

NOTICE D'INFORMATION

« CENTRE DE GESTION DE L'ARIEGE »

Contrat n° CP0921241

**CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE « FRAIS DE SANTE »
CONCLU DANS LE CADRE D'UNE CONVENTION DE PARTICIPATION**

En vigueur à compter du 1^{er} janvier 2026

Sommaire

PREAMBULE : LES PARTIES AU CONTRAT	3	5.6. INDUS.....	6
ARTICLE 1. OBJET	3	5.7. DESCRIPTIF DES GARANTIES.....	7
ARTICLE 2. DATE D'EFFET - DUREE - RESILIATION – MODIFICATION DU CONTRAT	3	5.8. REVISION DES GARANTIES.....	7
2.1. DATE D'EFFET DU CONTRAT.....	3	ARTICLE 6. PRESTATIONS	8
2.2. DUREE DU CONTRAT.....	3	6.1. CONDITIONS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS.....	8
2.3. RESILIATION DE L'ADHESION COLLECTIVE.....	3	6.2. CONTROLE.....	8
ARTICLE 3. ADHESION	3	6.3. TIERS PAYANT.....	8
3.1. MODALITES D'ADHESION.....	3	6.4. SUBROGATION.....	9
3.2. BENEFICIAIRES DU CONTRAT.....	5	6.5. TERRITORIALITE.....	9
3.3. COUVERTURE DES AYANTS DROIT.....	5	ARTICLE 7. COTISATIONS	9
3.4. DATE D'EFFET ET DUREE DE L'ADHESION.....	5	7.1. DETERMINATION DES COTISATIONS.....	9
3.5. RESILIATION DE L'ADHESION INDIVIDUELLE.....	5	7.2. PAIEMENT DES COTISATIONS.....	9
ARTICLE 4. INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR ET DU MEMBRE PARTICIPANT	5	7.3. REVISION DES COTISATIONS.....	9
4.1. INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR.....	5	7.4. NON-PAIEMENT DES COTISATIONS.....	9
4.2. INFORMATION DU MEMBRE PARTICIPANT.....	6	ARTICLE 8. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	10
ARTICLE 5. GARANTIES	6	8.1. PRESCRIPTION.....	10
5.1. PRISE D'EFFET DES GARANTIES.....	6	8.2. RECLAMATION – MEDIATION.....	10
5.2. CHOIX ET CHANGEMENT D'OPTION DE GARANTIES.....	6	8.2.1. Réclamation.....	10
5.3. CESSATION DES GARANTIES.....	6	8.2.2. Médiation.....	10
5.4. MAINTIEN DES GARANTIES.....	6	8.3. AUTORITE DE CONTROLE.....	10
5.5. FAUSSE DECLARATION.....	6	8.4. ACTION SOCIALE.....	10
		8.5. INFORMATIQUE ET LIBERTES.....	10
		8.6. LOI ET LANGUE APPLICABLE.....	10

PREAMBULE : LES PARTIES AU CONTRAT

Le présent contrat collectif à adhésion facultative « Frais de Santé » est conclu entre :

D'une part :

La Mutuelle PréviFrance, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité dont le siège social est situé au 80 rue Matabiau, BP 71269, 31012 TOULOUSE Cedex 6 immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776950669. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès.

D'autre part :

Le Souscripteur

Le Souscripteur du contrat est la collectivité territoriale ou l'établissement public dont les coordonnées sont précisées aux Conditions Particulières ; il doit être représenté par la personne dûment habilitée.

Les Employeurs

Il s'agit des collectivités territoriales ou établissements publics ayant qualité pour adhérer au présent contrat collectif d'assurance à adhésion facultative au profit des bénéficiaires.

ARTICLE 1. OBJET

Le présent contrat collectif Frais de santé à adhésion facultative a pour objet le remboursement de frais occasionnés par une maladie, un accident, ou une maternité, en complément des prestations en nature servies par le régime d'assurance maladie obligatoire français, au profit des agents actifs ou retraités des Employeurs qui adhèrent au présent contrat.

Le présent contrat respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et sera adapté en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire régissant ce dispositif.

Le présent contrat répond également

- aux critères sociaux de solidarité prévus par le Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et ses arrêtés sur la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.
- aux conditions définies par le Décret n°2022-581 du 20 avril 2022 et à l'article L. 827-10 du code général de la fonction publique

Le contrat est régi par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et les Statuts de la Mutuelle PréviFrance.

Il est constitué des présentes Conditions Générales, des Conditions Particulières et annexes, ainsi que des éventuels avenants.

ARTICLE 2. DATE D'EFFET - DUREE - RESILIATION – MODIFICATION DU CONTRAT

2.1. Date d'effet du contrat

La date d'effet du présent contrat collectif à adhésion facultative est fixée aux Conditions Particulières.

2.2. Durée du contrat

Conformément à l'article 19 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, le présent contrat collectif à adhésion facultative, conclu dans le cadre d'une convention de participation, est souscrit pour une durée de six ans à compter de la date d'effet.

Il peut être prorogé par la suite dans le cadre de la prorogation de la convention ou du renouvellement de la convention de participation.

Dans la mesure où le contrat est conclu dans le cadre d'une convention de participation, la Mutuelle s'engage, conformément à l'article 17 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011, à maintenir pour la durée de la susdite convention, les présentes conditions contractuelles et l'ensemble des options prévues dans les garanties proposées, ce hors modifications législatives ou réglementaires qui s'imposeraient aux Parties.

2.3. Résiliation de l'adhésion collective

La résiliation du contrat collectif à adhésion facultative s'effectue selon la procédure prévue par l'article 21 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 :

- en cas de non-respect des dispositions du décret susvisé, le Souscripteur en avise la Mutuelle, qui dispose d'un mois suite à réception de cet avis pour faire part de ses observations. Si le désaccord persiste, le Souscripteur peut confirmer la résiliation du contrat par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle. La résiliation prend effet au premier jour (00 heure) du deuxième mois suivant la réception de la lettre de résiliation ;
- en cas de non-renouvellement de la convention, le Souscripteur doit également confirmer la résiliation du présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle. La résiliation du contrat prend effet au premier jour (00 heure) du deuxième mois suivant la fin de la convention.

Les membres participants seront informés de cette résiliation, ou du non-renouvellement, par le Souscripteur dans le délai d'un mois à compter de sa décision.

Le souscripteur doit notamment informer les membres participants des conséquences qui peuvent en résulter pour eux en termes de majoration de cotisations pour toute année non cotisée à un contrat ou règlement éligible à la participation des collectivités territoriales ou établissements publics.

La résiliation du contrat entraîne la cessation des garanties et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date de résiliation.

La résiliation du contrat bloque toute nouvelle adhésion.

En revanche, les membres participants pourront demander à adhérer à titre individuel aux garanties santé proposées par la Mutuelle.

L'adhésion peut, en tout état de cause, être résiliée par la Mutuelle en cas de non-paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 7-4 des présentes conditions générales.

En cas de radiation individuelle de leur adhésion au présent contrat collectif à adhésion facultative, les membres participants ne pourront plus bénéficier de la participation du Souscripteur et devront assumer les conséquences qui peuvent en résulter pour eux en termes de majoration de cotisations pour toute année non cotisée à un contrat ou règlement éligible à la participation des collectivités territoriales ou établissements publics.

ARTICLE 3. ADHESION

L'employeur signe un bulletin d'adhésion Employeur.

L'employeur est l'interlocuteur de la Mutuelle pour la gestion de tout événement s'y rapportant.

3.1. Modalités d'adhésion

Adhésion par écrit

La personne physique désireuse d'adhérer à la Mutuelle doit compléter, dater et signer un bulletin d'adhésion indiquant le niveau de garantie choisi

La Mutuelle peut être amenée à demander des compléments d'informations ou des précisions sur les informations fournies. Dans le cas où un dossier d'adhésion reste incomplet, il est renvoyé au signataire et l'adhésion ne prend pas effet.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le contrat.

Dématérialisation

La Mutuelle peut proposer d'adhérer de façon dématérialisée. A cet effet, l'agent devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de la Mutuelle. Dans ce cadre, notamment le bulletin d'adhésion est signé électroniquement.

Signature électronique

La signature électronique est un procédé technique permettant de donner à un document sur support électronique la même valeur juridique que celle d'un écrit sur support papier. Elle peut être proposée par la Mutuelle pour la signature d'une adhésion en face à face en agence, à distance ou en ligne dans les conditions prévues par l'article L221-6-7 du Code de la Mutualité. Des Conditions Générales d'Utilisation viennent détailler les conditions dans lesquelles est réalisée la signature électronique. Après en avoir pris connaissance, la personne désireuse d'adhérer s'engage à en respecter les dispositions.

La signature électronique assure l'identification du signataire ; elle permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies au membre participant, dont les documents contractuels (bulletin d'adhésion, mandat SEPA, questionnaire médical, règlement mutualiste, fiche d'information...) transmis sur support durable à l'adresse e-mail et/ou sur son espace adhérent.

Conformément à l'article L.221-6-5 du Code de la Mutualité, le membre participant a le droit de s'opposer à l'utilisation du support numérique dès l'adhésion ou à n'importe quel moment. Il peut demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de l'adhésion.

