

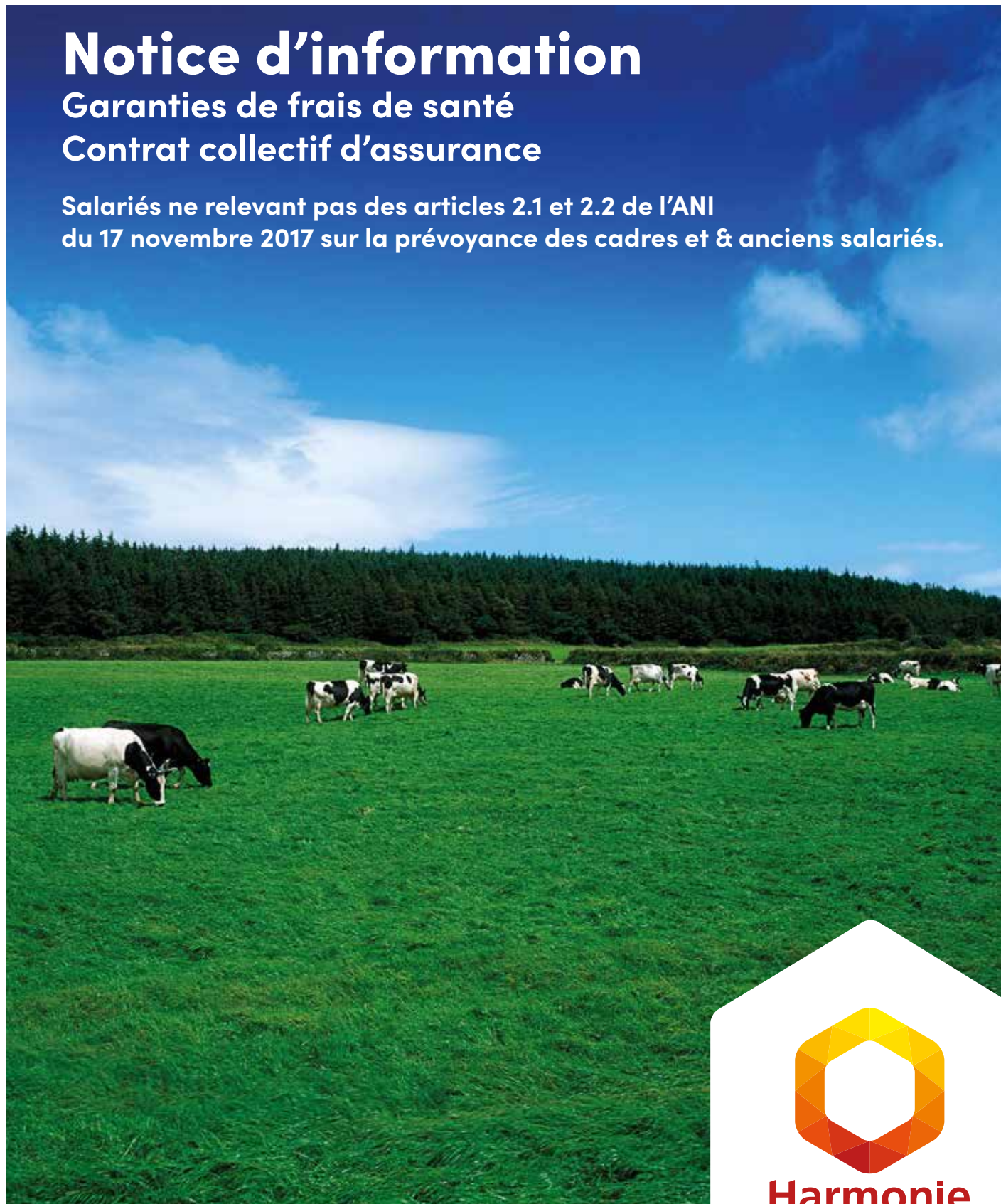
PRODUCTION AGRICOLE DE CERTAINS DEPARTEMENTS DES PAYS DE LA LOIRE ET DE L'OUEST DE LA FRANCE

Notice d'information

Garanties de frais de santé

Contrat collectif d'assurance

Salariés ne relevant pas des articles 2.1 et 2.2 de l'ANI
du 17 novembre 2017 sur la prévoyance des cadres et & anciens salariés.



Harmonie
mutuelle

GRUPE **vyv**

AVANÇONS *collectif*

Edition 2025

Sommaire

1 • Dispositions générales	3	3 • Cotisations	9
Article 1 - Objet de la présente notice	3	Article 9 - Détermination de la cotisation	9
Article 2 - Risques couverts	3	Article 10 - Paiement de la cotisation	9
Article 3 - L'adhésion individuelle à la mutuelle	3	10.1 Règlement de la cotisation	9
3.1 Catégorie éligible	3	10.2 Incident de paiement	10
3.2 Bénéficiaires des garanties	3	10.3 Non-paiement de la cotisation	10
3.3 Prise d'effet de l'adhésion	3		
3.4 Durée de l'adhésion	4	4 • Dispositions diverses	10
Article 4 - Événements survenant en cours d'adhésion	4	Article 11 - Garanties d'assistance	10
4.1 Nouveaux bénéficiaires	4	Article 12 - Couverture des accidents	10
4.2 Autres modifications	4	12.1 Recours subrogatoire	10
Article 5 - Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité	4	12.2 Déclaration d'accident	10
5.1 A l'initiative de l'adhérent	4	12.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires	10
5.2 A l'initiative de la mutuelle	5	12.4 Tiers payant en cas d'accident	10
5.3 Conséquence de la résiliation et de la radiation	5	12.5 Fausse déclaration ou omission de déclaration	10
Article 6 - Maintien de couverture	5	Article 13 - Prescription	11
		Article 14 - Échanges de données informatisées	11
2 • Garanties frais de santé	6	Article 15 - Autorité de contrôle	11
Article 7 - Cadre général	6	Article 16 - Réclamations et médiation	11
7.1 Contrats solidaires et responsables	6	Article 17 - Protection des données à caractère personnel	11
7.2 Nature de l'indemnisation	6		
7.3 Date d'entrée en vigueur des garanties	6	Article 18 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption	12
7.4 Base de remboursement	7		
7.5 Pluralité de garanties de frais de santé	7	ANNEXE COORDONNÉES	13
7.6 Limitation de prise en charge	7	RÉSUMÉ DE VOTRE GARANTIE	14
7.7 Non prise en charge de certaines prestations	7	EXEMPLES DE REMBOURSEMENT	17
Article 8 - Les prestations	7		
8.1 Règlement des prestations	7		
8.2 Contrôle	9		
8.3 Garantie frais d'obsèques	9		
8.4 Grille de garanties	9		

1 • Dispositions générales

Préambule

La présente notice d'information est établie à partir des conditions fixées pour le personnel des entreprises relevant de l'accord régional « Frais de santé » du 15 juillet 2009 de certains départements des Pays de la Loire et de l'Ouest de la France et tel que modifié par ses avenants ultérieurs.

