Mutami
LE LIEN SOLIDAIRE

REGLEMENT MUTUALISTE

Approuvé par le conseil d'administration

du 30 mai 2024

www.mutami.fr

SOMMAIRE

..... 1

CHAPITRE I. 9

GAMME INDIVIDUELLE..... 9

TITRE I – ADHESION 9

Article 1 : Conditions d'adhésion 9

Article 2 : Bénéficiaires des prestations... 9

Article 3 : Choix des options 10

Article 4 : Prise d'effet de l'adhésion et des garanties 10

Article 5 : Durée de l'adhésion et renouvellement 11

Article 6 : Vente à distance/démarchage à domicile 11

Article 7 : Changement de situation /Changement d'option/ Changement de niveau de garantie 11

Article 9 : Omission et fausse déclaration-fraude 13

TITRE II – GARANTIES..... 14

FRAIS DE SOINS DE SANTE 14

Article 10 : Définition des garanties..... 14

Article 11 : Révision des garanties..... 14

Article 12 : Risques exclus 15

Article 13 : Plafond de garanties 15

Article 14 : Frais médicaux engagés à l'étranger 15

Article 15 : Cessation des garanties 16

Article 16 : Dispositions particulières à certaines garanties 16

TITRE III 17

AUTRES GARANTIES..... 17

Article 17 : Garantie en inclusion..... 17

Article 18 : Offre surcomplémentaire santé 17

TITRE IV – COTISATIONS 18

Article 19 : Montant des cotisations 18

Article 20 : Paiement des cotisations.... 18

Article 21 : Non-paiement des cotisations18

Article 22 : Révision de la cotisation..... 19

TITRE V – VERSEMENT..... 19

DES PRESTATIONS 19

Article 23 : Ouverture du droit aux prestations 19

Article 24 : Délai de sinistre et formalités19

Article 25 : Paiement des prestations ... 20

Article 26 : Déchéance et délais de déclaration 20

Article 27 : Délai de versement des prestations 21

Article 28 : Montant maximum d'indemnisation 21

Article 29 : Tiers payant 21

Article 30 : Contrôle médical des prestations 22

TITRE VI 22

DISPOSITIONS DIVERSES 22

Article 31 : Prescription 22

Article 32 : Subrogation dans les droits du bénéficiaire 23

Article 33 : Recours contre le bénéficiaire23

Article 34 : Protection des données personnelles 23

Article 35 : Opposition au démarchage téléphonique 24

Article 36 : Secret professionnel..... 24

Article 37 : Réclamations..... 24

Article 38 : Médiation 25

Article 39 : Lutte contre le blanchiment des capitaux/ financement du terrorisme ... 25

Article 40 : Autorité de contrôle 25

Article 41 : Loi applicable 25

Article 42 : Valeur contractuelle 25

CHAPITRE II 26

GAMME INDIVIDUELLE POUR LES ADHERENTS DU SECTEUR PUBLIC 26

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES OFFRE HOSPITALIERE 26

Article 43 : Objet du contrat 26

TITRE II – DISPOSITIONS GENERALES CONTRAT LABELLISÉ..... 26

Article 44 : Objet du contrat 26

Article 45 : Date d'effet renouvellement - résiliation 27

Article 46 : Cotisations 27

Article 47 : Modalités de changement de formules 27

Article 48 : Informations devant être communiquées 27

ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR VERSEMENT DES PRESTATIONS 29

ANNEXE 2 : TABLEAUX DES GARANTIES. 30

La Mutuelle Mutami est une Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II duCodede la Mutualité, immatriculée au Registre SIRENE sous le numéro 776 950 677, dont le siège social est situé au 70 boulevard Matabiau CS 46951 31069 Toulouse Cedex 7. La Mutuelle Mutami est désignée dans le présent règlement mutualiste par le terme "la Mutuelle".

Le règlement mutualiste a pour but de préciser le contenu et la durée des engagements existant entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les garanties de la gamme individuelle et plus particulièrement les prestations et les cotisations. Il définit les droits et les devoirs réciproques de la Mutuelle et de ses membres conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité. Les membres sont tenus de s'y conformer, au même titre que les statuts.

Il a pour objet d'offrir aux membres participants des garanties concernant les frais de soins de santé. Il est régi par le Code de la mutualité.

Définitions

Accident

Il s'agit de tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Actes non remboursables par le régime obligatoire

Désignent les actes non reconnus par la Sécurité Sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Assistance

Aide en nature ou en espèces fournie au bénéficiaire lorsqu'il se trouve en difficulté par suite d'un événement prévu à la notice d'information du contrat d'assurance collectif remis au membre participant.

Assurance maladie obligatoire (sécurité sociale)

L'ensemble des régimes obligatoires (RO) couvrant tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents. Elle permet de couvrir la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

Assurance Maladie Complémentaire

Ensemble des garanties proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Auxiliaires médicaux

Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'assurance maladie obligatoire.

Ayant droit

L'ayant droit est une personne qui bénéficie de l'assurance maladie complémentaire du membre participant en raison de ses liens familiaux avec celui-ci.
Les ayants droit du membre participant de la Mutuelle sont :

- leur conjoint, tel que défini ci-dessous,
- leurs enfants à charge, tels que définis ci-dessous,

Les ayants droit peuvent bénéficier des garanties du présent règlement mutualiste dès lors qu'une cotisation afférente à cette couverture est versée et sous réserve de leur déclaration par le membre participant et de la communication à la mutuelle des justificatifs.