Adhésion à distance

a. Définition

Le contrat est commercialisé à distance lorsqu'il est conclu sans qu'il y ait la présence physique et simultanée des parties.

b. Éléments communiqués à l'adhérent conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité

En temps utile avant l'adhésion à distance à un règlement, le futur membre participant reçoit les informations suivantes :

- la dénomination de la Mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro d'immatriculation au répertoire SIRENE, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle ainsi que, le cas échéant, l'adresse de la section mutualiste qui propose la couverture ;

- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant à l'adhérent de vérifier celle-ci ;

- la durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci ;

- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance ;

- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de renonciation doit être envoyée. L'adhérent doit également être informé du montant de cotisation que la Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation ;

- la loi sur laquelle la Mutuelle se fonde pour établir les relations précontractuelles avec l'adhérent ainsi que la loi

applicable au bulletin d'adhésion au règlement et la langue que la Mutuelle s'engage à utiliser, avec l'accord de l'adhérent, pendant la durée du bulletin d'adhésion au règlement ;

- les modalités d'examen des réclamations que l'adhérent peut formuler au sujet du bulletin d'adhésion au règlement y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ainsi que, le cas échéant, l'existence de fonds de garantie ou d'autres mécanismes d'indemnisation.

Les informations sur les conditions d'adhésion communiquées en phase précontractuelle doivent être conformes à la loi applicable au bulletin d'adhésion au règlement.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

Pour l'application de l'article L. 221-18, la Mutuelle ou l'union communique au membre participant les informations suivantes :

- Les modalités d'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation.

Ces informations, dont le caractère commercial doit apparaître sans équivoque, sont fournies de manière claire et compréhensible par tout moyen adapté à la technique de commercialisation à distance utilisée.

- En cas de communication par téléphonie vocale, le nom de la Mutuelle ou de l'union ainsi que le caractère commercial de l'appel sont indiqués sans équivoque au début de toute conversation avec le membre participant. La personne en contact avec le membre participant doit en outre préciser son identité et son lien avec la Mutuelle ou l'union.

Sous réserve de l'accord formel du membre participant, seules les informations visées aux 2°, 3° et 5° du III de l'article L. 221-18 peuvent lui être communiquées. Le membre participant est toutefois informé que les informations visées aux 1°, 4°, 6° et 7° peuvent lui être fournies sur demande.

En outre, la Mutuelle ou l'union est tenue de fournir l'ensemble des informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 lorsqu'elle remplit ses obligations en vertu de l'article L. 121-20-11 du Code de la consommation.

En cas d'adhésion par téléphone, l'enregistrement vocal de l'accord verbal donné par l'adhérent à l'adhésion le jour de l'entretien téléphonique et enregistré avec son consentement formalise l'adhésion.

En cas d'adhésion sur support digital, l'enregistrement informatique formalise l'adhésion.

Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Si l'adhésion a été réalisée dans le cadre d'un système de commercialisation à distance en application de l'article L221-18 du Code de la Mutualité, le membre participant dispose d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer. Ce délai est porté à 30 jours calendaires révolus en ce qui concerne les adhésions aux garanties Décès.

Ce délai commence à courir soit à compter de la date d'effet mentionnée sur son certificat d'adhésion, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L121-20-11 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle PréviFrance par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution de l'adhésion avant l'expiration du délai de renonciation devra s'acquitter du prorata de cotisation annuelle correspondant à la période écoulée entre la prise d'effet de l'adhésion et la renonciation.

Dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre de renonciation, la Mutuelle PréviFrance rembourse au membre participant les cotisations payées. Un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation figure ci-après :

« Je, soussigné(e)..... domicilié(e)..... déclare renoncer à mon adhésion du .../.../... au règlement mutualiste et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 30 jours prévus en matière de vente à distance. » Fait à ..., le ...,

(signature). A adresser à : Mutuelle PréviFrance - Santé Gestion des contrats - 80, rue Matabiau - BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 06.

Cette renonciation entraîne la cessation du droit aux garanties et à l'ensemble des prestations prévues.

3.2. Bénéficiaires du contrat

L'employeur s'engage à proposer l'adhésion au présent contrat exclusivement :

- à ses agents en activité (fonctionnaires ou agents non titulaires de droit public et de droit privé),
- aux agents admis à faire valoir leur droit à la retraite
- aux agents admis à la retraite au jour de la mise en place de la convention, à condition qu'ils effectuent leur demande formelle dans un délai de 6 mois à compter de la convention de participation

A la date de leur adhésion, les membres du personnel garanti deviennent membres participants de la Mutuelle.

L'employeur s'engage à informer mensuellement le prestataire des démissions, radiations, cessations d'activité suite à un congé parental ou une mise en disponibilité pour convenance personnelle, mises à disposition, mutations, révocations, retraites, décès ou exclusions de ses adhérents et/ou assurés, ainsi que de leur date d'effet.

La Mutuelle pourra demander périodiquement à l'employeur de valider que les agents adhérents au présent contrat font toujours partie de ses effectifs.

Les agents, actifs ou retraités, qui souhaitent adhérer au présent contrat doivent adresser à la Mutuelle leur bulletin individuel d'adhésion dûment rempli et signé dans les conditions convenues avec le souscripteur.

Doivent être joints, tous les documents nécessaires à la Mutuelle pour l'enregistrement de l'adhésion et notamment :

- Une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide
- Une copie de votre attestation jointe à la carte Vitale ainsi que celles des bénéficiaires inscrits sous leur propre numéro auprès de la Sécurité sociale.
- un justificatif de la qualité d'ayant droit ;
- un relevé d'identité bancaire pour le prélèvement des cotisations et le versement des prestations.

La Mutuelle peut réclamer tout document complémentaire qui lui serait utile pour le traitement du dossier.

Afin de faciliter le règlement des prestations, la Mutuelle doit également être informée, dès leur survenance, de tout changement sur les données personnelles et familiales indiquées sur le bulletin d'adhésion (adresse, coordonnées bancaires, mise à jour des ayants droit...).

Par la signature du bulletin d'adhésion, les personnes garanties deviennent membres participants de la Mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par les présentes conditions générales, les conditions particulières, annexes et avenants.

3.3. Couverture des ayants droit

Les membres participants peuvent éventuellement couvrir leurs ayants droit.

L'affiliation des ayants droit aux garanties est subordonnée à l'adhésion du membre participant.

Les ayants droit sont affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

Le changement d'option de garanties du membre participant entraîne automatiquement celui de ses ayants droit.

Les ayants droit cessent de bénéficier des garanties en même temps que le membre participant ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit.

Sauf définition spécifique indiquée dans les Conditions Particulières, peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant, les personnes physiques suivantes :

- a. son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou son concubin notoire ;
- b. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a., jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ou jusqu'à leur vingt-sixième anniversaire s'ils poursuivent des études ou une formation en alternance, ou sont en contrat d'apprentissage, d'insertion ou de professionnalisation, ou sont inscrits à Pôle Emploi à la recherche de leur premier emploi et non indemnisés ;
- c. les enfants du membre participant et/ou des personnes définies au a. sans condition d'âge s'ils sont handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

L'inscription de l'enfant d'une personne définie au a. n'est possible qu'à la condition que cette dernière soit inscrite à la Mutuelle.

Le membre participant s'engage à fournir à tout moment à la Mutuelle la preuve de la qualité d'ayant droit de chaque personne inscrite comme telle. Le membre participant a l'obligation d'informer la Mutuelle, dès leur survenance, de toute modification des informations qu'il a fournies.

3.4. Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion :

- **prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion adressé au membre participant par la Mutuelle et s'achève le 31 décembre de l'année d'adhésion, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation ;**
- **se renouvelle ensuite, annuellement, au 1er janvier, par tacite reconduction dans le respect de la réglementation en vigueur.**

3.5. Résiliation de l'adhésion individuelle

Le membre participant peut demander la résiliation de son adhésion :

- au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité, au moins deux mois avant la date d'échéance de fin d'année,
- à tout moment, à l'issue de la première année d'adhésion (12 mois), conformément à l'article L. 221-10-2 du code de la mutualité relatif au droit à la résiliation infra annuelle.
- dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice l'informant d'une modification de ses droits ou obligations.

ARTICLE 4. Information du souscripteur et du membre participant

4.1. Information du Souscripteur

La Mutuelle remet les Statuts, Conditions Générales, Conditions Particulières, annexes et éventuels avenants au Souscripteur ainsi que le document d'information normalisé sur le produit d'assurance.

La Mutuelle communique avant l'adhésion, puis annuellement les ratios Prestations/Cotisations et Frais de gestion/Cotisations ainsi que la composition des frais de gestion relatifs aux garanties Complémentaire Santé de l'ensemble de son portefeuille selon les modalités précisées par un arrêté du Ministre chargé de la Santé.

4.2. Information du membre participant

La Mutuelle transmet au Souscripteur une notice qui décrit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Conformément aux dispositions de l'article L.221-6 du Code de la mutualité, le Souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque membre participant.

Le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant des modifications apportées à ses droits et obligations et de lui remettre la notice rectifiée en conséquence.

La preuve de la remise de la notice d'information et des Statuts aux membres participants incombe au Souscripteur.

