OU d. Garde au Domicile des Enfants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. OU c. 300€ TTC maximum. OU d. 30 heures maximum par période d'Hospitalisation.
Assistance aux Ascendants dépendants a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé OU b. Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche OU c. Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. OU c. 20 heures maximum par période d'Hospitalisation.

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours	
Transfert d'un Proche	- Transport aller et retour : frais réels ; - Hébergement : 50€ TTC par nuit dans la limite de 2 nuits.
Aide à Domicile	Dans la limite de 10 heures réparties sur une semaine maximum.
Garde des Animaux de compagnie	Chez un professionnel : 230€ TTC maximum par période d'Hospitalisation. OU Chez un Proche : dans un rayon de 100 km.

CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Aide à Domicile	30 heures maximum réparties sur la durée du traitement quel que soit le nombre de protocoles et de séances.

MATERNITÉ

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Service d'informations-Prévention	Illimitée.
Auxiliaire de puériculture	2 heures maximum dans la semaine qui suit la sortie de maternité de la Bénéficiaire.
Accompagnement « baby blues »	3 entretiens téléphoniques maximum.
Aide à Domicile en cas de naissances multiples	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés qui suivent la sortie de la maternité de la Bénéficiaire.

ASSISTANCE POUR LES ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
a. Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent OU b. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire	Garde : 30 heures maximum par période d'Immobilisation. OU Transfert : Transport aller/retour : frais réels.
Aide pédagogique de l'Enfant	15 heures maximum par semaine
En cas d'arrêt de travail de la nounou	
Garde à Domicile des Enfants OU Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire OU Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche	Garde : 10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours consécutifs. OU Transfert : Transport aller et retour : frais réels.

GRAVE ACCIDENT OU MALADIE OU DÉCÈS

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Conseil social	Illimitée.
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum.

DÉCÈS

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
En cas de décès du Bénéficiaire – Assistance aux autres membres de la famille	
Assistance aux Enfants a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire décédé OU b. Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche OU c. Conduite à l'école des Enfants OU d. Garde au Domicile des Enfants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. OU c. 300€ TTC maximum. OU d. 30 heures maximum.
Assistance aux Ascendants dépendants a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire décédé OU b. Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche OU c. Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. OU c. 20 heures maximum.
Transfert d'un Proche	- Transport aller et retour : frais réels ; - Hébergement : 50€ TTC par nuit dans la limite de 2 nuits.
Aide à Domicile	Dans la limite de 10 heures réparties sur une semaine maximum.
Garde des Animaux de compagnie	Chez un professionnel : 230€ TTC maximum. OU Chez un Proche : dans un rayon de 100 km.
En cas de décès d'un membre de la famille	
Organisation des obsèques	Organisation sans prise en charge.

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE À L'ÉTRANGER

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Frais médicaux à l'Étranger	<ul style="list-style-type: none">- Remboursement des frais restant à la charge du Bénéficiaire (hors frais dentaires) : 5 000€ TTC maximum par événement garanti.- Remboursement des frais dentaires d'urgence : 45€- Avance des frais d'hospitalisation : 5 000€ TTC maximum par événement garanti.

AUTRES PRESTATIONS

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Téléassistance ponctuelle à Domicile	Coût du service pour une durée de 3 mois.
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimitée.

3 Définitions

Les Parties conviennent que les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

Bénéficiaire

Le terme « Bénéficiaire » se réfère à :

- la personne physique, ci-après dénommée le « Bénéficiaire assuré », assurée par le contrat Santé souscrit auprès de VIASANTÉ Mutuelle et comportant de l'assistance
- son Conjoint
- ses Enfants, uniquement pour les prestations « Assistance pour les Enfants ».

Conjoint

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré, vivant habituellement sous le toit du Bénéficiaire assuré.

Enfants

Enfants âgés de moins de 16 (seize) ans fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous le toit du Bénéficiaire assuré.

Animaux de compagnie

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal.

Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1ère et 2nde catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

Accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et étrangère à la volonté du Bénéficiaire.