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BR)

Tarif de référence de l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement.
On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les

représentants de cette profession ;

- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Conjoint

- Le conjoint de l'adhérent légalement marié non séparé de corps judiciairement à la date de l'évènement donnant lieu à prestations.
- Est assimilé au conjoint, le concubin reconnu ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation, selon le cas, d'une attestation sur l'honneur de vie commune ou de la copie du pacte civil de solidarité ;

Il est précisé qu'en cas de concubins multiples, seul le concubin qui se trouve à la charge effective, totale et permanente de l'adhérent sera pris en considération. À défaut ou en cas de pluralité de concubins répondant à cette dernière définition, seul le plus âgé, sera retenu.
En cas de mariage de l'adhérent ou de conclusion d'un PACS par l'adhérent, le concubin ne peut plus être considéré comme ayant droit.

Consultation médicale

C'est l'examen physique et/ou mental d'un patient par un médecin généraliste ou spécialiste, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, généralement effectué au cabinet du professionnel de santé, en centre de santé ou au sein d'un établissement de santé, ou à distance, dans le cadre d'une téléconsultation.

Contrat responsable et solidaire

Le contrat est dit « solidaire », lorsqu'aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et la cotisation n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'adhérents et le cas échéant de ses ayants droit.
Le contrat est dit « responsable » lorsque les garanties proposées par la mutuelle répondent aux conditions de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale ainsi qu'aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

Il doit également inciter l'adhérent ayant souscrit un contrat de ce type à adopter un comportement responsable.

Cotisation

Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties de l'assurance maladie complémentaire et éventuellement des services proposés.

Délai d'attente

Le délai d'attente, également appelé délai de carence, est la période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, ou de manière limitée, sauf pour les prises en charge imposées par le cahier des charges du contrat responsable, fixées par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale reprises à l'article 18 du présent Règlement Mutualiste, bien que l'adhérent cotise. Les délais d'attente ne sont pas appliqués aux nouveaux adhérents pouvant justifier du bénéfice d'une complémentaire santé antérieure, avec une interruption maximale de trois mois entre la résiliation de l'ancienne couverture et l'adhésion à la Mutuelle. Cette justification est apportée sur présentation d'un certificat de radiation.

Dépassement d'honoraire

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements comme tout honoraire, « avec tact et mesure », et en informer préalablement son patient. La couverture complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements, si le contrat le prévoit. Dans ce cas, le niveau de remboursement est plafonné pour les médecins non adhérant à un DPTAM (Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée).

Documents contractuels

La proposition d'adhésion formulée à l'adhérent est effectuée en fonction des réponses apportée par ce dernier à la fiche d'identification et de conseil.
Les Documents définissant les droits et les obligations des personnes assurées sont :

- Le bulletin d'adhésion
- Le présent règlement mutualiste
- La carte d'adhérent

Échéance de cotisation

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation.

Enfants à charge

Les enfants à charge du membre participant, de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie ainsi que les enfants recueillis.

Sont considérés comme enfants à charge :

- Tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 18ème anniversaire (sans justificatif),
- Tout enfant jusqu'au 31 décembre de l'année de son 27ème anniversaire et sur justificatif
- s'il poursuit ses études sur présentation d'un certificat de scolarité
- s'il est à la recherche d'un premier emploi et inscrit à ce titre au Pôle Emploi sur présentation de l'attestation d'inscription
- s'il est sous contrat d'alternance (apprentissage, professionnalisation…)

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte d'invalide prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et de la famille et que son état d'invalidité est survenu avant son 21ème anniversaire.

Équipement optique

Un équipement optique s'entend comme un ensemble monture + 2 verres.

Exclusion de garanties

Situation, risque ou maladie pour lesquels les dépenses de soins ou les pertes de revenu ne sont pas couvertes par le présent règlement. Ils doivent être obligatoirement précisés dans les documents contractuels.

Forfait journalier

Le forfait journalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Garantie

Elle correspond à l'engagement de la Mutuelle de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, les bénéficiaires sont victimes d'un sinistre tels que prévus au présent règlement mutualiste.

Membre participant

Personne physique ayant rempli et signé le bulletin d'adhésion pour adhérer au présent règlement mutualiste de la Mutuelle. A compter de son adhésion au contrat, le membre participant peut exercer à ce titre ses droits mutualistes conformément aux statuts de la Mutuelle.
Le membre participant est également appelé « Adhérent » dans le présent règlement mutualiste.

Mutuelle

La mutuelle est un organisme d'assurance qui prend en charge tout ou partie des frais de santé du bénéficiaire en application de la garantie choisie par le membre participant, en complément des prestations de l'Assurance Maladie Obligatoire.
La mutuelle est un organisme à but non lucratif, régi par le Code de la Mutualité, dans lequel les adhérents (membres participants) participent

directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle.

Nomenclature

Cette notion désigne les documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de la Sécurité sociale.

Parcours de soins

Circuit que les patients doivent respecter pour être pris en charge médicalement de façon personnalisée.
Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.
Est considéré comme étant le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).
Entre également dans le parcours de soins tout acte auprès:
- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel le patient est adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé à savoir : les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans,

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué.

Prescription médicale

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

Prestations

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants droit par l'organisme d'assurance maladie complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Résiliation, démission, radiation

Fin du contrat à l'initiative de l'assuré ou de la mutuelle dans les cas et conditions prévus par la loi ou le présent règlement, à une date précise.