Le Souscripteur a l'obligation d'informer chaque membre participant préalablement à la résiliation du contrat.

ARTICLE 5. GARANTIES

5.1. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque membre participant à la date inscrite sur son certificat d'adhésion, établi par la Mutuelle suite à réception de son bulletin d'adhésion dûment rempli et complété des justificatifs nécessaires à l'enregistrement.

Les garanties prennent effet pour chaque ayant droit à la date inscrite sur le certificat de confirmation d'affiliation, établi suite à réception par la Mutuelle de la demande d'affiliation dûment complétée et justifiée.

5.2. Choix et changement d'option de garanties

Sur son bulletin d'adhésion le membre participant indique son choix de garanties. Ce choix vaut pour lui-même et ses éventuels ayants droit.

Sauf demande écrite de changement d'option de garanties, dans les conditions décrites ci-après, l'option de garantie est reconduite chaque année par tacite reconduction.

Le membre participant peut demander à changer d'option ou à radier l'option de garanties facultatives dans les conditions suivantes :

- après au moins un an d'adhésion sur les mêmes garanties, pour une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivante, sous réserve que sa demande soit reçue par la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- dans le délai d'un mois suivant la transmission de la notice informant le membre participant d'une modification de ses droits et obligations afférents à l'option de garanties santé dont il bénéficiait ;
- dans les trois mois suivant un changement de sa situation de famille (affiliation ou radiation d'ayants droit), pour une prise d'effet au premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de sa demande complétée de toutes les pièces justificatives.

Le membre participant et ses ayants droits doivent en tout état de cause bénéficier de la même option de garanties.

5.3. Cessation des garanties

Les garanties cessent de produire leurs effets :

- lorsque l'assuré quitte la collectivité,
- En cas de non-paiement de la cotisation ;
- En cas de cessation d'activité pour les assurés admis à faire valoir leurs droits à la retraite sauf dans le cas où ils adhèrent en qualité de retraité au présent contrat, au décès de l'assuré : dans ce cas, les garanties pourront être maintenues à la demande des ayants droit, même s'ils ne remplissent pas les conditions d'adhésion ;
- À la date d'effet de radiation de l'assuré des effectifs de la collectivité adhérente ;
- À la date d'effet de résiliation de la présente convention de participation.

La garantie cesse de produire effet au dernier jour du mois de l'évènement.

Lors de la radiation du membre participant, les garanties de ses éventuels ayants droit cessent concomitamment.

Le membre participant a également l'obligation d'informer la Mutuelle lorsque ses ayants droit ne répondent plus à la définition stipulée aux Conditions Générales ou Particulières du présent contrat et de demander la radiation de leur affiliation.

5.4. Maintien des garanties

Les garanties de prestations et de tarif pourront être maintenues à titre individuel, sous réserve que les personnes concernées en fassent la demande expresse dans le mois suivant la cessation de leur fonction, en cas de :

- Détachement - disponibilité ;
- Congé parental ;
- Congé sans solde ;
- Congé pour présence parentale ou accompagnement d'une personne en fin de vie ;
- Congé sabbatique visé à l'article L. 122-32-12 et suivants du Code du travail

5.5. Fausse déclaration

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant 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.

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La Mutuelle restitue alors au membre participant 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.

Déchéance en cas de fraude

Toute fraude ou tentative de fraude caractérisée par l'utilisation de moyens frauduleux ou la production de documents falsifiés (faux décomptes, fausses factures, faux bulletins d'hospitalisation ...) fait perdre tout droit à prestation au membre participant ou à l'ayant droit qui porte ainsi atteinte aux intérêts de la Mutuelle. Les prestations déjà versées à tort par la Mutuelle dans ces conditions seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Toute personne dont la fraude est avérée pourra être exclue de la Mutuelle dans les conditions de l'article 8 des statuts. Elle s'expose également à des poursuites pénales engagées par la Mutuelle.

5.6. Indus

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers payant.

En cas de versement de prestations se révélant indu, la Mutuelle se réserve le droit de :

- compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur, ou
- solliciter le remboursement de la prestation induite versée.

5.7. Descriptif des garanties

Le descriptif des tableaux de garanties de la garantie de Frais de Santé est détaillé dans l'annexe jointe aux Conditions Particulières du présent contrat.

La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime d'assurance maladie obligatoire français et éventuellement, sur prescription médicale, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés part Sécurité sociale incluse.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

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 du membre participant, ou de l'ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables », détaillé notamment dans l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment,

• sont expressément exclues des prestations :

- la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L 160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;
- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13 III du Code de la Sécurité sociale).
- la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
- la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.

• Les remboursements respectent les obligations :

- o de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
- o de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
- o de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ;
- o de prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans les conditions suivantes :

- à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 pour les verres et les montures appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre, dans les conditions définies par la liste prévue par le même article ;
- dans le respect de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, pour l'acquisition d'équipements composés de verres ou d'une monture appartenant à une classe prévue à l'article L. 165-1 autre que celles à prise en charge renforcée susmentionnée, ainsi que dans le respect des conditions prévues à l'article D911-1 du code de la Sécurité sociale ;

La prise en charge est limitée à l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1, notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue.

- o de prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention prévue à l'article L. 162-9 ou, en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2, pour les actes définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction du service rendu et des caractéristiques esthétiques ;
- o à compter du 1^{er} janvier 2021, de la prise en charge des dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'aides auditives dans les conditions suivantes :
 - à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3, pour les appareils appartenant à une classe à prise en charge renforcée définie en application du deuxième alinéa de l'article L. 165-1 ;
 - au maximum à 1 700 euros par aide auditive, incluant la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et la participation mentionnée au 1° pour les appareils appartenant à une classe autre que celles à prise en charge renforcée.

La prise en charge est limitée aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de quatre ans dans les conditions précisées par la liste prévue à l'article L. 165-1.

5.8. Révision des garanties

Des modifications du cadre législatif ou réglementaire et la parution de nouveaux textes d'application pourront impliquer l'adaptation du présent contrat pour mise en conformité avec les nouvelles règles. Le contrat sera notamment adapté en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ».

En cas de désaccord sur ces adaptations, les Parties pourront résilier le contrat par envoi de lettre recommandée, dans le mois qui suit la notification de cette révision.

Les Parties au contrat peuvent également souhaiter faire évoluer les garanties. Ces modifications font l'objet d'un avenant signé par le Souscripteur et la Mutuelle.

L'information de chaque membre participant sur les modifications impactant sa couverture est de la responsabilité du Souscripteur.

ARTICLE 6. PRESTATIONS

6.1. Conditions de paiement des prestations

Le versement des prestations intervient, en principe, par règlement direct au membre participant sur présentation des pièces justificatives des débours.

Cependant dans le cadre d'accords dits de « Tiers-Payant », la Mutuelle peut s'acquitter directement des dépenses engagées pour le membre participant ou ses ayants droit auprès des établissements hospitaliers ou de certains praticiens.

Pour obtenir le paiement des prestations, en dehors des cas de « Tiers Payant » ou de procédures de télétransmission avec les organismes d'Assurance Maladie Obligatoire, le membre participant doit adresser à la Mutuelle dans les plus brefs délais :

- les originaux acquittés des notes d'honoraires et les factures de prestations ;
- les décomptes originaux du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ;
- de façon générale, tout document justificatif, utile et proportionné que la Mutuelle pourrait demander.

Dans le cas où ces documents sont transmis par voie dématérialisée, les originaux doivent être conservés par le membre participant ou ses ayants droits afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle ; ceci pour la durée de prescription, soit 2 ans à compter de la date des soins.

La Mutuelle rembourse les soins effectués par des praticiens non conventionnés, sur la base du remboursement (Tarif d'autorité) transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Quelle que soit la garantie choisie, en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge.

Dans le cas des frais de transport, la Mutuelle intervient en complément de l'assurance maladie obligatoire.

Lorsque le membre participant ou un bénéficiaire utilise un véhicule personnel, si le tableau de garantie prévoit un remboursement supérieur à 100%, part de l'assurance maladie obligatoire incluse, le remboursement s'effectue sur la base du barème kilométrique fiscal en vigueur à la date du transport, sur présentation de :

- La copie de l'état de frais adressé à l'assurance maladie obligatoire
- Le décompte de l'assurance maladie obligatoire
- La copie de la carte grise du véhicule

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa cessation pour quelle que cause que ce soit) sont remboursables par la Mutuelle, la date de soins faisant foi.

Les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ainsi que les hospitalisations antérieures, programmées ou en cours à cette date ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Lorsque la prise en charge d'une chambre particulière est prévue par la garantie, la Mutuelle rembourse uniquement l'hébergement en chambre individuelle et ne prend pas en compte les services et prestations optionnels.

Lorsque la prise en charge des frais d'accompagnement est prévue par la garantie, ils sont remboursés au membre participant.

Si la garantie prévoit des prestations annexes liées à une hospitalisation, la Mutuelle pourra les prendre en charge dans la

mesure où l'hospitalisation aura donné lieu à un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Le traitement des prestations s'effectue à réception du dossier complet des pièces justificatives demandées par la Mutuelle. A ce moment, le paiement est réalisé sous 48h pour les demandes de remboursement reçues par télétransmission et sous 10 jours pour les décomptes et factures envoyés par courrier.