Article 1 - Objet de la présente notice

La notice d'information constitue le document de référence pour l'adhérent. Elle reprend les effets des principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise souscriptrice auprès de Harmonie Mutuelle ci-après dénommée la mutuelle, au profit de ses salariés. Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, les anciens salariés de l'entreprise peuvent également bénéficier du maintien des garanties de manière facultative.

Article 2 - Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3 - L'adhésion individuelle à la mutuelle

3.1 Catégorie éligible

L'adhésion obligatoire au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières et à la notice d'information du contrat, et tels que définis le cas échéant dans l'acte juridique de droit du travail du souscripteur.

L'adhésion facultative au contrat est réservée aux anciens salariés de l'entreprise souscriptrice.

Certains salariés peuvent demander, dans des conditions très précises définies par la réglementation, à être dispensés d'adhésion obligatoire au contrat collectif.

Les salariés bénéficiant du régime frais de santé doivent relever des activités agricoles de certains départements des Pays de la Loire et de l'Ouest de la France suivantes :

- Les exploitations de polyculture, d'élevage, de viticulture, de maraîchage ou culture légumières, d'horticulture et les pépinières des départements de Maine et Loire, Mayenne et Sarthe
- Les exploitations et établissements d'arboriculture des départements de Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe, Vendée, Côtes d'Armor, Ille et Vilaine, Morbihan et Deux-Sèvres (ressortissant de la convention collective en date du 8 avril 2003 réglementant les conditions d'emploi, de travail et de rémunération des salariés arboricoles de certains départements de l'ouest de la France)
- Les coopératives d'utilisation de matériel agricole des départements de Loire-Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe, Côtes d'Armor, Finistère, Ille et Vilaine et Morbihan
- Les entreprises de travaux agricoles et forestiers

L'adhésion donne la qualité de membre participant, dénommé ci-après adhérent de la mutuelle.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion avec précision et exactitude les informations demandées qui permettent à la mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

Pour les adhésions faites intégralement à distance, après avoir été mis en mesure de vérifier les informations données et la garantie choisie, l'adhérent valide et signe électroniquement son bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent, le cas échéant par signature électronique, notamment dans le cas des adhésions faites intégralement à distance, emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et du règlement intérieur.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Catégorie éligible :

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles du souscripteur visés aux conditions particulières et à la notice d'information du contrat.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhésion au contrat est réservée aux salariés éligibles ou aux membres du souscripteur visés aux conditions particulières et à la notice d'information du contrat.

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion et couvertes par un régime d'Assurance maladie obligatoire français à savoir :

- l'adhérent,
- les ayants droit suivants :
 - le conjoint, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin, ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire ou leur 28^e anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
 - les enfants de l'adhérent ou de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80% reconnu par le régime d'assurance maladie obligatoire français.

La garantie des ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'adhérent.

3.3 Prise d'effet de l'adhésion

A la souscription du contrat

Pour les salariés présents à l'effectif du souscripteur et entrant dans la catégorie éligible visée à la présente notice à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à cette même date.

Le choix d'un niveau de garantie par l'ancien salarié éligible doit intervenir à la date de prise d'effet de l'adhésion à la mutuelle.

En cours de contrat

Pour les salariés embauchés postérieurement à la date d'effet du contrat collectif, l'adhésion prend effet à la date d'embauche ou à la date d'entrée dans la catégorie éligible visée à la présente notice.

Le choix d'un autre niveau de garantie par l'adhérent, postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion, prend effet au 1^{er} janvier qui suit la date de la demande, sous réserve que celle-ci ait été effectuée avant le 31 octobre.

3.4 Durée de l'adhésion

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'à la survenance de l'un des événements de l'article *Résiliation à titre exceptionnel*.

Dans le cadre d'une garantie optionnelle, l'adhésion a une durée minimum de 12 mois.

Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité*.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

L'adhésion au contrat a une durée minimum de 12 mois. Cette adhésion produit en outre ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article *Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité*.

Article 4 - Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer au souscripteur, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoires français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner le cas échéant une modification du montant de la cotisation.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :

Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption.	Au 1 ^{er} jour du mois de naissance ou d'adoption et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité.	Au jour de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Autres bénéficiaires.	Au jour de l'événement.

4.2 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au jour de la demande.

Article 5 - Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, nullité

5.1 A l'initiative de l'adhérent

Résiliations légalement prévues

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire pour une garantie optionnelle ou dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative (anciens salariés) l'adhérent peut mettre fin à la garantie annuellement avant le 31 octobre de l'année civile, sous réserve de l'application de l'article Durée de l'adhésion.

A l'expiration du délai d'adhésion minimal de 12 mois, l'adhérent dispose en outre d'un droit de résiliation à tout moment prenant effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification et dont les modalités et restrictions sont définies aux articles L.221-10-2 et L.221-10-3 du Code de la mutualité. Le support de résiliation de l'adhérent à la mutuelle peut être au choix :

- par lettre ou tout autre support durable ;
- par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- par acte extrajudiciaire ;
- par voie électronique ;
- lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de l'adhérent.

Radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année.

La demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la mutuelle jusqu'à cette même date.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou facultative

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Résiliation du contrat collectif entre le souscripteur et la mutuelle	Jour de la prise d'effet de la résiliation du contrat collectif.
Rupture du contrat de travail	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour de l'événement suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Passage dans une catégorie non visée par la présente notice	
Rupture du lien existant entre l'adhérent et le souscripteur	
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

La Mutuelle peut également mettre fin aux garanties si les conditions exigées pour être adhérent ne sont plus remplies.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Bénéfice d'un cas de dispense d'adhésion admis par les réglementations sociale et fiscale	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.

Dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion facultative

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande
Attribution de la CSS à l'adhérent	
Modification du contrat dans les conditions prévues à l'article <i>Modification du contrat</i>	

La Mutuelle peut également mettre fin aux garanties si les conditions exigées pour être adhérent ne sont plus remplies.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au 1 ^{er} jour de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les 3 mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au 1 ^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au jour de l'événement.

La Mutuelle peut également mettre fin aux garanties si les conditions exigées pour être ayant droit ne sont plus remplies.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

En cas de résiliation de l'adhérent, ses ayants droit sont automatiquement radiés à la même date.

5.2 A l'initiative de la mutuelle

En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article *Non paiement de la cotisation*.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la mutuelle sont nulles 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 l'adhérent 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.

5.3 Conséquence de la résiliation et de la radiation

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé et à ne plus utiliser sa ou ses cartes mutualistes et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 6 - Maintien de couverture

Maintien Evin

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n°89-1009 dite loi Evin du 31 décembre 1989, peuvent dans les cas visés ci-après demander le maintien auprès de la mutuelle de la couverture santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux :

- les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou s'ils sont privés d'emploi d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture du contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient de la portabilité des droits définie ci-après ;
- les personnes garanties du chef de l'adhérent salarié décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif, la mutuelle peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire

médicaux, sous réserve que l'adhérent salarié en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du contrat.

Personnel en suspension de contrat de travail indemnisé (maintien total ou partiel de rémunération, indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, revenu de remplacement)

Pour les adhérents en suspension de contrat de travail d'une durée supérieure à un mois civil pour maladie, accident ou maternité, pris en charge par la MSA et intervenant après la date d'affiliation au régime, le bénéfice des prestations d'assurance complémentaire frais de santé correspondant au régime de base obligatoire est maintenu, avec exonération des cotisations qui sont prises en charge par le régime. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

Personnel en suspension de contrat de travail non indemnisé

Pour les adhérents en suspension de contrat, l'adhésion des salariés à la couverture frais de santé est maintenue obligatoirement pendant les trois premiers mois de la suspension du contrat sans versement de cotisation pour un des cas de congés prévus par les dispositions légales ne donnant pas lieu à maintien en tout ou partie de salaire par l'employeur, notamment pour l'un des congés ci-dessous :

- Le congé sans solde ;
- Le congé sabbatique ;
- Le congé parental d'éducation à plein temps
- Le congé pour création d'entreprise ;
- Le congé de solidarité internationale ;
- Le congé de proche aidant ;
- Le congé pour projet de transition professionnelle ;
- Le congé d'enseignement ou de recherche.

Après cette période, lesdits salariés peuvent, pendant la période de suspension restant à courir, demander à l'organisme assureur dont ils relèvent à titre individuel à continuer de bénéficier de la garantie complémentaire santé sous réserve qu'ils s'acquittent seuls de l'intégralité de la cotisation au titre du contrat collectif concerné, sans pouvoir prétendre à une participation de l'employeur.

En cas de non-paiement de la cotisation, il sera fait application des dispositions de l'article des conditions générales. En l'absence de précompte de la cotisation par le souscripteur.

L'adhérent règle les cotisations des régimes optionnels (couverture familiale pour le régime individuel et régime supplémentaire) par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle pour le maintien de celles-ci. Si l'absence est inférieure à un mois, la cotisation forfaitaire pour la garantie complémentaire frais de santé est due intégralement.

A défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Portabilité des droits des anciens salariés adhérents au contrat

Les dispositions de l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale (Loi n°2013-504 du 14 juin 2013) imposent au Souscripteur de proposer un maintien des garanties du Contrat aux salariés relevant de la catégorie éligible dont le contrat de travail a été rompu. A compter de cette rupture, la durée du maintien de garantie doit être égale à celle du dernier contrat de travail et ce dans une limite maximale de 12 mois.

Afin de permettre le respect des dispositions légales susmentionnées, les anciens salariés bénéficiaires peuvent rester adhérents au Contrat durant le temps de leur droit à portabilité. La garantie de base pour les seuls anciens salariés bénéficiaires est maintenue dans le cadre d'un système de mutualisation avec les cotisations des salariés adhérents au Contrat. Le système de mutualisation conduit à n'appeler aucune cotisation auprès des anciens salariés bénéficiaires durant leur période de maintien. A l'expiration de la période convenue de portabilité, la Mutuelle procédera à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de cessation du droit.

En cas de perte anticipée du droit à portabilité, la Mutuelle procédera, sur demande, à la résiliation de l'adhérent. Cette résiliation interviendra le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de réception de la demande.

2. Garanties frais de santé

Article 7 - Cadre général

7.1 Contrats solidaires et responsables

La mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. À ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

7.2 Nature de l'indemnisation

Les prestations auxquelles les garanties santé donnent droit sont des prestations en espèces et indemnitaires, **ainsi les remboursements ou indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.**

7.3 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés obligatoirement au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par le souscripteur.

A la souscription

Le choix de la garantie optionnelle par les salariés de la catégorie éligible doit intervenir à la date de prise d'effet du contrat.

En cours de contrat

Le choix d'un autre niveau de garantie (garantie optionnelle ou base obligatoire) par l'adhérent, postérieurement à la prise d'effet du contrat, prend effet au 1^{er} janvier qui suit la date de la demande, sous réserve que celle-ci ait été effectuée avant le 31 octobre.

Toute renonciation au régime optionnel entraîne une impossibilité de nouvelle adhésion à celui-ci pour une durée de deux ans.

7.4 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées au descriptif des garanties, le remboursement de la mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif des garanties, avant la modification.

7.5 Pluralité de garanties de frais de santé

Les garanties de même nature souscrites auprès de plusieurs organismes complémentaires produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

7.6 Limitation de prise en charge

Dans le cadre de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale ;
- la minoration prévue au deuxième alinéa de l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale lorsqu'un patient refuse le transport partagé que lui propose une entreprise de transport sanitaire ou une entreprise de taxi conventionnée, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport ;
- la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;
- la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;

- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale.

7.7 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la mutuelle :

- les dépassements d'honoraires en cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du bénéficiaire (côtés DE par les professionnels de santé dans le cadre des rapports conventionnels avec l'Assurance maladie obligatoire).

Le médecin peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple si le malade demande un rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile sans raison de santé, pour ne pas se déplacer.