Les intoxications alimentaires, les accidents médicaux, les entorses non répétitives consécutives à une distorsion brusque ainsi que les ruptures tendineuses consécutives à un choc subit et démontré sont assimilés à des accidents.

Ascendant dépendant

Tout ascendant (parent, beau-parent et grand-parent du Bénéficiaire) dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

Chimiothérapie ou Radiothérapie ambulatoire

Administration d'un traitement anti-cancer pendant quelques minutes ou quelques heures dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le patient peut rentrer chez lui.

La chimiothérapie orale prise au domicile est exclue.

Domicile

Lieu de résidence principale situé en France métropolitaine et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

Frais médicaux d'urgence à l'étranger

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'Hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, consécutifs à un Accident ou une Maladie.

Hébergement

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris) à l'exclusion de tout autre frais notamment de restauration, de boisson et de pourboires.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, ou tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, rééducation...), consécutifs à un accident ou une maladie imprévue, à l'exclusion des hospitalisations de jour, des hospitalisations planifiées, des hospitalisations à domicile et des séances de chimiothérapie et radiothérapie faites à l'hôpital, sauf mention contraire.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'Hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

Immobilisation à Domicile

Toute incapacité physique à se déplacer, ou à effectuer les tâches ménagères habituelles aisément consécutive à un accident ou à une maladie et survenant

inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Membre de la famille

Bénéficiaire assuré, son Conjoint, leurs Enfants et ses Ascendants dépendants.

Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

Proche

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant en France métropolitaine et désignée par le Bénéficiaire.

Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 1ère classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (uniquement pour des distances inférieures à 50 km).

4 Conditions d'exécution des prestations

DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat d'assurance du Bénéficiaire souscrit auprès de VIASANTÉ Mutuelle et de l'accord liant VIASANTÉ Mutuelle et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

EVENEMENT GARANTI

Les prestations sont délivrées en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- Accident
- Maladie
- Décès

TERRITORIALITE

- La prestation « Frais médicaux à l'Étranger » est accordée pour des événements garantis survenus lors de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le Monde Entier à l'exception de la Corée du Nord et des pays sous sanctions financières internationales décidées par l'Union Européenne et les Nations-Unies.

La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : www.mondial-assistance.fr/pays-exclus.

- Toutes les autres prestations de la Convention sont accordées uniquement pour des événements garantis survenus en France métropolitaine.

5 Prestations

5.1. En cas d'urgence à Domicile

5.1.1. Soutien pratique

En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il peut avoir besoin :

- coordonnées des services d'urgence (SAMU, pompier, centre anti-poison...)
- structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- démarches administratives à entreprendre : déclaration à la police, à la Sécurité Sociale, à l'assureur
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?)
- comment porter plainte ?
- à qui s'adresser en cas de litige, comment se défendre ?
- où trouver de l'aide ?

5.1.2. Informations médicales

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé. Une réponse sera apportée sous deux (2) jours ouvrés maximum.

a. Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° SAMU, pompier, centre anti-poison...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : obligatoires/conseillées, risques liés à la vaccination

- les maladies du 3ème/4ème âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)

b. Informations spécifiques à une pathologie (ex : Parkinson, Alzheimer, autisme, allergies, sida...)

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie :
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?)
- l'évolution de la maladie
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage

5.1.3. Recherche d'un médecin

En l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire des numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

Dans ce cas, Mondial Assistance n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible.

De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du Bénéficiaire.

5.1.4. Recherche d'une infirmière

Sur prescription médicale et le plus près possible de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire jusqu'à cinq (5) numéros de téléphone d'infirmières diplômées d'Etat.

Mondial Assistance n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. La non disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du Bénéficiaire.

5.1.5. Mise en relation avec un ambulancier

Sur prescription médicale, Mondial Assistance met en relation le Bénéficiaire avec un ambulancier, sans prise en charge.

L'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait qu'en fonction de la distance parcourue, le transport peut être plus ou moins coûteux. Le Bénéficiaire est invité à demander un devis au Prestataire avant la prestation.

Les frais de transport seront réglés directement par le Bénéficiaire au Prestataire concerné.