Dans le cas où ces documents sont transmis par voie dématérialisée, les originaux doivent être conservés par le membre participant ou ses ayants droits afin de pouvoir les présenter en cas de contrôle ; ceci pour la durée de prescription, soit 2 ans à compter de la date des soins.

Pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à la Mutuelle, avant la date de prescription, soit dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

6.2. Contrôle

Si, après avoir payé un professionnel de santé, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts, ou que le remboursement dépasse la limite des garanties souscrites, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte dans les conditions de l'article 8.4.

Dans tous les cas, la Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute, utile et proportionnée, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

La Mutuelle peut à tout moment faire procéder aux visites médicales, contrôles et enquêtes qu'elle jugera nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuité du service des prestations au titre du présent règlement. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, utile et proportionnée avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées. En cas de refus du membre participant ou de son ayant-droit de se soumettre à ce contrôle, ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable au membre participant ou à son ayant-droit, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues. En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par le membre participant ou de son ayant-droit, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers. Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, en cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et le membre participant. En cas de fraude avérée, le membre participant ou son ayant droit supportera la totalité des honoraires du tiers expert. L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et le membre participant ou son ayant droit.

Dentaire

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien-dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

6.3. Tiers payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie de tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords passés avec les professionnels de santé et la Mutuelle Prévoyance, sur présentation de la carte Mutuelle, en cours de

validité. En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

Le membre participant s'engage à :

- n'utiliser sa carte de délégation de paiement (Tiers-Payant) que s'il est à jour de ses cotisations à la date des soins ;
- détruire en cas de changement de garanties son ancienne carte et présenter la nouvelle aux Professionnels de Santé à compter de sa date d'effet ;
- détruire et ne plus utiliser sa carte en cas de cessation de sa garantie, quel qu'en soit le motif.

Dans le cas d'une utilisation non conforme, le membre participant s'engage à acquitter auprès de la Mutuelle la dette dont il serait alors redevable.

6.4. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur. Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

6.5. Territorialité

Seuls les frais faisant l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire française pourront être pris en charge par la Mutuelle.

En cas de frais de santé imprévus engagés à l'étranger, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'Etat français ; le taux de conversion monétaire utilisé est identique à celui utilisé par le régime d'Assurance Maladie.

Toutefois, la Mutuelle pourra rembourser selon les taux indiqués dans les tableaux de garantie sous réserve de recevoir :

- l'original ou la copie :
 - des factures acquittées et des prescriptions médicales (traduites en français) ;
 - du formulaire S3125 intitulé "Soins reçus à l'étranger"
- l'original :
 - du décompte de l'Assurance Maladie obligatoire ;
 - ainsi que, le cas échéant, du décompte du premier organisme complémentaire.

Dans tous les cas, la Mutuelle rembourse sur la base des taux et des remboursements français dans la limite des frais engagés ; si des prestations annexes à ces soins ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, elles seront remboursées par la Mutuelle de la même manière qu'en France, si le tableau de garantie les prévoit.

ARTICLE 7. COTISATIONS

7.1. Détermination des cotisations

Les taux et assiettes ou montants de cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières.

Ces montants sont notamment établis en fonction des garanties choisies et dans le respect des principes mutualistes.

La tarification des garanties répond également aux principes de solidarité intergénérationnelle et familiale décrits dans le décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011.

Ainsi, le rapport entre la cotisation due par le membre participant âgé de plus de trente ans acquittant le montant le plus élevé et la cotisation due par le membre participant de plus de trente ans

acquittant le montant le moins élevé ne peut être supérieur à trois, à charge de famille identique et pour les mêmes garanties.

De plus, les tarifs des familles les plus nombreuses n'excèdent pas ceux prévus pour les familles comprenant trois enfants.

Les montants des cotisations intègrent les taxes et prélèvements fixés par la législation et réglementation en vigueur spécifiques aux risques garantis. Toute évolution sera intégrée au calcul des cotisations à la date d'application des nouveaux textes.

7.2. Paiement des cotisations

Pour les membres participants en activité, le Souscripteur est tenu au paiement de la cotisation du Membre Participant et éventuellement des Bénéficiaires, dont la couverture est facultative. Les cotisations sont prélevées mensuellement sur les traitements des agents et sont reversées mensuellement à la Mutuelle PréviFrance à terme échu.

Pour les membres participants retraités ou qui bénéficient d'un maintien des garanties à titre individuel, la cotisation payable mensuellement d'avance et est appelée directement par la Mutuelle PréviFrance auprès du Membre Participant pour sa propre adhésion et celle de ses Bénéficiaires,

7.3. Révision des cotisations

Dans la mesure où le présent contrat est conclu au titre d'une convention de participation, la Mutuelle s'engage sur sa tarification pour la durée de la convention. Cependant, la Mutuelle a la possibilité de faire varier son tarif, dans les cas définis par l'article 20 du décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 et si le changement revêt un caractère significatif :

- aggravation de la sinistralité ;
- variation du nombre d'agents et de retraités adhérents, à la hausse comme à la baisse ;
- évolutions démographiques ;
- modification de la réglementation : par exemple, diminution des remboursements par le régime d'assurance maladie obligatoire, modification des couvertures statutaires, renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs.

La Mutuelle pourra également faire varier son tarif en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ».

La Mutuelle adresse l'avenant modificatif au Souscripteur qui a la charge de tout mettre en œuvre pour rendre ces modifications opposables aux membres participants concernés.

7.4. Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L221-8 du Code de la Mutualité :

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, le Souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être

exclu du groupe. En l'espèce, il pourra être exclu, ainsi que ses ayants droit, des éventuelles options de garanties supplémentaires facultatives et non de la garantie Frais de santé de base obligatoire. L'exclusion peut aussi viser les ayants droit à titre facultatif en cas de non-paiement par le membre participant de la quote-part afférente à leur couverture.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties facultatives 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 cotisations.

La procédure prévue au I est applicable au Souscripteur qui s'est engagé à participer également au financement des opérations facultatives et ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus ce risque.

ARTICLE 8. INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

8.1. Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion à la Mutuelle est prescrite dans un délai de DEUX ANS à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

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.

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.

Les demandes de remboursement notamment doivent être présentées dans les plus brefs délais à la Mutuelle ; elles ne seront plus prises en compte passé ce délai de prescription.

8.2. Réclamation – Médiation

8.2.1. Réclamation

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle PréviFrance « Réclamation Santé Adhérents » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6 par courrier recommandé avec accusé de réception.

8.2.2. Médiation

En l'absence de réponse dans les 2 mois ou si le différent persiste et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige, le membre participant ou ses ayants droit pourront, saisir gratuitement le Médiateur de la Mutuelle.

Le Médiateur est saisi :

- soit par courrier avec accusé de réception adressé à : CM2C - 14 RUE SAINT JEAN - 75017 Paris
- soit par voie électronique sur le site internet de CM2C : cm2c.net
- soit par mail à cm2c@cm2c.net accompagné de l'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier.

8.3. Autorité de contrôle

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 9.

8.4. Action sociale

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant et ses ayants droit affiliés à l'Action sociale de la Mutuelle.

8.5. Informatique et libertés

Conformément à la réglementation sur la protection des données, les informations communiquées sont destinées à la Mutuelle PréviFrance en sa qualité de responsable de traitement. Elles sont collectées pour la passation, la gestion et l'exécution de vos adhésions ainsi qu'à des fins de contrôle interne, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, de lutte contre la fraude à l'assurance, et sauf opposition à des fins de prospection commerciale. La réception et le traitement des documents comportant des informations médicales par les salariés de la Mutuelle PréviFrance sont effectués dans le respect des procédures internes limitant le nombre de personnes ayant accès à ces renseignements et garantissant leur confidentialité. Ces personnes sont toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au secret professionnel.

Dans ce cadre, les salariés de la Mutuelle PréviFrance pourront traiter l'ensemble des informations médicales. Concernant les dossiers de Prévoyance, en cas de refus écrit de l'adhérent/prospect, ces informations seront traitées par le Médecin conseil uniquement.

Ces données font aussi l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes des obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur incombant à la Mutuelle PréviFrance et à PREDICA, coassureur du présent contrat.

Aucune des données à caractère personnel n'est transmise à des tiers autres que les entités PréviFrance et ses éventuels délégués de gestion.

Pour plus d'informations, les membres participants peuvent consulter la Charte de protection des données mise à disposition par la Mutuelle.

Les membres participants et leurs ayants droit disposent à tout moment d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité et d'opposition pour motifs légitimes aux données personnelles les concernant. Pour exercer ce droit, la demande doit être adressée, accompagnée d'un justificatif d'identité en cours de validité à : Mutuelle PREVIFRANCE - Protection des données- 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE cedex 6, ou par e-mail à : protection.donnees@previfrance.fr

Le membre participant ayant communiqué ses coordonnées téléphoniques à la Mutuelle est informé, en application de l'article L.121-34 du Code de la Consommation, qu'il a le droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique dite « Bloctel » : accessible par le lien www.bloctel.gouv.fr.

8.6. Loi et langue applicable

La loi applicable est la loi française. La langue applicable au présent règlement est la langue française.