Le masseur kinésithérapeute peut appliquer ces dépassements d'honoraires exceptionnels par exemple pour des soins donnés en dehors de l'horaire normal d'activité du masseur-kinésithérapeute.

- les cures médicales en établissement de personnes âgées, les frais liés aux séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les établissements médico-sociaux, y compris les maisons d'accueil spécialisées, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées, y compris les établissements d'hébergements pour personnes dépendantes (EHPAD) ;
- la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Déchéance de garantie

Si l'adhérent ou l'ayant droit réalise une fausse déclaration de sinistre, c'est-à-dire s'il utilise volontairement des renseignements ou des documents inexacts ou falsifiés comme justificatifs ou utilise tout autre moyen frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations, il est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné. Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de la mutuelle.

Article 8 - Les prestations

8.1 Règlement des prestations

Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du Régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger. Dans ce dernier cas, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français.

Lorsqu'au tableau descriptif des garanties figurant en annexe de la présente notice, les prestations sont exprimées en pourcentage, la mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées au tableau descriptif des garanties figurant à la présente notice.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leurs prises en charge sont indiquées au tableau descriptif des garanties sont :

- les dates de facturation pour les médicaments, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception féminine, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- la date de facturation correspondant à celle de transmission au régime obligatoire pour les équipements optiques et les lentilles acceptées par le régime obligatoire. Attention, dans le cas d'une procédure de tiers payant, bien qu'un accord de prise en charge puisse être fourni durant la période de garantie, si la date de facturation est postérieure à celle de la prise d'effet de la résiliation de la garantie, ou bien de la radiation, le remboursement sera effectué au professionnel de santé mais la garantie n'étant pas due, le montant sera alors réclamé au bénéficiaire ;
- les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, la médecine complémentaire telle que définie dans le tableau descriptif de la garantie choisie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie la psychologie ;
- les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation (1) ou la maternité (2) hors forfait journalier hospitalier ;
- la date de la journée d'hospitalisation pour le forfait journalier hospitalier ;
- la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue au tableau descriptif des garanties, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivants la naissance ou l'adoption ;
- la date des soins transmise par le régime obligatoire pour les traitements d'orthodontie acceptée par celui-ci, et la date de fin de semestre pour l'orthodontie refusée par le régime obligatoire.

(1) Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge:

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).
- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.

(2) Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production : des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;

- des documents nécessaires à la mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;

- si nécessaire, des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais engagés.

Pour la prise en charge de l'activité physique adaptée, le bénéficiaire devra transmettre en plus de la facture détaillée et acquittée, l'imprimé spécifique mis à disposition par la mutuelle et rempli par le médecin prescripteur.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la mutuelle sans avoir recours aux décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente. Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

Information, délai et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros.

Lorsque les prestations santé sont versées au bénéficiaire, elles sont versées dans un délai maximum de vingt jours calendaires, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives demandées par la mutuelle à l'article précédent, sauf cas de force majeure et hors délai bancaire. Ce délai est ramené à dix jours lorsque, les prestations ont fait l'objet d'échanges informatisés entre la mutuelle et la caisse d'Assurance maladie du bénéficiaire, dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes (échanges NOEMIE).

Les remboursements convenus aux présentes garanties peuvent aussi être adressés directement aux professionnels de santé ou établissements hospitaliers, dans le cas où une procédure de tiers payant a été mis en oeuvre par ces professionnels de santé et/ou ces établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais.

Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Restitution des prestations indues

Dans l'hypothèse où des prestations ont été versées indûment à un bénéficiaire (par exemple, remboursement pour un soin dont la date de référence ne se situe pas pendant la période de couverture ou encore versement de la prestation en double au professionnel de santé dans le cadre d'un accord de tiers payant et au bénéficiaire) ou que les montants versés ont été supérieurs à ce qu'il était censé recevoir (suite à une erreur de calcul, par exemple), ce bénéficiaire devra rembourser à la Mutuelle les sommes indûment perçues, en application du Code Civil (articles 1302 et 1302-1 du Code Civil). Ceci s'applique y compris si l'origine de l'indu est liée à une erreur de la Mutuelle.

La Mutuelle a 5 ans pour demander le paiement de cet indu, à compter du paiement, sauf à ce qu'elle ait été empêchée d'agir par suite d'un empêchement quelconque tel que la force majeure ou l'ignorance du caractère indu du paiement. Le cas échéant, un plan de remboursement pourra être établi avec le bénéficiaire concerné, en tenant compte de sa situation personnelle.

8.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) et aux conditions d'attribution de ses prestations, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande de remboursement ou bénéficie de prestations au titre du contrat collectif.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la mutuelle.

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

8.3 Garantie frais d'obsèques

Le cas échéant, lorsqu'une mention est portée au tableau descriptif des garanties, l'adhérent et ses ayants droit bénéficient d'une garantie remboursement frais d'obsèques. Elle a pour objet d'assurer le remboursement des frais d'obsèques engagés suite au décès d'une personne garantie, dans la limite du plafond indiqué au tableau descriptif des garanties.

La garantie frais d'obsèques est indemnitaire. **Les remboursements de frais d'obsèques sont effectués dans la limite des frais engagés. Les frais de concession et de rapatriement du corps ne sont pas pris en charge.**

La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais sur présentation d'une facture acquittée et d'une copie d'acte de décès, dans un délai maximum de trente jours, à compter de la réception de la totalité des pièces justificatives, sauf cas de force majeure.

La mutuelle se réserve le droit de demander en plus des pièces justificatives précitées un acte de notoriété, établi par un notaire.

Dans le cas où une procédure de tiers payant a été mise en œuvre par l'organisme de pompes funèbres afin d'éviter tout ou partie de l'avance des frais, la mutuelle verse la prestation à cet organisme.

Le plafond de remboursement des frais d'obsèques indiqué dans le tableau descriptif des garanties fait l'objet d'une revalorisation à compter du décès de l'assuré jusqu'à la réception de la totalité des pièces nécessaires au règlement de la prestation ou au plus tard jusqu'à la date de versement des sommes non réglées à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Cette revalorisation est opérée par application d'un taux annuel égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente,

- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français, disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

8.4 Grille de garanties

Les prestations garanties sont reprises dans les tableaux figurant en annexe de la présente notice.