5.1.6. Livraison en urgence de médicaments

Les médicaments immédiatement nécessaires au Bénéficiaire et prescrits par un médecin sont livrés, sous réserve de disponibilité, au Domicile.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

5.2. Durant l'Hospitalisation du Bénéficiaire

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire suite à un Accident ou à une Maladie, Mondial Assistance organise les prestations d'assistance décrites ci-dessous. La prise en charge de Mondial Assistance est limitée à une fois par Hospitalisation.

5.2.1. Dès le 1er jour d'Hospitalisation

Les prestations d'assistance sont valables dès le 1er jour d'Hospitalisation du Bénéficiaire et uniquement pendant la durée de son Hospitalisation.

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

a. Assistance aux Enfants

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper des Enfants. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche », « Conduite à l'école des Enfants » et « Garde au Domicile des Enfants ».

- Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) ou d'un Prestataire pour les accompagner.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile », « Conduite à l'école des Enfants » et « Garde au Domicile des Enfants ».

- Conduite à l'école des Enfants

Mondial Assistance organise et prend en charge, à hauteur de 300 euros TTC maximum, le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile », « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » et « Garde au Domicile des Enfants ».

- Garde au Domicile des Enfants

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 30 (trente) heures par période d'Hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile », « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » et « Conduite à l'école ».

Les prestations « Assistance aux Enfants » peuvent également être fournies en cas de séjour de plus de 8 jours de la Bénéficiaire en maternité obstétrique.

b. Assistance aux Ascendants dépendants

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper des Ascendants dépendants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche » et « Veille ou Prise en charge des Ascendants dépendants ».

- Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) ou d'un Prestataire pour les accompagner.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile » et « Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants ».

- Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants

Mondial Assistance missionne pour un maximum de vingt (20) heures par période d'Hospitalisation :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)

- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile » et « Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche ».

5.2.2. En cas d'Hospitalisation de plus de 2 jours

Si l'Hospitalisation du Bénéficiaire doit dépasser deux (2) jours et si personne ne réside à proximité de son lieu d'Hospitalisation, Mondial Assistance organise et prend en charge, les prestations définies ci-après :

a. Transfert d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge :

- le Transport aller-retour au départ de France métropolitaine, d'un Proche, afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire hospitalisé.
- L'Hébergement du Proche, dans la limite de 50 euros TTC par nuit, avec un maximum de deux (2) nuits.

b. Aide à Domicile

Afin d'assurer le retour au Domicile du Bénéficiaire dans les meilleures conditions, Mondial Assistance organise et prend en charge, la venue d'une aide-ménagère pour un maximum de dix (10) heures pouvant être réparties sur 1 (une) semaine maximum :

- soit pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire,
- soit dans un délai de quinze (15) jours à compter de la date de sortie d'Hôpital du Bénéficiaire.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

La prestation « Aide à Domicile » peut également être fournie en cas de séjour du Bénéficiaire en maternité obstétrique durant plus de 8 jours.

c. Garde des Animaux de compagnie

- soit par un professionnel selon les disponibilités locales ; dans ce cas, les frais de garde, et de nourriture sont pris en charge, dans la limite de 230 euros TTC maximum, par période d'Hospitalisation

- soit par un Proche, dans un rayon maximum de 100 (cent) Km autour du lieu où se trouve l'animal ; dans ce cas les frais de transport sont pris en charge jusqu'au Domicile du Proche.

5.3. En cas de traitement par Chimiothérapie ou Radiothérapie ambulatoire

5.3.1. Aide à Domicile

Afin d'assurer le retour au Domicile du Bénéficiaire dans les meilleures conditions, Mondial Assistance organise et prend en charge, la venue d'une aide-ménagère pour un maximum de 30 heures réparties sur la durée du traitement quel que soit le nombre de protocoles et de séances.