Tableau de garantie M2835A en vigueur au 01/01/2026

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)	M2835A
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	100 % BR
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Pharmacie :	
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Matériel Médical :	
Petits appareillages	100 % BR
Grands appareillages	100 % BR
HOSPITALISATION (2)	M2835A
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Si acte médical supérieur à 120€ prise en charge du forfait	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	100 % BR
Frais de séjour	100 % BR
Forfait journalier	100 % Frais réels
Forfait patient urgence	100 % Frais réels
OPTIQUE (3)	M2835A
 Equipement 100% Santé* (monture et verres classe A) :	Remboursement intégral
Equipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) :	
- Verre simple	30 €/verre
- Verre complexe	80 €/verre
- Verre très complexe	80 €/verre
- Monture	40 €
Avantage adhérent Equipement si achat dans un espace optique PréviFrance	
- D'un équipement à verres simples Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR
Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an



DENTAIRE (4)

M2835A

 Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge) :	Remboursement intégral
Soins et consultations	100 % BR
Inlay-onlay	125 % BR
Prothèses (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) remboursées par l'AMO	125 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	125 % BR
Orthodontie remboursée par l'AMO	125 % BR
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	125 % BR
Plafond dentaire annuel appliqué à un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :	2500 €
Orthodontie remboursée par l'AMO, Soins et consultations, Prothèses remboursées par l'AMO, Inlay-core et Inlay-core à clavettes, Implantologie remboursée par l'AMO, Parodontologie remboursée par l'AMO, Prothèses non remboursées par l'AMO, Orthodontie non remboursée par l'AMO, Implantologie non remboursée par l'AMO, Parodontologie non remboursée par l'AMO	

AIDES AUDITIVES (5)

M2835A

 Equipement 100% Santé* (Classe 1)	Remboursement intégral
Equipement hors 100% Santé (Classe 2) :	
Aides auditives moins de 20 ans	100 % BR
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR
Piles et autres accessoires	100 % BR
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille

TRANSPORT

M2835A

Transport	100 % BR
-----------	----------

LES PLUS

M2835A

Cures Thermales : honoraires de surveillance médicale forfait thermal	100 % BR
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR

Cette garantie est conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elle sera automatiquement adaptée en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

Mentions Complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)

- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le matériel médical est pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

HOSPITALISATION (2)

- Dans les établissements hospitaliers, chaque service a un numéro de discipline médico-tarifaire (DMT), lui-même rattaché à un secteur hospitalier : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Psychiatrie (PSY).
- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.

OPTIQUE (3)

- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
 - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
 - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
 - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.
- En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique.
Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420€, un équipement complexe : 700€, un équipement très complexe : 800€, un équipement simple et complexe : 560€, un équipement simple et très complexe : 610€, ou un équipement complexe et très complexe : 750€.

DENTAIRE (4)

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.
- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.
- Le plafond dentaire annuel concerne les actes figurant au recto. Les prothèses et l'orthodontie remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge par la mutuelle dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 125%.

AIDES AUDITIVES (5)

- L'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des Contrats Responsables (1700€/oreille). En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans la limite du plafond des « contrats responsables ».

VOS SERVICES

- Assistance : 0 810 638 440 (Voir Annexe ASSISTANCE)
- Médaviz : Service de téléconsultation médicale (24h/24 - 7j/7), connectez-vous à votre espace adhérent pour y accéder.

Tableau de garantie M2835B en vigueur au 01/01/2026

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)	M2835B
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologue,...)	200 % BR
Analyses et examens de laboratoire	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Pharmacie :	
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Matériel Médical :	
Petits appareillages	200 % BR
Grands appareillages	250 % BR
HOSPITALISATION (2)	M2835B
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Si acte médical supérieur à 120€ , prise en charge du forfait	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	180 % BR
Frais de séjour	200 % BR
Forfait journalier	100 % Frais réels
Forfait patient urgence	100 % Frais réels
Chambre particulière en ambulatoire : illimitée	60 €/jour
Chambre particulière :	60 €/jour
Chirurgie illimitée, Médecine illimitée, Maternité illimitée	
Frais d'accompagnement	25 €/jour
Moins de 16 ans illimités, Plus de 70 ans illimités	
OPTIQUE (3)	M2835B
 Équipement 100% Santé* (monture et verres classe A) :	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) :	
- Verre simple	70 €/verre
- Verre complexe	120 €/verre
- Verre très complexe	170 €/verre
- Monture	90 €
Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique PréviFrance	
- D'un équipement à verres simples Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées par l'AMO	150 €/an
Forfait Lentilles non remboursées par l'AMO	150 €/an
Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	200 €/œil

DENTAIRE (4)
 Soins et Prothèses 100% Santé* (panier sans reste à charge) :

	M2835B
Soins et consultations	Remboursement intégral
Inlay-onlay et overlay	200 % BR
Prothèses (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) remboursées par l'AMO	200 % BR
Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)	325 % BR
Prothèses non remboursées par l'AMO	200 % BR
Prothèses provisoires non remboursées par l'AMO	300 €/an
Orthodontie remboursée par l'AMO	300 €/an
Orthodontie non remboursée par l'AMO	325 % BR
Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO	600 €/an
Implantologie non remboursée par l'AMO	325 % BR
Parodontologie non remboursée par l'AMO	600 €/an
Plafond dentaire annuel appliqué à un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :	250 €/an
	3000 €

Orthodontie remboursée par l'AMO, Soins et consultations, Prothèses remboursées par l'AMO, Inlay-core et Inlay-core à clavettes, Implantologie remboursée par l'AMO, Parodontologie remboursée par l'AMO, Prothèses non remboursées par l'AMO, Orthodontie non remboursée par l'AMO, Implantologie non remboursée par l'AMO, Parodontologie non remboursée par l'AMO, Inlay-onlay et overlay

AIDES AUDITIVES (5)
 Equipement 100% Santé* (Classe 1)

	M2835B
Equipement hors 100% Santé (Classe 2) :	Remboursement intégral
Aides auditives moins de 20 ans	100 % BR
Forfait aides auditives moins de 20 ans	-
Aides auditives plus de 20 ans	100 % BR
Forfait aides auditives plus de 20 ans	250 €/oreille
Piles et autres accessoires	100 % BR
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille

TRANSPORT

	M2835B
Transport	200 % BR

LES PLUS (6)

	M2835B
Cures Thermales : honoraires de surveillance médicale frais de séjour	100 % BR
Cures Thermales : remboursées par l'AMO	200 €/an
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :	100 €/an
Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathe, Homéopathe, Hypnose, Kinésologue, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Sophrologue, Naturopathe, Méthode Mézières	
Forfait Densitométrie osseuse	30 €/an
Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables	100 €/an
Forfait Sevrage tabagique	40 €/an
Vaccins anti-grippe	100 % Frais réels
Vaccins non remboursés par l'AMO	20 €/an
Forfait maternité	300 €
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 % BR

Cette garantie est conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elle sera automatiquement adaptée en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

Le remboursement des honoraires non conventionnés se fait sur la base du taux de remboursement des praticiens non-signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO.

Mentions Complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)

- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le matériel médical est pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

HOSPITALISATION (2)

- Dans les établissements hospitaliers, chaque service a un numéro de discipline médico-tarifaire (DMT), lui-même rattaché à un secteur hospitalier : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Psychiatrie (PSY).
- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.
- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation uniquement dans les secteurs hospitaliers précisés dans le tableau de garanties. La prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.
- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnement et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

OPTIQUE (3)

- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
 - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
 - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
 - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.
- En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420€, un équipement complexe : 700€, un équipement très complexe : 800€, un équipement simple et complexe : 560€, un équipement simple et très complexe : 610€, ou un équipement complexe et très complexe : 750€.

DENTAIRE (4)

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.
- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.
- Le plafond dentaire annuel concerne les actes figurant au recto. Les prothèses et l'orthodontie remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge par la mutuelle dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 125%.

AIDES AUDITIVES (5)

- L'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des Contrats Responsables (1700€/oreille). En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans la limite du plafond des « contrats responsables ».

LES PLUS (6)

- Les médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % la Mutuelle rembourse ces médicaments sur présentation de la facture originale acquittée.
- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline (numéro ADEL ou RPPS ou FINESS).

VOS SERVICES

- Assistance : 0 810 638 440 (Voir Annexe ASSISTANCE)
- Médaviz : Service de téléconsultation médicale (24h/24 - 7j/7), connectez-vous à votre espace adhérent pour y accéder.