Reste à charge

C'est la part des dépenses de santé ou des frais qui reste à la charge de l'assuré social après le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et de sa complémentaire santé (AMC).
Après intervention de l'AMO, le reste à charge est constitué : du ticket modérateur (sur les soins et prestations remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire), de l'éventuelle franchise ou participation forfaitaire, des éventuels dépassements d'honoraires ou tarifaires, de l'éventuel forfait journalier hospitalier, des frais liés aux soins et prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.
L'assurance maladie complémentaire couvre, selon le caractère responsable et solidaire du contrat ou non et selon les postes de garanties, tout ou partie du reste à charge.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'1€ ou d'une franchise). Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou les traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD). Le ticket modérateur peut être forfaitaire (il est fixé à 24€) pour certains actes dits « lourds ». Il est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions). La participation forfaitaire d'1€, les franchises et les dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur : il constitue l'ensemble des frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Tiers payant ou dispense d'avance de frais

Paiement direct, total ou partiel des frais médicaux ou pharmaceutiques par la Mutuelle au lieu et place du membre participant ou du bénéficiaire.

Médecin adhérent à l'OPTAM - OPTAM-CO ou Non adhérent à l'OPTAM - OPTAM-CO (également appelé « Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée- DPTAM »)

Les dispositifs de pratique tarifaire maitrisée, désignent des contrats mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'Assurance Maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.
Depuis le 1er janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :
à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée – CO (dite OPTAM–CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
à l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.
Le caractère « responsable » de la couverture a une incidence sur le remboursement des prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) pourront bénéficier, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).
Pour savoir si un médecin a adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, le site annuairesante.ameli.fr est à la disposition de tous.

Réseau de soin

Les réseaux de soins sont créés par des conventions conclues entre des organismes complémentaires d'assurance maladie (directement ou par l'intermédiaire d'un tiers) et des professionnels ou des établissements de santé. Avec leurs réseaux de soins, les organismes complémentaires d'assurance maladie peuvent offrir des soins de qualité aux adhérents et assurés à des tarifs moindres et/ou avec une meilleure prise en charge

CHAPITRE I.

GAMME INDIVIDUELLE

TITRE I – ADHESION

Article 1 : Conditions d'adhésion

Avant la signature du bulletin d'adhésion à titre individuel, la Mutuelle remet au futur membre :

- Une fiche d'identification et de conseil permettant de recueillir les besoins du futur membre,
- Une fiche IPID précisant de manière synthétique et standardisée les garanties proposées,
- Un bulletin d'adhésion,
- Un exemplaire des statuts et du présent règlement mutualiste (mise à disposition sur le site internet de la mutuelle www.mutuelle-mutami.fr ou remise en version papier ou par mail sur demande),
- Un exemplaire de la notice ou les conditions générales des garanties en inclusion (mise à disposition sur l'espace adhérent de la mutuelle ou remise en version papier ou par mail sur demande).

En cas d'acceptation, l'adhésion à la Mutuelle comprend :

- Le bulletin d'adhésion complété, daté, paraphé et signé ainsi que le formulaire de conseil.
- Les pièces du régime obligatoire permettant d'identifier les membres désignés (membre participant et bénéficiaires) : la copie de l'attestation sécurité sociale française et celle de vos éventuels ayants droit.
- Une copie recto-verso d'un justificatif d'identité du membre participant et des éventuels ayants droit.
- Un relevé d'identité bancaire pour les cotisations,
- Un relevé d'identité bancaire pour les prestations le cas échéant,
- Un relevé d'identité bancaire pour chaque bénéficiaire mineur de plus de 16 ans qui souhaite percevoir directement leversement des prestations.
- Un mandat SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire.
- Les trois premiers mois de cotisation pour les membres participants ayant opté pour le paiement par chèque,
- Un certificat de radiation du précédent organisme assureur,
- un justificatif de domicile (de moins de 3 mois).

Article 2 : Bénéficiaires des prestations

2.1 Définitions

Peuvent être bénéficiaires des prestations, s'ils sont désignés par le membre participant :

- Le membre participant lui-même,
- Les ayants droit du membre participant tel que définis ci-avant.

2.2 Conditions d'affiliation des ayants droit

Le membre participant peut désigner un ou plusieurs ayants droit :

- Au moment de son adhésion : en indiquant leurs coordonnées sur le Bulletin d'Adhésion ou,
- Après son adhésion : en fonction de l'évolution de sa situation familiale et de ses choix, en adressant un bulletin d'adhésion modificatif à la Mutuelle à laquelle il joint l'attestation du régime obligatoire permettant d'identifier le(s) ayant(s)- droit concernés.

La Mutuelle pourra demander au membre participant les justificatifs y afférents :

- S'agissant du conjoint marié : la copie du livret de famille,
- S'agissant d'un concubin : l'attestation sur l'honneur de vie commune,
- S'agissant d'une personne liée au membre participant par un pacte civil de solidarité : une attestation d'engagement dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité,
- S'agissant des enfants :
  - Un acte de naissance ou copie du livret de famille,
  - Une copie du jugement d'adoption,

Les justificatifs nécessaires énoncés dans la définition des enfants à charge ci-avant devront être produits annuellement.

S'agissant des enfants handicapés : le justificatif de perception de l'allocation pour personnes handicapées ou copie de la carte d'invalidité.

2.3 Date d'effet de l'affiliation d'un ayant droit

L'affiliation d'un ayant droit postérieurement à l'adhésion du membre participant prend effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande de couverture par la Mutuelle.

L'affiliation d'un ayant droit par suite de naissance ou d'adoption d'un enfant peut prendre effet au jour de l'évènement si cet évènement est déclaré à la Mutuelle dans les deux mois de sa survenance.