L'intervention de la prestation « aide-ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 heures qui suivent une séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à réaliser de petits travaux ménagers

quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

5.4. En cas de maternité

Pendant la grossesse de la Bénéficiaire ou après son accouchement, Mondial Assistance délivre les prestations d'assistance suivantes :

5.4.1. Service d'informations – Prévention

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance

Mondial Assistance communique des renseignements dans les domaines suivants :

- Maternités et méthodes d'accouchement,
- Alimentation et diététique,
- Environnement social de la grossesse et de la petite enfance,
- Démarches administratives liées à la grossesse et à la maternité,
- Modes de garde et les démarches associées,
- Relations parents - enfants,
- Fiscalité, assurance et protection sociale.

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

- Conseil santé lié à la maternité

Mondial Assistance fournit des informations détaillées sur les pathologies affectant les femmes enceintes et les modalités de prévention envisageables ainsi que les modalités de dépistage pour chaque pathologie.

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

- Calendrier vaccinal

Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, des informations sur le calendrier vaccinal : vaccins obligatoires, vaccins recommandés, modalités de la vaccination, suites prévisibles de la vaccination, etc.

5.4.2. Auxiliaire de puériculture

En cas de première maternité ou de naissance multiples (jumeaux, triplés ...), Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une auxiliaire de puériculture pour un maximum de 2 (deux) heures dans la semaine qui suit la sortie de maternité de la Bénéficiaire. L'auxiliaire de puériculture aide la Bénéficiaire dans les soins du ou des nouveau-né(s) (change, biberons, bains) à leur retour au domicile.

5.4.3. Accompagnement « Baby blues »

Lorsque la Bénéficiaire est confrontée à un « baby blues » durant le mois qui suit son accouchement et que la Bénéficiaire souhaite être accompagnée pour mieux le surmonter, Mondial Assistance organise et prend en charge un Accompagnement Psychologique au cours de 3 (trois) entretiens téléphoniques maximum.

L'entretien téléphonique, mené par un professionnel qui garde une écoute neutre et attentive, permet au Bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation psychologique à laquelle il est confronté.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie régissant l'exercice de la profession de psychologue, et ne sauraient en aucun cas initier une psychothérapie par téléphone.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00. En fonction de la situation et des attentes du Bénéficiaire, un rendez-vous pourra être organisé pour le Bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son Domicile.

Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du Bénéficiaire.

5.4.4. Aide à Domicile en cas de naissances multiples

Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à concurrence de dix (10) heures maximum réparties sur les dix (10) jours ouvrés qui suivent la sortie de maternité de la Bénéficiaire.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

5.5. Assistance pour les Enfants

5.5.1. Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

Si l'Enfant est immobilisé à son Domicile pendant plus de deux (2) jours à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, Mondial Assistance organise et prend en charge :

- **Soit** la garde à domicile de l'Enfant pour un maximum de trente (30) heures par période d'immobilisation.

La prestation est rendue par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

- **Soit** le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper de l'Enfant.

5.5.2. Aide pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, entraîne une absence scolaire supérieure à 14 (quatorze) jours, Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, à raison de quinze (15) heures maximum par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranches de trois (3) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de deux (2) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

Sont exclues les phobies scolaires.

5.5.3. En cas d'arrêt de travail de la nounou

Pendant l'Hospitalisation de plus de 24 heures ou l'Immobilisation au Domicile de plus de 2 jours suite à un Accident ou à la Maladie de la personne salariée en charge des Enfants alors que le Bénéficiaire travaille, Mondial Assistance organise et prend en charge :

- **Soit** la prestation « Garde à Domicile des Enfants » (décrite dans l'article 5.2.1.a), pour un maximum de dix (10) heures par jour sur deux (2) jours consécutifs au maximum.
- **Soit** la prestation « Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire » décrite dans l'article 5.2.1.a.
- **Soit** la prestation « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » décrite dans l'article 5.2.1.a.