Tableau de garantie M2835C en vigueur au 01/01/2026

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)	M2835C
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites généralistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Honoraires médicaux - Consultations, visites spécialistes Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Honoraires paramédicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, psychologue...)	300 % BR
Analyses et examens de laboratoire	300 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Actes techniques médicaux OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Actes techniques médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Pharmacie :	
Médicaments remboursés à 15%	100 % BR
Médicaments remboursés à 30%	100 % BR
Médicaments remboursés à 65%	100 % BR
Actes de petite chirurgie OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Actes de petite chirurgie Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Matériel Médical :	
Petits appareillages	300 % BR
Grands appareillages	350 % BR
HOSPITALISATION (2)	M2835C
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Si acte médical supérieur à 120€ , prise en charge du forfait	24 €
Honoraires médicaux OPTAM/OPTAM-CO	300 % BR
Honoraires médicaux Hors OPTAM/OPTAM-CO	200 % BR
Frais de séjour	300 % BR
Forfait journalier	100 % Frais réels
Forfait patient urgence	100 % Frais réels
Chambre particulière en ambulatoire : illimitée	60 €/jour
Chambre particulière :	90 €/jour
Chirurgie illimitée, Médecine illimitée, Maternité illimitée	
Frais d'accompagnement	55 €/jour
Moins de 16 ans illimités, Plus de 70 ans illimités	
OPTIQUE (3)	M2835C
 Remboursement intégral	Remboursement intégral
Équipement hors 100% Santé (monture et verres classe B) :	
- Verre simple	100 €/verre
- Verre complexe	220 €/verre
- Verre très complexe	260 €/verre
- Monture	100 €
Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique PréviFrance	
- D'un équipement à verres simples Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes Dans la limite des plafonds des "Contrats Responsables"	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 % BR
Forfait Lentilles remboursées par l'AMO	250 €/an
Forfait Lentilles non remboursées par l'AMO	250 €/an
Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	400 €/œil

DENTAIRE (4)


Remboursement intégral

Soins et consultations
Inlay-onlay et overlay
Prothèses (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres) remboursées par l'AMO

Inlay-core et inlay-core à clavettes (Paniers à reste à charge maîtrisé et tarifs libres)

Prothèses non remboursées par l'AMO

Prothèses provisoires non remboursées par l'AMO

Orthodontie remboursée par l'AMO

Orthodontie non remboursée par l'AMO

Implantologie et parodontologie remboursées par l'AMO

Implantologie non remboursée par l'AMO

Parodontologie non remboursée par l'AMO

Plafond dentaire annuel appliqué à un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :

Orthodontie remboursée par l'AMO, Soins et consultations, Prothèses remboursées par l'AMO, Inlay-core et Inlay-core à clavettes, Implantologie remboursée par l'AMO, Parodontologie remboursée par l'AMO, Prothèses non remboursées par l'AMO, Orthodontie non remboursée par l'AMO, Implantologie non remboursée par l'AMO, Parodontologie non remboursée par l'AMO, Inlay-onlay et overlay

M2835C

Remboursement intégral

300 % BR

300 % BR

450 % BR

300 % BR

550 €/an

550 €/an

450 % BR

800 €/an

450 % BR

1300 €/an

350 €/an

3200 €

AIDES AUDITIVES (5)


Remboursement intégral

Equipement hors 100% Santé (Classe 2) :
Aides auditives moins de 20 ans

Forfait aides auditives moins de 20 ans

Aides auditives plus de 20 ans

Forfait aides auditives plus de 20 ans

Piles et autres accessoires
Aides auditives - Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance

M2835C

Remboursement intégral

100 % BR

-

100 % BR

600 €/oreille

100 % BR

+ 100 €/oreille

TRANSPORT
Transport
M2835C

300 % BR

LES PLUS (6)
Cures Thermales : honoraires de surveillance médicale, frais de séjour

Cures Thermales : remboursées par l'AMO

Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire :

Acupuncteur, Chiropracteur, Diététicien, Ergothérapeute, Etiopathe, Homéopathe, Hypnose, Kinésologue, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure, Podologue, Psychologue, Psychomotricien, Sophrologue, Naturopathe, Méthode Mézières.

Forfait Densitométrie osseuse
Médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables

Forfait Sevrage tabagique
Vaccins anti-grippe

Vaccins non remboursés par l'AMO

Forfait maternité
Actes de prévention remboursés par l'AMO

M2835C

100 % BR

500 €/an

200 €/an

50 €/an

150 €/an

80 €/an

100 % Frais réels

40 €/an

450 €/an

100 % BR

Cette garantie est conforme à la législation en vigueur sur les contrats responsables. Elle sera automatiquement adaptée en fonction des évolutions législatives et réglementaires. Si vous êtes hors parcours de soins coordonnés, votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires.

Le remboursement des honoraires non conventionnés se fait sur la base du taux de remboursement des praticiens non-signataires de l'OPTAM/OPTAM-CO.

Mentions Complémentaires

Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (BR) ou en euros. Les remboursements exprimés en BR, les forfaits équipements optiques et aides auditives sont pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; ils incluent la part de remboursement de l'AMO. Les remboursements sont limités aux frais engagés et aux montants indiqués dans le tableau de garantie sur présentation des factures acquittées.

Les forfaits hors équipement optique et aides auditives sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre.

SOINS COURANTS (1)

- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le matériel médical est pris en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

HOSPITALISATION (2)

- Dans les établissements hospitaliers, chaque service a un numéro de discipline médico-tarifaire (DMT), lui-même rattaché à un secteur hospitalier : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) ou Psychiatrie (PSY).
- La réglementation impose la différenciation de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré ou non à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM /OPTAM-CO) si le médecin n'a pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO, votre contrat ne pourra prendre en charge ses dépassements d'honoraires que minoré de 20% BR par rapport à ceux d'un médecin ayant adhéré et dans tous les cas à hauteur maximale de 100 % BR.
- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.
- Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.
- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation uniquement dans les secteurs hospitaliers précisés dans le tableau de garanties. La prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond et du nombre de jours indiqués.
- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.

OPTIQUE (3)

- L'équipement 100% Santé est composé d'une monture et de 2 verres à prix limités (classe A) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit un équipement à prix libres (classe B), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garantie. L'adhérent peut aussi choisir des verres de Classe A avec une monture de Classe B ou inversement.
- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres.
 - Un verre simple est un verre dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00.
 - Un verre complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -6,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la somme S est supérieure à 6,00 ou dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 ou dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00.
 - Un verre très complexe est un verre dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 ou dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 ou dont la sphère est inférieure à -8,00 et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ou dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00.
- Le forfait équipement optique s'entend part AMO et ticket modérateur inclus.
- En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 et 2019-21 du 11 janvier 2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les moins de 16 ans ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 100€.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds des « Contrats Responsables », soit pour un équipement simple : 420€, un équipement complexe : 700€, un équipement très complexe : 800€, un équipement simple et complexe : 560€, un équipement simple et très complexe : 610€, ou un équipement complexe et très complexe : 750€.

DENTAIRE (4)

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.
- Les soins et prothèses 100% santé sont sans reste à charge pour les adhérents. Ceux-ci peuvent toujours choisir des soins à reste à charge maîtrisés ou à tarif libre. Dans ce cas, les remboursements s'effectueront sur la base des taux ou montants indiqués dans le tableau de garanties.
- Le plafond dentaire annuel concerne les actes figurant au recto. Les prothèses et l'orthodontie remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge par la mutuelle dans la limite du montant indiqué. Au-delà, la Mutuelle rembourse ces frais dentaires à hauteur de 125%.

AIDES AUDITIVES (5)

- L'équipement 100% Santé prévoit des aides auditives à prix limités (Classe I) sans reste à charge pour l'adhérent. Si celui-ci choisit une aide auditive à tarif libre (classe II), le remboursement se fera sur la base des montants indiqués dans le tableau de garanties, dans la limite du plafond des Contrats Responsables (1700€/oreille). En application du décret 2019-21 du 11/01/2019 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait aide auditive tous les 4 ans.
- Les avantages Adhérent sont attribués en complément du forfait aide auditive, dans la limite du plafond des « contrats responsables ».

LES PLUS (6)

- Les médicaments (y compris homéopathie) non remboursés ou non remboursables sont les médicaments dont le taux de TVA est fixé à 2,10 % ou à 10 % la Mutuelle rembourse ces médicaments sur présentation de la facture originale acquittée.
- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline (numéro ADEL ou RPPS ou FINESS).

VOS SERVICES

- Assistance : 0 810 638 440 (Voir Annexe ASSISTANCE)
- Médaviz : Service de téléconsultation médicale (24h/24 - 7j/7), connectez-vous à votre espace adhérent pour y accéder.



PREVIFRANCE Assistance

Le service d'assistance à domicile de votre Mutuelle

Composez-le
0 810 638 440

(Prix d'un appel local à partir d'un poste fixe depuis la France)

EN CAS D'IMMOBILISATION DU BENEFICIAIRE AU DOMICILE

ASSISTANCE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers (18) ou le SAMU (15 ou 112) ou le médecin traitant.

En France les secours de première urgence sont gratuits. En cas de difficultés, PREVIFRANCE Assistance communique au Bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

PERSONNEL MEDICAL

En l'absence du médecin traitant habituel, PREVIFRANCE Assistance aide le Bénéficiaire à rechercher un médecin pour une visite à Domicile en lui communiquant les numéros de téléphone utiles (médecin de garde ou service d'urgence).

PREVIFRANCE Assistance peut aussi, sur prescription médicale, vous aider à rechercher une infirmière ou tout autre intervenant paramédical.

Les frais de consultation ou de soins restent à la charge exclusive du Bénéficiaire.

L'indisponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de PREVIFRANCE Assistance.