L'affiliation du conjoint par suite de la rupture de son contrat de travail et de la cessation des garanties du régime collectif complémentaire frais de soins santé souscrit par son ancien employeur, peut prendre effet au lendemain de ladite rupture si la demande d'affiliation est présentée à la Mutuelle dans le mois de la survenance de cet évènement.

Au cas où cette demande d'affiliation et les documents justificatifs n'auraient pas été communiqués à la Mutuelle dans ces délais, le membre participant ou son ayant droit ne pourront aucunement prétendre ni au paiement des prestations qui, de ce fait, ne leur auraient pas été servies, ni au remboursement des cotisations qu'ils auraient pour la même cause, payées indûment.

2.4 Cessation de l'affiliation des ayants droit

La résiliation de l'adhésion du membre participant entraîne la cessation de plein droit des affiliations de l'ensemble des ayants droit à l'ensemble des contrats santé souscrits. Le membre participant peut demander la radiation de l'affiliation d'un ayant droit par lettre simple adressée à la Mutuelle. La radiation d'un ayant-droit prend effet au 1er jour du mois suivant la date de réception de la demande de radiation par la Mutuelle. Dans le cas d'une radiation motivée par une situation de divorce, le membre participant doit communiquer à la Mutuelle une copie de la Grosse du jugement de divorce ou une lettre signée des deux conjoints justifiant de leur séparation.

La radiation d'un ayant droit par suite de divorce peut prendre effet le dernier jour du mois de la réception de la demande par la Mutuelle.

Dans le cas d'une radiation faisant suite au décès d'un ayant-droit, le membre participant doit communiquer à la Mutuelle, une copie de l'acte de décès.

L'affiliation d'un ayant-droit cesse au 31 décembre de l'année où il ne répond plus à la définition d'ayant-droit tel que définit ci-avant.

Article 3 : Choix des options

Le membre participant s'oblige à choisir la même option pour l'ensemble des membres de sa famille, dans le cadre de son adhésion. Il a le choix entre plusieurs options en fonction des garanties qu'il désire obtenir. Les options figurent en annexe.

Article 4 : Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

L'adhésion prend effet au plus tôt au lendemain de la date de réception par la Mutuelle du dossier complet d'adhésion et est conditionnée à l'accomplissement des obligations règlementaires de la mutuelle notamment en matière de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux.

En tout état de cause, la prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à la réception de l'intégralité des pièces nécessaires à l'adhésion, telles que définies à l'article « CONDITIONS D'ADHESION ».

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle et du règlement mutualiste.

La date d'adhésion sera indiquée avec le courrier de confirmation de votre d'adhésion envoyé par la mutuelle précisant la date de prise d'effet des garanties, le niveau de garantie choisi et le montant de la cotisation annuelle.

Le demandeur acquiert alors la qualité de membre participant.

Les garanties prennent effet, sauf indication contraire précisé au règlement mutualiste où au tableau des garanties, à la date d'effet de l'adhésion dans les conditions prévues ci-dessus.

Article 5 : Durée de l'adhésion et renouvellement

Toute adhésion au règlement mutualiste est souscrite pour la durée minimum d'une année civile dans la garantie initialement choisie. En cas d'adhésion en cours d'année, cette durée est prolongée jusqu'au 31 décembre de l'année suivante et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une des parties dans les conditions prévues à l'article « RESILIATION DE L'ADHESION ».

Article 6 : Vente à distance/démarchage à domicile

6.1 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. L'exercice de ce droit n'a pas à être justifié par le membre participant. Le délai commence à courir soit à compter du jour où son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

6.2 Démarchage à domicile

En cas de commercialisation dans le cadre d'un démarchage à domicile, sur le lieu de résidence ou sur le lieu de travail : conformément aux dispositions de l'article L 221-18-1 du code de la mutualité, toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Dès lors que le membre participant a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, il ne pourra plus exercer ce droit de renonciation.

6.3 Modalités d'exercice du droit de renonciation et effet de la renonciation

Cette renonciation doit être notifiée à la Mutuelle par l'envoi d'une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté et ce avant l'expiration du délai de renonciation.

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 individuel et demande le remboursement de la cotisation, dans le délai de 14 jours prévus en matière de vente à distance."

Fait à ….., le …….,

(signature). »

A adresser à : Mutuelle Mutami, Service Adhésion, 70 boulevard Matabiau CS 46951, 31069 Toulouse Cedex 7

Le contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution avant l'expiration du délai de renonciation, sauf accord de l'adhérent. Le membre participant qui a demandé le commencement de l'exécution du contrat avant l'expiration du délai devra s'acquitter, en cas de renonciation, de la portion de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a été couvert à sa demande conformément à l'article L.121-21-5 du Code de la consommation.

Article 7 : Changement de situation /Changement d'option/ Changement de niveau de garantie

7.1 Changement de situation en cours d'année

Votre **situation familiale** évolue, votre famille s'agrandit. Vous changez de **situation socioprofessionnelle, d'adresse ou de domiciliation bancaire.**

Vous devez en informer la mutuelle dans les meilleurs délais en remplissant un bulletin de modification de situation (accompagné des justificatifs : attestation de vie commune, PACS, justificatif de domicile, RIB…).
Si vous changez de domicile et ne nous avez pas communiquez la nouvelle adresse et un justificatif de domicile de moins de trois mois, tous les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Vous changez de régime d'assurance maladie obligatoire ou avez perdu vos droits, vous devez également en informer la mutuelle dans les meilleurs délais.

La demande de changement doit être effectuée par le membre participant et transmis à la Mutuelle à l'adresse suivante : Mutuelle Mutami, service Adhésion, 70 boulevard Matabiau, CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7.