5.5. En cas de grave Accident ou Maladie ou Décès du Bénéficiaire

Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

5.6.1. Conseil social

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, Mondial Assistance :

- informe et conseille le Bénéficiaire :
 - sur les principales prestations sociales existantes,
 - sur les conditions d'accès aux établissements spécialisés et leurs financements,
- oriente le Bénéficiaire vers les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière, du service et de l'accompagnement (sécurité sociale, caisse d'allocations familiales, conseils généraux, centres communaux d'action sociale, Pôle Emploi, associations, caisse vieillesse)

5.6.2. Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de trois (3) entretiens maximum.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. La 1ère consultation est prise en charge par Mondial Assistance.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00. Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

5.7. Uniquement en cas de décès

Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

5.7.1. En cas de décès du Bénéficiaire assuré ou de son conjoint

Les autres Membres de la famille disposent d'un délai de trente (30) jours pour contacter Mondial Assistance et bénéficier des prestations suivantes :

- « Assistance aux Enfants » décrite dans l'article 5.2.1.a,
- « Assistance aux Ascendants dépendants » décrite dans l'article 5.2.1.b,
- « Transfert d'un Proche » décrite dans l'article 5.2.2.a,
- « Aide à Domicile » décrite dans l'article 5.2.2.b,
- « Garde des Animaux de compagnie » décrite dans l'article 5.2.2.c.

5.7.2. Organisation des obsèques

En cas de décès d'un Membre de la famille, Mondial Assistance peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière...

Pour ce faire, Mondial Assistance fait appel à son Prestataire habituel. Dans ce cas, un devis envoyé aux autres Membres de la famille pour accord préalable doit être approuvé par les autres Membres de la famille. Tous les frais sont à la charge des Membres de la famille.

5.8. Frais médicaux d'urgence à l'Étranger

Lorsque le Bénéficiaire est victime d'un Accident ou d'une Maladie survenu lors d'un déplacement privé n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs à l'étranger, Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

- Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Les remboursements de Mondial Assistance s'effectuent dans la limite de cinq mille (5000) euros TTC par Événement garanti.

Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à quarante-cinq (45) euros TTC.

Une franchise de quinze (15) euros TTC s'applique au remboursement des frais médicaux et dentaires.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le couvrant au titre des Frais médicaux d'urgence à l'étranger, pendant toute la durée du voyage.

- Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'Hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite de cinq mille (5000) euros TTC par Événement garanti.

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :

- les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident de la vie survenu en France ou à l'étranger,
- les frais de vaccination,
- les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de rééducation, de cure thermale ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

5.9. Autres prestations

5.9.1. Téléassistance ponctuelle à Domicile

Si le Bénéficiaire est âgé de plus de 75 ans et se trouve isolé pendant sa convalescence après une Hospitalisation de plus de deux (2) jours, Mondial Assistance propose l'installation gratuite à son Domicile et la prise en charge d'un dispositif de téléassistance pendant trois (3) mois.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

5.9.2. Informations juridiques, administratives et pratiques

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- Information sur les démarches administratives à effectuer ;
- Informations pratiques : informations loisirs ...

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de quarante-huit (48) heures ouvrées. Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

6 Responsabilité

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;
- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutives à un cas de force majeure.

7 Exclusions générales

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire

ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,

- les conséquences :
 - des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
 - de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
 - de l'exposition à des agents incapacitants,
 - de l'exposition à des agents radioactifs,
 - de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou locales,
- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :
 - de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
 - de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
 - des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,
- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

8 Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à :

AWP France SAS
Service Traitement des Réclamations
TSA 70002
93488 Saint-Ouen Cedex

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Fragonard Assurances le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste après la réponse de Fragonard Assurances ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours interne, le Bénéficiaire peut aller saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org>

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de La Médiation de l'Assurance propose un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par les 10 règles de la Charte de la Médiation de l'Assurance.

Loi informatique et libertés

Conformément à la «Loi Informatique et Libertés» n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, le Bénéficiaire dispose d'un droit d'opposition, d'accès, de modification, de rectification et de suppression de toute information le concernant, qui figurerait dans les fichiers, en adressant sa demande à :

AWP France SAS
Service Juridique - DT03
7, rue Dora Maar
CS 60001
93488 Saint-Ouen Cedex

AWP France SAS dispose de moyens informatiques destinés à générer les prestations d'assistance prévue dans la Convention.