3. Cotisations

Article 9 – Détermination de la cotisation

Les cotisations sont déterminées par année civile. Les montants ou les taux sont précisés dans le contrat collectif qui prévoit en outre le cadre de leur évolution. Elles sont déterminées en fonction du niveau de garanties choisi par le souscripteur ou par l'ancien salarié et du régime d'Assurance maladie obligatoire dont dépendent les adhérents.

Pour les anciens adhérents salariés bénéficiaires d'une garantie encadrée par l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31/12/1989 ayant pris effet à compter du 1^{er} juillet 2017, les cotisations sont déterminées conformément au plafonnement tarifaire progressif échelonné les 3 premières années issu du décret n° 2017-372 du 21 mars 2017 :

- 1^{ère} année : les tarifs ne peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs,
- 2^{ème} année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % aux tarifs globaux applicables aux adhérents salariés,
- 3^{ème} année : les tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux adhérents salariés.
- Fin du plafonnement tarifaire à partir de la 4^{ème} année.

Les ayants droit de l'ancien adhérent salarié ne sont pas concernés par ce plafonnement tarifaire.

Les cotisations évolueront à la date anniversaire de prise d'effet de la garantie, durant les 3 premières années du plafonnement progressif.

Ces tarifs encadrés les 3 premières années sont maintenus selon le plafonnement progressif prévu par le décret, sous réserve de la répercussion d'une évolution des tarifs globaux (intégrant la part salariale et la part patronale) des adhérents salariés au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 10 – Paiement de la cotisation

10.1 Règlement de la cotisation

Le souscripteur règle la cotisation de la base obligatoire des salariés (précompte de la cotisation) auprès de la mutualité sociale agricole (MSA) au vu d'un appel établi par celle-ci qui comporte, le cas échéant, une régularisation de soldes. La cotisation sera reversée ensuite à la mutuelle.

Le salarié règle la cotisation de la garantie optionnelle éventuellement choisie pour la famille par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle. En cas de non-paiement de la cotisation, il sera fait application des dispositions de l'article des conditions générales *En l'absence de précompte de la cotisation par le souscripteur.*

L'ancien salarié règle les cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire ou postal au vu d'un appel établi par la mutuelle.

Périodicité de règlement

La périodicité de règlement de la cotisation est définie par le souscripteur lors de la mise en place du contrat ou au cours de celui-ci (paiement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel). À défaut de choix opéré par le souscripteur, le paiement de la cotisation s'effectue de manière trimestrielle à terme échu. En cas de défaut de paiement de la cotisation, la procédure définie à l'article *Non-paiement de la cotisation* sera mise en oeuvre.

La périodicité de règlement de la cotisation par l'adhérent est définie lors de son adhésion ou au cours de celle-ci. Le paiement de cette cotisation s'effectue par défaut de manière mensuelle à échoir. En cas de défaut de paiement de la cotisation, la procédure définie à l'article *Non-paiement de la cotisation* sera mise en oeuvre.

10.2 Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- de supprimer les facilités de paiements qu'elle a accordées ;
- et d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet du mode de paiement effectué notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

10.3 Non-paiement de la cotisation

Le défaut de paiement du souscripteur entraîne la résiliation de l'ensemble des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Le défaut de paiement de l'adhérent au titre de garanties facultatives, pour ses ayants droit ou pour lui-même, entraîne la résiliation des garanties si la part de cotisation n'a pas été réglée quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

À défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur, la part de la cotisation payée par l'adhérent afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus le risque, lui est remboursée. Cela ne concerne que les garanties facultatives au titre d'option ou de la couverture des ayants droit.

4. Dispositions diverses

Article 11 – Garanties d'assistance

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également de garanties d'assistance.

La garantie d'assistance de base a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité. Ce contrat collectif est assuré auprès d'un assureur agréé dont la dénomination, les mentions légales et les coordonnées sont stipulées en annexe au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé. Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent par le souscripteur. Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées au souscripteur.

Article 12 – Couverture des accidents

La mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent contrat et selon les modalités prévues ci-après.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident, la mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite du tableau descriptif de garanties et dans le respect des obligations de prise en charge définies à l'article *Contrats solidaires et responsables*.

12.1 Recours subrogatoire

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

12.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sauf cas de force majeure, faire à la mutuelle, dans un délai de 3 mois, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la mutuelle.

À défaut d'information par l'adhérent, la mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n°85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident pour obtenir le remboursement des prestations versées à cet accident.

12.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

12.4 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

12.5 Fausse déclaration ou omission de déclaration

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent portant sur des éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la modification de son adhésion ayant donné lieu à la signature d'un bulletin de modification d'adhésion, ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur la réalisation du risque, expose l'adhérent à l'application des sanctions décrites ci-après.

En application de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion de la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé de la part de l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations payées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. La Mutuelle peut, par ailleurs, engager des poursuites pour la récupération des prestations indument réglées.

Article 13 – Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au contrat collectif se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.**
- **en cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L.100 du code des postes et communications électroniques.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- **une demande en justice, même en référé,**
- ou portée devant une juridiction incompétente,**
- **un acte d'exécution forcée,**
- **la reconnaissance précise et non équivoque**

par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrit.

Article 14 – Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la mutuelle.

Article 15 – Autorité de contrôle

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité administrative dont la dénomination et les coordonnées sont stipulées en annexe.

Article 16 – Réclamations et médiation

Pour toute réclamation liée à l'application de la présente notice, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la mutuelle. Il a la possibilité d'adresser une réclamation écrite par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur l'espace « Harmonie&Moi » ou en envoyant un courrier postal à l'adresse figurant sur sa carte mutualiste.

La mutuelle accusera réception de la réclamation dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de son envoi (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation fera l'objet d'une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de son envoi.

Enfin, dans tous les cas, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur, dès réception d'une réponse écrite de la mutuelle, et à défaut 2 mois après de l'envoi de sa première réclamation écrite, en écrivant au service de médiation indépendant dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

La saisine du médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

Article 17 – Protection des données à caractère personnel

Le souscripteur, en tant que responsable du traitement recueille et transmet les informations relatives à l'adhérent et à ses éventuels ayants droit à la Mutuelle pour permettre leur affiliation et les informera que la Mutuelle met en œuvre, sous sa responsabilité, différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants droit, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

La mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour (i), le recouvrement et le contentieux (ii), son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées (iii), le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (iv), dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres (v), toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique).

Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance).

Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre pour des motifs légitimes d'un droit d'effacement, d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière.

Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel.gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données – Data Protection Officer – dont les coordonnées sont stipulées en annexe. Lors de l'exercice de ces droits, la production d'un titre d'identité pourra être demandée. En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées sont stipulées en annexe.

Pour en apprendre plus sur la manière dont la Mutuelle traite leurs données, l'adhérent et ses ayants droit peuvent consulter la rubrique relative aux traitements des données à caractère personnel «Politique de données» sur le site Internet de la Mutuelle www.harmonie-mutuelle.fr

Pour plus d'informations sur ce sujet, il est possible de se reporter au code de conduite de la mutuelle, disponible à l'adresse suivante : <https://www.harmonie-mutuelle.fr/anticorruption-nos-engagements>

Article 18 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs et de prévention de la corruption

La mutuelle doit respecter les réglementations applicables en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme, gel des avoirs, et de prévention de la corruption. La mise en œuvre de ces réglementations pourra amener la mutuelle à solliciter auprès du souscripteur et des adhérents la communication d'informations et/ou de pièces justificatives portant sur leur identification, l'identification des parties prenantes ou l'opération concernée (ressources ou l'origine des fonds déclarés). Afin de permettre à la Mutuelle de respecter ces obligations, l'adhérent s'engage à lui remettre les éléments et justificatifs demandés. En tout état de cause, les éléments demandés seront limités à ceux requis afin de répondre aux obligations réglementaires présentement énoncées et auxquelles la mutuelle est assujettie. La souscription et l'adhésion sont conditionnées aux résultats des vérifications conduites et pourront être refusées, dès lors que cela exposerait la mutuelle à une quelconque sanction.

ANNEXE COORDONNÉES

INTERLOCUTEURS	ADRESSES
ASSISTANCE	● Ressources Mutuelles Assistance (RMA) Union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 444 269 682, numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28. Siège social : 46 rue du Moulin – CS 32427 – 44124 Vertou Cedex
RÉCLAMATIONS	● Soit sur votre espace Harmonie&Moi ● Soit par courrier à l'adresse figurant sur votre carte mutualiste
MÉDIATION	● Soit sur le site du médiateur : http://cnpm-mediation-consommation.eu ● Soit par courrier à : CNPM MEDIATION CONSOMMATION 27 Avenue de la Libération 42400 Saint-Chamond
DATA PROTECTION OFFICER (DPO)	● Soit par courrier à : Harmonie Mutuelle – Service DPO 29 quai François Mitterrand 44273 Nantes Cedex 2 ● Soit par mail à : dpo@harmonie-mutuelle.fr
CNIL	● Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 75334 Paris Cedex 07 (www.cnil.fr)
AUTORITÉ DE CONTRÔLE	● Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09

RÉSUMÉ DE VOTRE GARANTIE

CCN AGRICOLE Pays De Loire

Prestations en vigueur au 01/01/2025

REMBOURSEMENT GARANTIES COMPLEMENTAIRES SANTE (incluant le remboursement du régime de base)

	Socle conventionnel (incluant les remboursements du régime général MSA)	Option 1 (incluant les remboursements du socle conventionnel)	Option 2 (incluant les remboursements du socle conventionnel)
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations, visites généralistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR
- Autres praticiens ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Consultations, visites spécialistes			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR
- Autres praticiens ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Actes techniques médicaux et d'échographie			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR
- Autres praticiens ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Actes d'imagerie dont ostéodensitométrie acceptée			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	150 % BR
- Autres praticiens ⁽¹⁾	100 % BR	100 % BR	130 % BR
Actes de sages-femmes	100 % BR	100 % BR	150 % BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	150 % BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes)	100 % BR	100 % BR	150 % BR
MEDICAMENTS REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE			
	100 % BR	100 % BR	100 % BR
MATERIEL MEDICAL			
Orthopédie, appareillages et accessoires médicaux acceptés par le régime obligatoire	100 % BR + 50 € / an	100 % BR + 100 € / an	100 % BR + 100 € / an
Gros appareillage	100 % BR	100 % BR + 300€ / an	100 % BR + 400€ / an
TRANSPORT			
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR	100 % BR
AIDES AUDITIVES			
Prothèse auditive remboursable ⁽²⁾⁽³⁾	-	-	-
- Equipement 100% santé (Classe I - tel que défini règlementairement) ⁽²⁾⁽³⁾	100 % santé	100 % santé	100 % santé
- Equipement à tarifs Libres (Classe II) ⁽²⁾⁽³⁾	100% BR + 7 % PMSS /Appareil (dans la limite de 1700€)	100% BR + 12 % PMSS /Appareil (dans la limite de 1700€)	100% BR + 15 % PMSS /Appareil (dans la limite de 1700€)
Piles	100 % BR	100 % BR	100 % BR
CURE THERMALE ACCEPTEE PAR L'AMO			
Cure thermique (y compris forfait de surveillance médicale, forfait thermal, frais d'hébergement et frais de transport)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
HOSPITALISATION			
MEDICALE, CHIRURGICALE ET MATERNITE			
Frais de séjour	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie et d'obstétrique			
- Adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ⁽¹⁾	255 % BR	255 % BR	350 % BR
- Autres praticiens ⁽¹⁾	200 % BR	200 % BR	200 % BR
Ambulances, véhicules sanitaires légers...	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Forfait journalier hospitalier	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Forfait actes lourds / Forfait Patient urgence	Frais réels	Frais réels	Frais réels