Seules les informations et demandes de modifications accompagnées de tout justificatif attestant de la nouvelle situation et fournies par le membre participant seront prises en compte par Mutuelle.

7.2 Changement d'option / de niveau de garantie

L'adhérent peut demander un changement d'option/de niveau de garantie à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de son adhésion.
Le changement d'option/de niveau de garantie prend effet le 1er jour du mois suivant un délai de prévenance de 30 jours à compter de la réception du bulletin modificatif par la Mutuelle.
Tout changement d'option/de niveau de garantie concernera l'ensemble des bénéficiaires de la garantie prévue au présent règlement mutualiste.

La demande de changement doit être effectuée par le membre participant par la signature d'un bulletin d'adhésion modificatif et transmis à la Mutuelle à l'adresse suivante : Mutuelle Mutami, service Adhésion, 70 boulevard Matabiau, CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7.

Article 8 : Cessation de l'adhésion (résiliation)

L'adhésion au présent règlement peut cesser :

A la demande du membre participant :

- **A la date d'échéance annuelle,** soit le 31 décembre de l'année en cours, sous réserve que cette demande parvienne à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre, et conformément à l'article L 221-10 du Code de la mutualité.
- **Dans les conditions de la loi Châtel** prévue à l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité,
- **À tout moment,** après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion en application de l'article L221-10-2 du code de la mutualité. Dans ce cas, la cessation de l'adhésion prendra effet un mois après réception de la demande.
- **En cas de changement de situation de l'adhérent** en lien avec le contrat en application de l'article L221-17 du code de la mutualité.
  Lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa formule ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, de retraite professionnelle ou de cessation définitive ou temporaire d'activité professionnelle, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.
  La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.
  La résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification.

Dans tous les cas, la notification de la cessation d'adhésion doit être adressée à la mutuelle et peut être effectuée, au choix du membre participant :

- Soit par lettre à l'adresse suivante : Mutuelle Mutami, service résiliation, 70 boulevard Matabiau CS 46951 31069 Toulouse Cedex 7
- Soit par tout autre support durable (ex : email) ;

- Soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou auprès du représentant de la mutuelle ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation.
Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, la mutuelle rembourse au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

- **En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire :**

Dans ce cas, l'adhésion et les garanties cesseront de produire leurs effets au dernier jour du mois de la réception de la notification du membre participant à la mutuelle.

- **A la demande de la Mutuelle :**

✓ **En cas de non-paiement des cotisations,** selon les dispositions prévues à l'article « Non-paiement des cotisations ».

✓ **En cas de résiliations dérogatoires :**

A titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans les cas suivants :

- Si l'adhérent ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la garantie choisie : au 31 décembre de l'année du 31ème anniversaire de l'adhérent bénéficiant d'une garantie de la gamme Jeune.
- En cas de décès d'un bénéficiaire, la radiation intervient au jour du décès sous réserve de justification de l'acte de décès.
- En cas de décès de l'adhérent principal, il sera proposé aux ayants droit de devenir adhérent principal au règlement mutualiste en maintenant ou non la garantie initialement choisie

Si aucune réponse n'est apportée par le ou les ayants droits à la Mutuelle dans un délai de trois mois, ils pourront être radiés.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

- **A la demande du membre participant ou de la mutuelle**

✓ Perte d'affiliation au régime d'Assurance Maladie Obligatoire français : le membre participant ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la garantie choisie.
Lorsque la demande de résiliation émane du membre participant, celle prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement 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 le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.
Lorsque la demande émane de la mutuelle (absence de déclaration du membre participant), la résiliation prendra effet dans les trois (3) mois suivant la notification au membre participant par la mutuelle.

Article 9 : Omission et fausse déclaration-fraude

Omission

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. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle peut maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation acceptée par le membre participant.
A défaut d'accord, la garantie prend fin selon les conditions visées par l'article L 221-15 du Code de la mutualité.
Si la constatation a lieu après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient dues être versées si le risque avait été exactement déclaré.

Fausse déclaration-Fraude

Conformément à l'article L 221-14 du Code de la mutualité, la garantie est nulle en cas de

réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, ou de ses ayants droits, lorsque 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 a été sans influence sur la réalisation du risque.

En cas de déclaration faite par le membre participant, ou ses ayants droit, avec une intention frauduleuse afin de percevoir des prestations indues, la sanction sera la déchéance de tous les droits à prestation pour le sinistre en cause et ce, sans préjudice des mesures d'exclusion prévues aux articles 12 et 14 des statuts de la Mutuelle.

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.

TITRE II – GARANTIES FRAIS DE SOINS DE SANTE

Article 10 : Définition des garanties

Etendu des garanties

Les garanties frais de soins de santé dont bénéficie le membre participant sont précisées au tableau de garantie et annexées au présent règlement mutualiste selon l'option qu'il a choisie et telle que mentionnée sur sa carte d'adhérent.

Les garanties sont exprimées en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale hors le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie. Les garanties accordées viennent en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire au titre des prestations en nature dans la limite des frais réellement engagés.

Caractéristiques des garanties

Le contrat est dit « solidaire » lorsqu'aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'adhérents et le cas échéant de ses ayants droit.

Le contrat est dit « responsable » lorsque les garanties proposées par la mutuelle répondent aux conditions de l'article L.871-1 du code de la Sécurité Sociale ainsi qu'aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code.

Ainsi, les obligations de prise en charge minimale et maximale définies par les textes en vigueur sont précisées au sein du tableau des prestations annexé au présent règlement mutualiste.