Les informations enregistrées sont réservées au gestionnaire des prestations d'assistance susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques, et de la lutte anti-fraude AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des formations et de saisir si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

Loi applicable - Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

TITRE I - Formation, objet et composition de la mutuelle

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Art. 12 - 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.

Art. 13 - Siège

Le siège de la Mutuelle est situé : 104-110, boulevard Haussmann 75008 Paris.

Art. 14 - 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.

Art. 15 - 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 assurantiel 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.

Art. 16 - 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.

Art. 17 - 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.

Art. 18 - Informatique et Libertés

Les données à caractère personnel traitées, par la mutuelle, sont collectées dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion administrative et commerciale du dossier du membre participant. Celles collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète, la mutuelle pourrait ne pas être en mesure de donner suite à la demande.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion du contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude et plus généralement la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, les données pourront, sauf opposition du membre participant être communiquées aux partenaires de VIASANTÉ Mutuelle aux fins d'informer des offres de produits ou de services. Ces données seront conservées pour la durée du contrat et au-delà de cette durée conformément aux délais légaux de prescription.

Les bénéficiaires du contrat disposent d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition (pour des motifs légitimes) sur les données les concernant, sur simple courrier (accompagné de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité et signée) adressé à VIASANTÉ Mutuelle, À l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 1 avenue Carsalade du Pont CS 89921 66866 PERPIGNAN Cedex 9 ou par mail à CIL@viasante.fr.

Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 à (75334) PARIS cedex 07. En application de l'article 40-1 de la même loi, les bénéficiaires du contrat disposent du droit de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel après leur décès.

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

Section 1 - Conditions d'adhésion

Art. 19 - 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 âgés de moins de 21 ans 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 (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.

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.

Un enfant mineur ne possédant pas sa propre immatriculation à un régime d'Assurance Maladie ne peut être membre participant.

Néanmoins, 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 nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle.

Art. 20 - 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 et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

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

Art. 21 - 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 ou du règlement mutualiste auquel l'employeur ou la personne morale a adhéré.

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 ou conventionnelles.

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

Art. 22 - Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles ou pour les opérations collectives à adhésion facultative peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat (soit avant le 31 octobre le cachet de la poste faisant foi). L'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion facultative ou obligatoire peut résilier le contrat tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins 2 mois avant la date d'échéance du contrat.

La démission prend alors effet à la date d'échéance principale du contrat.

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.

Art. 23 - Radiation

Sont 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.

Art. 24 - Exclusion

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

Le membre dont l'exclusion est proposée est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

Art. 25 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

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

Art. 26 - 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 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.

Art. 27 - Section de vote

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

Art. 28 - Élection des délégués

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

Art. 29 - 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.

Art. 30 - 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.

Art. 31 - Quorum et majorités

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, 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 du code de la mutualité, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique 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 peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés est au moins égal au quart du total de ses membres.

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

II - Pour l'exercice de ses autres attributions, l'Assemblée délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés 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 peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés. Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Section 3 : Attributions de l'Assemblée générale

Art. 32 - Compétences

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration.

L'Assemblée générale approuve :

1. la modification des statuts,
2. les activités exercées,
3. le montant du fonds d'établissement,
4. les montants ou les taux de cotisations dans le cadre des opérations individuelles ainsi que les prestations offertes dans le cadre des opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément à l'article L. 114-9 du code de la mutualité,
5. le contenu du règlement mutualiste défini par l'article L. 114-1 alinéa 5 du code de la mutualité sur proposition du Conseil d'administration,
6. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles,
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,
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. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
13. 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,
14. le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion,
15. le plan prévisionnel de financement prévu par l'article L. 310-3 du code de la mutualité,
16. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité,
17. 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 délégations de pouvoir prévues à l'article 22 des présents statuts ;
4. 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.
5. les principes que doivent respecter les délégations de gestions des contrats collectifs.

Art. 33 - 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.

Art. 34 - 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

Art. 35 - 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.

Art. 36 - 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.

Art. 37 - 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.