Chambre particulière ⁽⁴⁾	35 € / jour	40 € / jour	60 € / jour
Chambre particulière en ambulatoire ⁽⁵⁾	35 € / jour	40 € / jour	60 € / jour
Frais d'accompagnant d'un enfant de moins de 16 ans ⁽¹⁵⁾	20 € / jour	35 € / jour	50 € / jour
Forfait maternité (dans la limite des frais réellement engagés)	1/3 PMSS	1/3 PMSS	1/3 PMSS
OPTIQUE			
Équipement 100% santé (Classe A - tel que défini règlementairement) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾			
Monture + verres	100 % santé	100 % santé	100 % santé
Équipement à tarifs libres (Classe B) ⁽⁶⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾			
Enfant			
Monture	100 €	100 €	100 €
Verre simple	60 % + 100 €	60 % + 131 €	60 % + 140 €
Verre complexe	60 % + 175 €	60 % + 191 €	60 % + 226 €
Verre très complexe	60 % + 175 €	60 % + 191 €	60 % + 226 €
Adulte			
Monture	30 %	100 €	100 €
Verre simple	60 % + 113 €	60 % + 113 €	60 % + 140 €
Verre complexe	60 % + 181 €	60 % + 191 €	60 % + 226 €
Verre très complexe	60 % + 181 €	60 % + 191 €	60 % + 226 €
Adaptation de la correction visuelle	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Verres avec filtre	100 % FR	100 % FR	100 % FR
Autres suppléments (prisme, système antipétiosis, verres iséconiques)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Lentilles (refusées et acceptées par le régime de base)	100 % BR ou 0 % BR + 3,2 % PMSS / an / bénéficiaire	100 % BR ou 0 % BR + 5 % PMSS / an / bénéficiaire	100 % BR ou 0 % BR + 7,5 % PMSS / an / bénéficiaire
Opération de chirurgie correctrice de l'œil ⁽¹⁶⁾	-	200 € / œil	400 € / œil
DENTAIRE			
SOINS			
Soins (hors 100 % santé)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Soins et Prothèses dentaires 100 % Santé ⁽¹⁰⁾	100 % santé	100 % santé	100 % santé
Soins et Prothèses dentaires à tarifs maîtrisés et libre ⁽¹⁰⁾			
- Prothèses dentaires acceptés	210 % BR + 10,5 % PMSS / an / bénéficiaire	230 % BR + 14 % PMSS / an / bénéficiaire	250 % BR + 14 % PMSS / an / bénéficiaire
- Prothèses dentaires sur dents visibles en complément du remboursement ci-dessus			5,5 % du PMSS / an / Bénéficiaire
- Prothèses transitoires	125 % BR	125 % BR	125 % BR
- Inlay-Core	125 % BR	125 % BR	125 % BR
- Inlay onlay	125 % BR	125 % BR	225 % BR
Orthodontie acceptée par le régime obligatoire	160 % BR	200 %	300 % BR
Orthodontie refusée par le régime obligatoire	-	100 € / an	200 € / an
Implantologie ⁽¹¹⁾	-	300€ / implant (maximum 1 implant / an)	400€ / implant (maximum 1 implant/an)
Parodontologie ^{(11) (13)}	-	100 € / an	200 € / an
AUTRES			
Médecine douce : ostéopathie, chiropractie, acupuncture, sophrologie, spécialités Microkinésithérapie, Auriculothérapie, Mésothérapie, Bio-kinergie, Kiné méthode Mézières, TENS-neurostimulation électrique transcutanée ⁽¹¹⁾⁽¹⁴⁾	30 € / séance limité à 4 séances par an	35 € / séance limité à 4 séances par an	40 € / séance limité à 4 séances par an
Sevrage Tabagique (hors et sur prescription médicale)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Ostéodensitométrie (dépistage de l'ostéoporose)	40 € / an	40 € / an	40 € / an
Diététicien	50 € / an	50 € / an	50 € / an
Vaccin anti-grippal (non pris en charge par le Régime Obligatoire et sur présentation de l'original de la facture)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Vaccins prescrits non remboursés par le régime de base	25 € / an	25 € / an	25 € / an
Pillules, anneaux et patchs contraceptifs non remboursés par le régime obligatoire ⁽¹¹⁾	-	50 € / an	50 € / an
Actes de prévention ⁽¹²⁾	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Assistance	Oui	Oui	Oui

- (1) Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée : Désigne les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales prévus par les conventions nationales médicales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale. Sont notamment visés les contrats d'accès aux soins (CAS), les Options Pratiques Tarifaires Maîtrisées (OPTAM – OPTAMCO)
- (2) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente fixés par la réglementation.
- (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille.
- Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.
- (4) Si établissement conventionné avec accord tarifaire, la mutuelle prend en charge dans les limites des tarifs de l'accord.
- (5) Le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée.
- (6) Tel que défini réglementairement, dans le respect des prix limites de vente et des plafonds fixés par la réglementation.
- (7) Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue.
- (8) Un équipement est composé de deux éléments, à savoir deux verres et une monture. Chaque élément d'un équipement étant pris en charge selon les conditions applicables à la classe à laquelle il appartient (100% Santé ou Tarif libre).
- (9) – Verres simples :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6.00 et +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6.00 dioptries.
- Verres complexes :
- Verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6.00 à +6.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6.00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égale à 0.25 dioptrie,
- Verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est supérieure à 6.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4.00 et +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8.00 dioptries.
- Verres très complexes :
- Verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4.00 à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8.00 et 0.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4.00 dioptries,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8.00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0.25 dioptrie,
- Verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8.00 dioptries.
- (10) Tel que défini réglementairement, dans le respect des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation.
- (11) Non pris en charge par le Régime Obligatoire (sur présentation de l'original de la facture).
- (12) Tous les actes de prévention (cf. Arrêté du 8 juin 2006 pris pour l'application de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 du même code) sont pris en charge au titre du présent dispositif frais de santé et pour chaque bénéficiaire.
- (13) Prise en charge des actes CCAM avec un code regroupement TDS (Tissu De Soutien)
- (14) Seules les séances effectuées et facturées par des médecins ou par des professionnels autorisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge, sous réserve que la facture comporte le n° FINESS et/ou le n° ADELI et/ou le n° RPPS du professionnel concerné.
- (15) Concernent uniquement les frais de repas et /ou d'hébergement, facturés en milieu hospitalier, maison des parents ou structure spécifique d'hébergement des malades et de leur famille, lors d'une hospitalisation avec nuitée(s) prise en charge au titre de la présente garantie.
- (16) Ces actes de chirurgie (quelle que soit la technique utilisée) et/ou implants oculaires, doivent être destinés à corriger la myopie, l'astigmatisme, l'hypermétropie et/ou la presbytie, à stabiliser une perte d'acuité visuelle, ou à traiter les maladies des yeux.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENT¹ – BASE RÉGIME GÉNÉRAL