TRANSFERT A L'HOPITAL

A la demande du Bénéficiaire et sur prescription médicale, PREVIFRANCE Assistance organise la réservation d'une place dans un établissement de santé (hôpital ou clinique) **dans la limite des disponibilités offertes par les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 50 Km du Domicile du Bénéficiaire.**

Dans le cas où l'état de santé du Bénéficiaire nécessite une Hospitalisation et sur prescription médicale, PREVIFRANCE Assistance **organise le transport en ambulance du Bénéficiaire de son Domicile vers un hôpital situé dans un rayon de 50 Km maximum.**

A l'issue de l'Hospitalisation et si le Bénéficiaire n'est pas en état de se déplacer dans les conditions normales, PREVIFRANCE Assistance **organise son transport de l'hôpital jusqu'à son Domicile.**

RECHERCHE DE MEDICAMENTS

Si le Bénéficiaire est immobilisé temporairement au Domicile et, de ce fait, il lui est impossible de se déplacer pour se procurer des médicaments indispensables à un traitement prescrit par ordonnance médicale, PREVIFRANCE Assistance fait le nécessaire pour rechercher, acheter et apporter au Domicile du

Bénéficiaire ces médicaments, **sous réserve de leur disponibilité en pharmacie.**

PREVIFRANCE Assistance fait l'avance du coût de ces médicaments, que le Bénéficiaire devra rembourser à PREVIFRANCE Assistance au moment même de leur livraison.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par PREVIFRANCE Assistance.

VOUS ETES HOSPITALISE(E) DE FACON IMPREVUE... (*)

() Par hospitalisation imprévue, il convient d'entendre toute hospitalisation consécutive à une maladie soudaine ou à un accident corporel et dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire une semaine avec son déclenchement.*

TRANSMISSION DE MESSAGES URGENTS

En cas de nécessité, PREVIFRANCE Assistance assure la transmission des messages à caractère urgent destinés à la famille du Bénéficiaire ou à un de ses proches (et inversement) y compris des informations à caractère personnel et médical avec accord du Bénéficiaire.

PRESENCE D'UN PROCHE A VOTRE CHEVET

PREVIFRANCE Assistance met à la disposition d'une personne désignée par le Bénéficiaire et résidant en France un billet aller/retour de train 1ère classe ou d'avion classe économique afin qu'elle vienne à son chevet.

PREVIFRANCE Assistance organise et prend en charge le séjour à l'hôtel de la personne désignée et prend en charge ces frais réellement exposés pendant 2 nuits maximum à concurrence de 50 € TTC par nuit.

Cette assistance n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été préalablement organisé par PREVIFRANCE Assistance dans les conditions définies ci-dessus (sauf accord exprès de PREVIFRANCE Assistance).

PRISE EN CHARGE DE VOS ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS

PREVIFRANCE Assistance organise :

- **Soit la garde des Enfants**

A la demande du Bénéficiaire PREVIFRANCE Assistance organise et prend en charge pendant 6 jours la garde, par une personne qualifiée, des Enfants au Domicile du Bénéficiaire.



Cette prestation est prise en charge par PREVIFRANCE Assistance à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour.

- **Soit le transfert des enfants en France**

Le transfert aller et retour des Enfants, par train (1ère classe) ou avion (classe économique), chez une personne désignée par le Bénéficiaire résidant en France (l'accompagnement des Enfants est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le Bénéficiaire).

- **Soit le transfert d'un proche**

La mise à disposition pour une personne désignée par le Bénéficiaire et résidant en France d'un billet aller/retour de train (1ère classe) ou d'avion (classe économique), afin qu'elle vienne au Domicile du Bénéficiaire pour effectuer la garde des Enfants.

- **Soit la conduite des Enfants à l'école**

Si, en raison de son Hospitalisation, le Bénéficiaire est dans l'impossibilité de conduire son (ses) Enfant(s) à l'école (crèche, école primaire ou collège), la garde d'Enfant se chargera de les accompagner jusqu'à l'école puis de les ramener au Domicile à concurrence de 10 allers/retours dans un rayon de 25 Km du Domicile.

Cette prestation sera effectuée dans le cadre des heures accordées par le médecin de PREVIFRANCE Assistance.

Cette prestation sera effectuée dans le cadre des heures accordées par le médecin de PREVIFRANCE Assistance.

NB : La garantie s'exerce également en cas d'Immobilisation au Domicile (plus de 5 jours) à la suite d'un Accident corporel et de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours.

PRISE EN CHARGE DES ASCENDANTS DEPENDANTS

A la demande du Bénéficiaire PREVIFRANCE Assistance organise et prend en charge

- **Soit pendant 5 jours la garde, par une personne qualifiée, des ascendants au Domicile du Bénéficiaire.**

Cette prestation est prise en charge par PREVIFRANCE Assistance à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour.

- **Soit le transfert des ascendants en France**

Le transfert aller et retour des ascendants, par train (1ère classe) ou avion (classe économique), chez une personne désignée par le Bénéficiaire résidant en France (l'accompagnement des Enfants est effectué par nos correspondants ou par un proche désigné par le Bénéficiaire),

- **Soit le transfert d'un proche**

La mise à disposition pour une personne désignée par le Bénéficiaire et résidant en France d'un billet aller/retour de train (1ère classe) ou d'avion (classe économique), afin qu'elle vienne au Domicile du Bénéficiaire pour effectuer la garde des Ascendants.

VOUS ETES HOSPITALISE(E) PLUS DE 48 HEURES....

AIDE A DOMICILE

Pendant, et/ou à la suite immédiate d'une Hospitalisation du Bénéficiaire de plus de 48 heures, PREVIFRANCE Assistance recherche et missionne une Aide à domicile pendant 10 heures maximum réparties sur une semaine (5 jours ouvrés consécutifs), dans la limite des disponibilités locales.

PREVIFRANCE Assistance prend en charge les frais ainsi occasionnés.

NB : La garantie s'exerce également en cas d'Immobilisation au Domicile (plus de 5 jours) à la suite d'un Accident corporel et de séjour en maternité d'une durée supérieure à 8 jours.

GARDE DES ANIMAUX DE COMPAGNIE

PREVIFRANCE Assistance organise et prend en charge la garde à l'extérieur des Animaux de compagnie.

Les frais de garde et de nourriture sont pris en charge avec un maximum de 229 € TTC.

SI VOTRE HOSPITALISATION DOIT SE PROLONGER AU-DELA DE 15 JOURS...

AIDE A DOMICILE SUPPLEMENTAIRE

Pendant, et/ou à la suite immédiate d'une Hospitalisation du Bénéficiaire de plus de 15 jours, PREVIFRANCE Assistance recherche et missionne une Aide à domicile pendant 15 heures maximum réparties sur deux semaines (10 jours ouvrés consécutifs), dans la limite des disponibilités locales.

EN CAS DE TRAITEMENT PAR RADIOTHERAPIE OU CHIMIOOTHERAPIE...

AIDE A DOMICILE

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, PREVIFRANCE Assistance recherche et missionne une Aide à domicile à concurrence de 4 heures au cours des 48 heures suivant chaque séance de soins et à concurrence de 15 heures sur la durée du traitement, dans la limite des disponibilités locales.

EN CAS D'ENFANT DE MOINS DE 16 ANS MALADE OU BLESSE ...

EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 48H

A la demande du Bénéficiaire, PREVIFRANCE Assistance organise :

- **Soit la garde de l'Enfant immobilisé au Domicile**

PREVIFRANCE Assistance prend en charge à concurrence de 30 heures pendant 5 jours la garde, par une personne qualifiée, des Enfants au domicile du Bénéficiaire.

Cette prestation est prise en charge par PREVIFRANCE Assistance à raison de 8 heures maximum de garde effective par jour.

- **Soit le transfert d'un proche**

La mise à disposition pour une personne désignée par le Bénéficiaire et résidant en France d'un billet aller/retour de train (1ère classe) ou d'avion (classe économique), afin qu'elle vienne au Domicile du Bénéficiaire pour effectuer la garde des Enfants.

EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 15 JOURS

Répétiteur scolaire à Domicile

Si l'état de santé de l'Enfant de l'Adhérent ou de son Conjoint nécessite son Immobilisation au Domicile pendant une période ininterrompue supérieure à 15 jours et, de ce fait, ne lui permet pas d'assister aux cours dispensés par l'établissement scolaire (école élémentaire, collège et lycée d'enseignement général, soit du CP à la Terminale) dans lequel il est régulièrement inscrit, PREVIFRANCE Assistance met un répétiteur scolaire à la disposition de l'Enfant, dès le 1er jour consécutif d'absence scolaire, et prend en charge les frais s'y rapportant à concurrence de 10 heures par semaine et dans la limite de 6 semaines pour un même événement (Maladie ou Accident).

Sous réserve que ces disciplines figurent au programme fixé par le Ministère en charge de l'Education Nationale pour le niveau scolaire de l'Enfant (CP à la Terminale), les cours dispensés par le répétiteur scolaire ont pour objet



l'enseignement théorique des disciplines générales suivantes : français, mathématiques, histoire et géographie, première et seconde langues vivantes, physique chimie, sciences de la vie et de la Terre, sciences économiques et sociales.

La durée de la mission du répétiteur scolaire est fixée par le médecin de PREVI-FRANCE Assistance en fonction de l'état de santé de l'Enfant et du nombre de journées de cours effectivement manquées.