Les garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable prennent obligatoirement en charge :

- Le remboursement minimum du ticket modérateur selon le respect du parcours de soins coordonnés, des soins et biens remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire, à l'exception des frais de cures thermales, les médicaments remboursés à 30 % et à 15 %, et les spécialités et préparations homéopathiques, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier, facturé par les établissements de santé, sans limitation de durée.
- Un niveau de garanties minimum correspondant au panier de soins « 100% Santé » pour les lunettes et une partie des prothèses dentaires et certaines aides auditives, dans la limite des tarifs maximums prévus dans le cadre du 100% Santé.

  Les garanties peuvent également prendre en charge, de façon encadrée, les dépassements d'honoraires médicaux avec un remboursement maximum pour les médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (l'OPTAM ou l'OPTAM-CO).

Une couverture complémentaire santé responsable doit respecter les délais de renouvellement des équipements : deux ans pour les lunettes et 4 ans pour les aides auditives, sauf cas dérogatoires.

Une couverture complémentaire santé responsable prend en charge tous les actes de prévention considérés comme prioritaires par le ministère de la Santé pour lesquels un ticket modérateur est appliqué.

Article 11 : Révision des garanties

Les garanties peuvent être modifiées à tout moment par le Conseil d'Administration de la mutuelle conformément à ses statuts.

Ces modifications de garanties peuvent être fonction des résultats des risques gérés, de l'évolution prévisibles des risques, des dépenses de santé et des modifications d'ordre législatif, règlementaire ou conventionnel.

La modification est applicable de plein droit dès notification au membre participant :

- par courrier,
- par une communication de la mutuelle au membre participant et une mise à disposition du règlement mutualiste sur l'espace adhérent ou sur le site internet de la mutuelle.

Article 12 : Risques exclus

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale du bénéficiaire, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties figurant en annexe.

En aucun cas, la Mutuelle ne prendra en charge des actes ou des suppléments d'actes non justifiés médicalement, que ces actes résultent de pratiques médicales non fondées par une convention ou de demandes de patient.

Conformément à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes règlementaires d'application (articles R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale), définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- **la participation forfaitaire et la franchise médicale visées à l'article L.322-2 II et III du Code de la Sécurité sociale,**
- **la majoration de la participation supportée par le bénéficiaire pour ses frais d'actes ou de prestations de soins de santé dans le ou les cas où :**
- **il n'a pas choisi son médecin traitant,**
- **il consulte un autre médecin sans prescription dudit médecin traitant,**
- **il refuse, lors d'une consultation ou d'une hospitalisation, au professionnel de santé auquel il a recours, l'accès à son dossier médical personnel ou sa mise à jour,**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par le médecin spécialiste lorsque le bénéficiaire le consulte directement sans respecter le parcours de soins coordonnés, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques visé à l'article L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale.**

Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

Le fait que la Mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Article 13 : Plafond de garanties

Les forfaits et plafonds de remboursement (hors équipement optique et audio) sont fixés pour une année civile sauf dispositions particulières mentionnées ci-dessous, et dans la limite des frais réels engagés.

En tout état de cause, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit. (Article 9, alinéa 1er de la loi n°89-1009 du 31/12/1989).

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

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix (article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30/08/1990).

Article 14 : Frais médicaux engagés à l'étranger

La Mutuelle garantit les frais de santé engagés en France et à l'étranger dès lors que le membre participant bénéficie d'une prise en charge par le Régime obligatoire d'assurance maladie français.

Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs définis de la Sécurité Sociale française et selon les garanties prévues au présent règlement.

Les prestations de la Mutuelle viennent en complément des remboursements de l'assurance maladie obligatoire et sont payées en euros.

A ce titre, les soins engagés à l'étranger, non remboursés par l'assurance maladie obligatoire française ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

La Mutuelle prend en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir le décompte du régime obligatoire et les factures acquittées. Seules les factures détaillant les soins, traduites en langue française et en euros, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu seront acceptées.

Article 15 : Cessation des garanties

Les garanties du contrat prennent fin à la date de la cessation de l'adhésion, telle qu'elle est prévue à l'article 8 ci-avant.
La cessation des garanties pour le membre participant entraine en tout état de cause celle de ses éventuels ayants droit.
Il est précisé que les garanties cessent en tout état de cause pour les ayants droit :

- À la date de cessation du paiement des cotisations les concernant dans les conditions de l'article 25 des présentes conditions générales.
- Dans les conditions définies à l'article 2.4.

Article 16 : Dispositions particulières à certaines garanties

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.

Médecines douces

Si la garantie choisie prévoit cette prestation, la liste des frais pris en charge est précisée au tableau de garantie.
Les médecines complémentaires doivent être pratiquées par des professionnels de santé pour être remboursées par la Mutuelle selon la garantie souscrite:

- enregistrés sur le répertoire Adeli (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé),

- ou la présentation du diplôme pour certaines professions : Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Réflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Réflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB.

Les frais de consultation d'un psychologue dans le cadre de cette garantie « médecine douce » ne seront pas pris en charge par la mutuelle si le bénéficiaire entre dans le cadre du dispositif prévu à l'article L162-58 du code de la sécurité sociale.

Autres précisions

- Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnelle, sous déduction de la participation versée par le régime obligatoire.
- Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation pour les adhésions en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.
- Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :
  - Si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100% de la base de remboursement conventionnel,
  - Si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.