Prestations en vigueur au 01/01/2025

Contrat d'assurance santé responsable ²	Tarif le plus souvent facturé ou tarif réglementé	Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR) ³	Remboursement assurance maladie obligatoire (AMO)	Remboursement assurance maladie complémentaire (AMC)	Reste à charge
HOSPITALISATION					
Forfait journalier hospitalier (hébergement)	20 € (15 € en service psychiatrique)	0 €	0 €	20 € (15 €)	0 €
Chambre particulière (sur demande du patient)	NC	Non remboursé	Non remboursé	35 €	Selon la dépense engagée
Séjours avec actes lourds					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'une opération chirurgicale de la cataracte, en secteur privé.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	BR – 24 €	24 €	0 €
Frais de séjour en secteur privé	794,12 €	794,12 €	770,12 €	24 €	0 €
Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	100 % BR	Dépassements si prévu au contrat	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	422 €	271,70 €	271,70 €	150,30 €	0 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	Selon contrat
Opération en secteur privé : honoraires chirurgien	463 €	271,70 €	271,70 €	191,30 €	0 €
Séjours sans acte lourd					
L'hôpital public inclut la rémunération des praticiens dans les frais de séjour, alors que leurs honoraires sont facturés séparément dans le secteur privé.					
Exemple d'un suivi d'une pneumonie ou pleurésie pour un patient de plus de 17 ans, en hôpital public.					
Frais de séjour	Différent selon public/privé	BR	80 % BR	20 % BR	0 €
Frais de séjour en secteur public	3 344,37 €	3 344,37 €	2 675,50 €	668,87 €	0 €
SOINS COURANTS					
Honoraires médecins secteur 1 (généralistes ou spécialistes)	Tarif de convention	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation médecin traitant généraliste pour un patient de plus de 18 ans	30 €	30 €	19 €	9 €	2 € de participation forfaitaire
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	35 €	35 €	24,50 €	10,50 €	0 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	37,00 €	37,00 €	23,90 €	11,10 €	2 € de participation forfaitaire

Honoraires médecins adhérents OPTAM ou OPTAM-CO	Dépassements maîtrisés	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat	2 € de participation forfaitaire plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	50 €	35 €	24,50 €	10,50 €	15 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	54 €	37 €	23,90 €	11,10 €	19 €
Honoraires médecins secteur 2 (non adhérents OPTAM ou OPTAM-CO)	Honoraires libres	BR	70 % BR – 2 €	30 % BR + dépassement si prévu au contrat (remboursement des dépassements plafonné à 100 % BR)	2 € de participation forfaitaire, plus dépassement selon contrat
Ex : consultation pédiatre pour enfant de 2 à 6 ans	64 €	23 €	16,10 €	6,90 €	41 €
Ex : consultation médecin spécialiste pour un patient de plus de 18 ans (gynécologie, obstétrique, ophtalmologie, dermatologie, etc...)	65 €	23 €	14,10 €	6,90 €	44 €
Matériel médical	Tarif moyen facturé	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : achat d'une paire de béquilles	25,99 €	24,40 €	14,64 €	11,35 €	0 €
DENTAIRE					
Soins et prothèses 100 % santé	Honoraire limite de facturation (HLF)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite du plafond des honoraires	0 €
Ex : pose d'une couronne céramo-métallique sur incisives, canines et premières prémolaires (HBLD634)	500 €	120 €	72 €	428 €	0 €
Soins (hors 100 % santé)	Tarif de convention	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : détartrage	43,38 €	43,38 €	26,03 €	17,35 €	0 €
Prothèses (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : couronne céramo-métallique sur molaires	554 €	120 €	72 €	482 €	0 €
Orthodontie (moins de 16 ans)	Prix moyen national	BR	100 % BR	Dépassement si prévu au contrat	Selon contrat
Ex : traitement par semestre (6 max)	698 €	193,50 €	193,50 €	127,10 €	377,40 €
OPTIQUE					
Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV ⁴	0 €
Ex : verres simples et monture	42,50 € (par verre) + 30 € (monture)	12,75 € par verre + 9 €	7,65 € par verre + 5,40 €	34,85 € par verre + 24,60 €	0 €
Ex : verres progressifs et monture	90 € (par verre) + 30 € (monture)	27 € par verre + 9 €	16,20 € par verre + 5,40 €	73,80 € par verre + 24,60 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Ex : verres simples + monture	107 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	256 €	99,91 €
Ex : verres progressifs + monture	239 € (par verre) + 142 € (monture)	0,05 € par verre + 0,05 €	0,03 € par verre + 0,03 €	392 €	227,91 €
Lentilles	Prix moyen national	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Pas de prise en charge (dans le cas général)	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé (dans le cas général)	Non remboursé (dans le cas général)	123,65 € / an	Selon la dépense engagée
Chirurgie réfractive	Prix moyen national	Non remboursé	Non remboursé	Prise en charge si prévu au contrat	Selon contrat
Forfait annuel	NC	Non remboursé	Non remboursé	0 € /oeil	Selon la dépense engagée

AIDES AUDITIVES

Équipement 100 % santé	Prix limite de vente (PLV)	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement dans la limite des PLV	0 €
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	950 €	400 €	240 €	710 €	0 €
Équipement (hors 100 % santé)	Prix moyen national	BR	60 % BR	40 % BR + dépassement si prévu au contrat, dans la limite des plafonds réglementaires	Selon contrat
Par oreille pour un patient de plus de 20 ans	1 565 €	400 €	240 €	430,48 €	894,52 €

1. Les exemples de remboursement sont donnés pour un assuré sans taux de prise en charge particulier et respectant le parcours de soins coordonnés.
2. Les contrats sont dits « responsables » quand ils respectent des obligations fixées par la réglementation, notamment des minimums et maximums de remboursement ainsi que des interdictions de prise en charge. Pour aller plus loin, consulter le Glossaire de l'assurance complémentaire santé.
3. La BR est un tarif de « référence » fixé pour chaque acte, chaque produit, chaque dispositif médical.
L'assurance maladie obligatoire ne rembourse dans la plupart des cas qu'un % de la BR, à un taux différent selon les actes, produits de santé, dispositifs médicaux, le complément étant apporté par l'assurance maladie complémentaire.
4. Prix limite de vente.

Ce document présente des exemples de remboursement en euros par l'assurance maladie et par votre contrat complémentaire santé, parmi les cas les plus fréquents et selon le niveau de couverture choisi. Ils ne correspondent pas forcément à vos besoins ou à votre situation mais, ils vous permettent de comprendre, choisir ou comparer les tableaux de garantie. Ils ne peuvent se substituer aux documents contractuels qui seuls engagent l'organisme de complémentaire santé. Ils ont été construits sur la base des données communiquées par l'assurance maladie obligatoire et en s'appuyant sur le Glossaire de l'assurance complémentaire santé édicté par l'UNOCAM. (<https://unocam.fr/ressources/documents-a-telecharger/>)