En outre, les séances de répétiteur scolaire sont mises en œuvre au cours de l'année scolaire pendant les seules périodes de travail scolaire effectif c'est-à-dire en dehors des vacances scolaires (fixées par arrêté du Ministère en charge de l'Education Nationale), des week-end et jours fériés.

EN CAS D'HOSPITALISATION ELOIGNEE (+ 50 KM DU DOMICILE)

Présence d'un proche au chevet

Pour permettre au Bénéficiaire de poursuivre son activité professionnelle, PREVI-FRANCE Assistance organise et prend en charge le transport aller/retour (billet de train 1ère classe ou d'avion classe économique) d'un proche parent désigné par le Bénéficiaire pour venir au chevet de l'Enfant malade.

Cette prestation n'est organisée et prise en charge qu'au départ et qu'à destination de la France métropolitaine, Andorre et Monaco.

PREVI-FRANCE Assistance organise et prend en charge le séjour à l'hôtel de la personne désignée et prend en charge ces frais réellement exposés pendant 7 nuits maximum à concurrence de 50 € TTC par nuit.

Aide à domicile

Lorsque l'un des parents se trouve au chevet de l'Enfant hospitalisé à plus de 50 Km du Domicile, PREVI-FRANCE Assistance recherche et missionne une Aide à domicile pendant 15 heures maximum réparties sur trois semaines (15 jours ouvrés consécutifs), dans la limite des disponibilités locales.

EN CAS D'HOSPITALISATION SUPERIEURE A 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPERIEURE A 48 HEURES DE LA PERSONNE HABITUELLEMENT EMPLOYEE PAR LES BENEFICIAIRES POUR GARDER LEURS ENFANTS

Si, à l'occasion d'un arrêt de travail d'une durée supérieure à 2 jours consécutifs de la personne salariée qui est chargée habituellement de la garde des Enfants, le Bénéficiaire et/ou son Conjoint se trouvent dans l'impossibilité de s'occuper de leurs Enfants en raison leurs activités professionnelles, PREVI-FRANCE Assistance organise et prend en charge, à la demande du Bénéficiaire :

- Soit la garde des Enfants

La garde des Enfants au domicile du Bénéficiaire par une personne qualifiée, à concurrence de 30 heures sur 5 jours en dehors des week-ends, jours chômés et fériés.

- Soit le transfert des Enfants en France

Le transfert des Enfants chez un proche résidant en France et désigné par le Bénéficiaire. Dans cette hypothèse, PREVI-FRANCE Assistance prend en charge le coût d'un billet aller/retour d'avion (classe économique) ou de train (1ère classe) afin de permettre aux Enfants de se rendre au Domicile du proche désigné pour assurer leur garde.

- Soit le transfert d'un proche

La mise à disposition pour une personne désignée par le Bénéficiaire et résidant en France d'un billet aller/retour de train (1ère classe) ou d'avion (classe économique), afin qu'elle vienne au Domicile du Bénéficiaire pour effectuer la garde des Enfants.

Cette garantie ne sera pas acquise à un Bénéficiaire qui n'aurait pas satisfait à la déclaration préalable d'embauche (aux services des URSSAF) de la salariée dont le remplacement est sollicité.

La mise à disposition de la garde d'Enfant par PREVI-FRANCE Assistance est limitée à la durée effective du temps de travail de la personne salariée remplacée pour cause d'arrêt de travail. Dans le cas particulier des « nounous partagées », gardant en même temps plusieurs enfants de familles différentes, la garantie s'exerce à concurrence de la durée de garde effective de l'Enfant du Bénéficiaire et exclusivement au profit de cet Enfant.

SERVICE INFO...

RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES ET « VIE PRATIQUE »

PREVI-FRANCE Assistance est à la disposition du bénéficiaire, pour lui fournir toutes informations juridiques ou « vie pratique », concernant sa vie privée : Droit de la famille, Droit de la consommation, Droit du travail, Démarches administratives, Sécurité sociale, etc.

POUR LE BON USAGE DES GARANTIES...

QUI PEUT EN BENEFICIER ET DANS QUELLES CIRCONSTANCES ?

L'accès au service d'assistance est réservé exclusivement au membre participant de la Mutuelle PréviFrance adhérent à une garantie Complémentaire Santé - soit à titre individuel, soit au titre d'un contrat collectif souscrit par son employeur – offrant ce service d'assistance. Pour autant qu'ils bénéficient de cette garantie, le conjoint, le concubin ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ainsi

Vous perdez les avantages de ce service dès lors que vous n'êtes plus adhérent à la Mutuelle.

PREVI-FRANCE Assistance est à vos côtés lorsqu'un problème de santé inattendu (*accident corporel ou maladie soudaine*) vient chambouler votre quotidien... et que, dans l'urgence, vous ne savez comment faire face à vos obligations : entretien du foyer, garde des enfants, prise en charge des animaux domestiques...

Si nous mettons alors tout en œuvre pour vous venir en aide, nous ne pouvons cependant nous substituer à la responsabilité et à la solidarité de votre entourage, de même qu'aux prestations auxquelles vous donnez droit les organismes sociaux. C'est pourquoi les garanties de PREVI-FRANCE Assistance n'ont vocation à s'exercer qu'en complément de ces dernières, et lorsque vos proches ne sont pas en mesure de vous prodiguer l'aide requise par les circonstances !

COMMENT S'EXERCENT-ELLES ?

Les prestations de PREVI-FRANCE Assistance sont organisées par nos soins sur simple appel téléphonique de votre part. La durée d'application des garanties et leur montant de prise en charge sont dans tous les cas déterminés par nos services, et cela en fonction de la nature de l'évènement, et de ses conséquences pour les bénéficiaires.

L'application des garanties nécessitant l'intervention d'un prestataire (aide à domicile, répétiteur scolaire, etc.) est bien entendu subordonnée à la disponibilité des intervenants locaux appropriés.

EXCLUSIONS

Sont exclus des garanties, d'une part :

- les frais consécutifs à des Maladies ou des troubles mentaux y compris les troubles anxieux et anxio-dépressifs, les syndromes dépressifs, les dépressions et autres névroses, les psychoses, et les troubles de la personnalité et du comportement,
- Les complications liées à un état de grossesse et leur conséquences (accouchement compris).



- les Hospitalisations prévues ou répétitives pour une même cause,
- toute intervention médicale volontaire pour convenance personnelle (chirurgie esthétique),
- les Maladies chroniques ou répétitives,
- les tentatives de suicide ou le suicide du bénéficiaire ainsi que leurs conséquences,
- les frais engagés sans accord préalable de PREVIFRANCE Assistance
- les frais non justifiés par des factures originales,
- les conséquences de l'usage de médicaments, drogues, stupéfiants et produits assimilés non ordonnés médicalement ou de l'absorption d'alcool (alcoolémie constatée supérieure au taux fixé par l'article R234-1, I-1° du Code de la route),
- les conséquences d'un conflit armé (guerre étrangère ou civile), d'une émeute,
- les frais de restauration (à l'exception des petits déjeuners lorsqu'ils sont prévus dans les garanties),
- les dommages ou aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ou par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire.

EXONERATION DE RESPONSABILITE

- la responsabilité de PREVIFRANCE Assistance est écartée lorsque les retards ou défaillances dans l'exécution des garanties sont imputables à une cause étrangère ;
- la responsabilité de PREVIFRANCE Assistance ne pourra être recherchée lorsque le retard ou l'inexécution de la prestation d'assistance demandée par le Bénéficiaire est consécutif(ve) aux disponibilités locales ;
- la responsabilité de PREVIFRANCE Assistance ne pourra pas être invoquée lorsque le défaut de mise en œuvre des garanties est consécutif à un refus du Bénéficiaire ou du médecin traitant de communiquer les informations médicales et/ou administratives sollicitées par PREVIFRANCE Assistance pour vérifier la réalité de

l'événement invoqué par le Bénéficiaire à l'appui de la demande d'assistance.

- D'une manière générale, PREVIFRANCE Assistance ne peut être tenue pour responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient :

- soit, d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvements populaires émeutes ou grèves (article L.121-8 alinéa 2 du code des assurances),
- soit, des saisies ou contraintes par la force publique,
- soit, des interdictions officielles,
- soit, des actes de piraterie ou d'attentats commis sur le territoire d'un pays autre que la France,
- soit, d'un enlèvement, d'une séquestration ou d'une prise d'otage,
- soit, des tempêtes, ouragans ou catastrophes naturelles.

POUR BENEFICIER DE NOS SERVICES, RIEN DE PLUS SIMPLE...

Depuis la France, composez le **0 810 638 440** ou le **01 53 21 24 56** (Prix d'un appel local à partir d'un poste fixe)

Depuis l'étranger, composez le **01 53 21 24 56**

Indiquez-nous le nom de votre contrat collectif ou celui du régime de base dont vous bénéficiez, puis votre numéro de Sécurité Sociale à la Mutuelle

Exposez-nous votre problème...

... et nous y trouverons une solution.

IMPORTANT

Surtout, n'organisez aucune prestation et n'engagez aucuns frais sans nous avoir préalablement contactés et sans avoir obtenu un accord de prise en charge (communication d'un N° de dossier).