TITRE III

AUTRES GARANTIES

Article 17 : Garantie en inclusion

Conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut permettre à ses adhérents de bénéficier de garanties supplémentaires en inclusion, en complément de ses garanties frais de santé. Des documents contractuels distincts (notices d'information ou conditions générales dédiées notamment) seront remis au membre participant et définissent la nature des prestations fournies, ainsi que les conditions d'attribution de ces garanties.

Article 18 : Offre surcomplémentaire santé

Sauf dispositions spécifiques prévues au présent article 18, les dispositions du chapitre I du règlement mutualiste sont applicables à la garantie surcomplémentaire.

18.1 Objet, condition d'adhésion et de résiliation

L'offre surcomplémentaire a pour objet d'offrir aux membres participants des garanties qui viendront en supplément des prestations prises en charge d'un contrat complémentaire frais de santé à titre individuel ou collectif (contrat collectif d'entreprise par exemple).

Les garanties de l'offre surcomplémentaire ne répondent pas aux cahiers des charges règlementaires sur les contrats responsables.

Le membre participant peut adhérer à l'offre surcomplémentaire sous réserve d'être préalablement bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé souscrit ou non auprès de la Mutuelle Mutami.

Le membre participant ne pourra souscrire à l'offre surcomplémentaire Zen s'il bénéficie déjà d'une surcomplémentaire Mutami Plénitude ou Renfort. (les conditions de couverture de ces gammes sont précisées dans les tableaux de garanties dédiés).

En complément des documents d'adhésion précisés à l'article 1 du présent règlement mutualiste, le membre participant devra fournir un justificatif de sa couverture de complémentaire santé si celle-ci n'est pas assurée par la mutuelle (la copie d'une attestation ou de votre carte de tiers-payant). Cet élément devra également être fourni en cas de changement de situation en cours d'adhésion à la garantie surcomplémentaire. (ex : changement d'organisme assureur de la couverture complémentaire santé du membre participant).

La dénonciation par le membre participant de son adhésion à une garantie surcomplémentaire est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de nouvelle demande d'adhésion à cette gamme de garantie, sauf dérogation par la Mutuelle.

18.2 Conditions d'affiliation des ayants droit

L'affiliation des ayants-droits est facultative.

Le membre participant peut faire bénéficier ses ayants-droits de la garantie surcomplémentaire en complétant le bulletin d'adhésion dédié ou le bulletin de modification prévu à cet effet et en réglant le montant de cotisations afférent à cette couverture.

Dans ce cas, tous les ayants-droits du membre participant doivent être affiliés.

18.3 Délais d'attente

Un délai d'attente de trois mois est appliqué à chaque bénéficiaire (membres participants et ayants-droits) lors de l'adhésion ou (de l'inscription en ce qui concerne les ayants-droits) à l'offre surcomplémentaire.
Ce délai d'attente n'est pas appliqué si le membre participant bénéficie d'une surcomplémentaire Mutami Plénitude, Renfort ou Zen lors de la demande de changement de garantie.

18.4 Plafond de garanties

Le(s) forfait(s) annuel(s) de la surcomplémentaire est(sont) fixé(s) pour une année civile et ne peut(vent) ni se cumuler, ni se reporter d'une année sur l'autre en cas de non-utilisation d'une partie ou de la totalité du forfait.
En tout état de cause, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du bénéficiaire après remboursements de toute nature auxquels il a droit.
Les garanties de même nature contractées

auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

18.5 Dispositions particulières à l'offre surcomplémentaire

L'ensemble des garanties de la gamme surcomplémentaire seront prises en charges à réception des factures originales détaillées et acquittées et, selon les garanties, de la copie de l'ordonnance médicale et, s'il n'est pas adhérent à Mutami, du décompte de l'AMO et de sa première mutuelle (Cf. Grille de garanties de l'offre remise au membre participant).

TITRE IV – COTISATIONS

Article 19 : Montant des cotisations

Le montant des cotisations dues par le membre participant est fonction de l'option qu'il a choisie, du nombre de bénéficiaires et de l'âge des bénéficiaires.

A la souscription, ce montant figure au Bulletin d'Adhésion puis lors de chaque renouvellement il est mentionné sur les avis d'échéance annuelle envoyés au membre participant.

L'augmentation de cotisation liée au changement d'âge est applicable au 1er janvier de l'année suivante la date d'anniversaire des bénéficiaires.

La cotisation est forfaitaire et exprimée en euros. Elle est annuelle et payable d'avance. Elle peut être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement. Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'au terme de la première année d'adhésion.

Pour toutes les gammes de garanties autres que celles des agents hospitaliers, des agents territoriaux (TER) et la surcomplémentaire Zen, la cotisation « enfant » s'applique jusqu'au 31 décembre de l'année de son 16ème anniversaire. Au-delà de cette date, les enfants payent une cotisation en fonction de leur âge.

La Mutuelle accorde la gratuité de la cotisation à partir du 3ème enfant à charge dès lors que les bénéficiaires répondent à la définition d'enfants à charge.

Article 20 : Paiement des cotisations

Les cotisations et, s'il y a lieu, les taxes afférentes selon la réglementation en vigueur, sont appelées pour l'ensemble des garanties et sont payables d'avance selon les modalités fixées sur le bulletin d'adhésion, et notamment par prélèvement automatique les 6, 15 ou 28 du mois, selon la périodicité retenue par le membre participant.

Les règlements par chèques bancaires ou postaux sont possibles uniquement en périodicité trimestrielle, semestrielle ou annuelle.

Le membre participant perdra le droit au mode de paiement par prélèvement automatique et devra s'acquitter immédiatement du solde de sa cotisation en cas de rejet de prélèvement pour provision insuffisante.