En cas d'égalité de voix, la liste comportant le candidat le plus jeune ayant le plus d'ancienneté en qualité d'administrateur est élue. Si plusieurs listes répondent à ce critère, le Président désigne, par voie de tirage au sort, la liste élue.

Art. 38 - 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, 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 ;

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

Art. 39 - 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'arrêté des comptes.

Le Délégué général et le Directeur général 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.

Art. 40 - Représentation des salariés au Conseil d'administration

Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :

- 1 représentant 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.

Art. 41 - 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 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

Art. 42 - Compétences

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application.

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.

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 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.

Art. 43 - 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 Directeur général 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 sa compétence concernant les 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 au dirigeant.

Le Conseil d'administration peut confier au Président 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 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.

Section 4 – Statut des administrateurs

Art. 44 - 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.

Art. 45 - 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.

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.

Art. 46 - Obligations des administrateurs

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.

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 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.

Les administrateurs 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.

Ils 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.

Ils 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.

Art. 47 - 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

Art. 48 - 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.

Art. 49 - 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

Art. 50 - 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.

Art. 51 - 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.

Art. 52 - 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. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des articles L. 510-8 et L. 510-10 du code de la mutualité.

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 Directeur général de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés.

Section 2 – Élection, composition du Bureau

Art. 53 - 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, lorsqu'il est complètement constitué, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 54 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

Art. 55 - 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.

Art. 56 - 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.

Art. 57 - Le Secrétaire et le Secrétaire adjoint

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

Le Secrétaire peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Directeur général 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 dans toutes ses fonctions. En cas de vacance du Secrétaire, le Secrétaire adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Secrétaire.

Art. 58 - Le Trésorier

Le Trésorier 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 peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Directeur général 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 dans toutes ses fonctions. En cas de vacance du Trésorier, le Trésorier adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Trésorier.

CHAPITRE IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Art. 59 - Le Délégué général et le Directeur général

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 Directeur général 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 Directeur général 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

Art. 60 - 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,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes non interdites par la loi, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

Art. 61 - 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.

Art. 62 - 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

Art. 63 - 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.

Art. 64 - Garantie

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

Section 3 - Comité d'audit et Commissaires aux comptes

Art. 65 - Comité d'audit

Le Comité d'audit est composé de 4 à 8 membres choisis parmi les administrateurs et de 1 ou 2 membres choisis conformément à l'article L. 114-17-1 du code de la mutualité en raison de leurs compétences. Ses membres ainsi que son Président sont désignés par le Conseil d'administration pour une durée de 3 ans. Le Président du Conseil d'administration ne peut pas être membre du Comité d'audit.

Chaque réunion du Comité d'audit fait l'objet d'une convocation spécifique de ses membres et d'un compte-rendu lors du Conseil d'administration suivant.

Le Président du Comité d'audit a pour rôle d'animer les réunions, de coordonner les actions de ses membres et de rendre compte au Conseil d'administration. Il invite le Directeur général qui peut se faire accompagner du responsable du contrôle interne et avec l'accord du Président, 2 personnes extérieures, notamment des Commissaires aux comptes.

Le Président est chargé de l'organisation matérielle des réunions, des convocations, de la communication aux membres du Comité d'audit du calendrier prévisionnel des réunions, de la tenue du registre de présence et de l'établissement des comptes-rendus des réunions.

Les règles de confidentialité applicables aux administrateurs s'imposent aux membres du Comité d'audit ainsi qu'à toute personne extérieure invitée à participer aux réunions.

Un règlement intérieur du Comité d'audit peut être établi par le Conseil d'administration.

Art. 66 - Commissaires aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme des Commissaires aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code de commerce.

Le Président convoque les Commissaires aux comptes à toute Assemblée générale.

Les Commissaires aux comptes :

- certifient 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 ;
- certifient les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prennent 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 ;
- établissent et présentent à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournissent 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 ;
- signalent 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 ;
- portent 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 ;
- signalent 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.

Ils joignent à leur 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

Art. 67 - 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

Art. 68 - 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.

Art. 69 - Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste ou la fiche (ou la notice) d'information, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Art. 70 - 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.

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.