Les frais bancaires engendrés par le rejet de prélèvement seront à la charge du membre participant.

Article 21 : Non-paiement des cotisations

En application de l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'adhésion du membre participant ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure adressée par la Mutuelle au membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de l'adhésion, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa.

Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

L'adhésion non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à l'échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Dans tous les cas, la Mutuelle poursuivra par tous les moyens de droit le recouvrement des cotisations arriérées. Il est de convention expresse que toutes les contestations ou poursuites, devront être portées devant les Tribunaux compétents au siège social de la Mutuelle, en l'absence de clause légale attributive de compétence. Éventuellement en cas de notification tardive de changement de situation, les honoraires d'huissiers restent à la charge du membre participant. Dans tous les cas où la Mutuelle est amenée à exercer des poursuites pour assurer le recouvrement des cotisations arriérées, il est expressément convenu que le principal des cotisations sera majoré des frais exposés.

Tout membre participant qui négligerait de signaler la situation réelle de ses enfants et pour lesquels la Mutuelle aurait, du fait de ses Statuts et Règlement Intérieur, appliqué une catégorie incompatible avec cette situation, devra s'acquitter du rappel de cotisations dont le décompte sera établi par les Services Administratifs

Article 22 : Révision de la cotisation

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'équilibre technique du contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

Ces révisions de cotisations peuvent être modifiées à tout moment par le Conseil d'Administration en application des statuts de la mutuelle.

Le changement de cotisations doit être notifié au membre participant avant sa date de prise d'effet et dans les conditions fixées à l'article L 221-10-1 du Code la mutualité.

En cas de désaccord, le membre participant doit en aviser la Mutuelle dans les conditions fixées à l'article 221-10-1 du Code de la mutualité.

A défaut d'accomplissement de cette formalité par le membre participant, celui-ci est réputé avoir accepté le changement.

TITRE V – VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 23 : Ouverture du droit aux prestations

La date d'ouverture des droits à prestations correspond à la date d'effet de l'adhésion au règlement mutualiste pour le membre participant et ses ayants droit. Si l'inscription de ces ayants droit est postérieure à la date d'adhésion du membre participant, la date d'affiliation sera retenue.

Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date de remboursement par le régime obligatoire d'assurance maladie est postérieure à la date d'ouverture des droits du membre participant, et le cas échéant de ses ayants- droit inscrits.

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'assurance maladie obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'assurance maladie obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'assurance maladie obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture.

Aucune prestation ne sera servie après la date de cessation des garanties des adhérents et le cas échéant, des ayants droit sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Article 24 : Délai de sinistre et formalités

Les membres participants et plus généralement tous bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations, de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées en annexe selon le type de

prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Avant ou après le paiement des prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative.

Article 25 : Paiement des prestations

Le bénéfice des prestations n'est accordé que si le membre participant est à jour de ses cotisations au titre de son adhésion au présent règlement mutualiste.

La grille des prestations correspondant à la garantie choisie par le membre participant est annexée au présent règlement et remis au membre participant.

La formule choisie par l'adhérent s'applique à tous les bénéficiaires figurant sur sa carte d'adhérent mutualiste.

Les remboursements, à l'exception des forfaits, sont calculés à partir des informations figurant sur le décompte du Régime Obligatoire de l'Adhérent, ou de tout autre document justificatif des dépenses de santé.

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 du Régime obligatoire, les montants de remboursements assurés par la mutuelle demeurent au niveau atteint avant la modification validée par l'Organisme habilité.

À compter de la date d'effet de la résiliation ou de la radiation, le membre participant s'engage pour lui-même et le cas échéant ses bénéficiaires à ne plus solliciter la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé et à retourner à la mutuelle la ou les cartes de tiers payants qui lui ouvraient des droits particuliers. A défaut, la demande de résiliation pourra être rejetée.

En cas de non-respect de cet engagement, les sommes versées après la date de radiation feront l'objet d'un contentieux auprès du membre participant ou de ses bénéficiaires, majorées des frais éventuellement supportés par la mutuelle.

Les prestations sont payées exclusivement par virement ou, à titre exceptionnel sur demande écrite du membre participant par lettre-chèque.

Sauf demande contraire de la part de l'adhérent, il est convenu que dès lors qu'une adresse mail a été communiquée par l'adhérent à la mutuelle, les décomptes des prestations versées par la mutuelle seront envoyés par mail et/ou seront disponible sur l'espace adhérent. Si l'adhérent n'a pas fourni d'adresse mail, le relevé sera envoyé par courrier postal.

Les prestations sont habituellement versées directement au membre participant. Sur demande expresse du membre participant, son conjoint peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la garde.

Sauf refus express de sa part, le mineur de plus de 16 ans bénéficiaire perçoit également directement les prestations, sans l'intervention de son représentant légal. Les prestations sont versées directement au membre participant ou à la personne qu'il a désignée, sur production des justificatifs listés en annexe.

S'il existe des accords passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter au membre participant ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements sont alors adressés directement aux professionnels de santé pour le montant non réglé par le membre participant ou par ses ayants droit.

À défaut d'application de la télétransmission informatique des prestations de la gamme individuelle santé, le membre participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs présentés en annexe, pour en avoir le remboursement.

Article 26 : Déchéance et délais de déclaration

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, les demandes de prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent être produites à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant la date du décompte de sécurité sociale (ou de la date de

paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité Sociale), sous peine de déchéance des droits à indemnisation dans les conditions prévues à l'article L 221-16 du Code de la mutualité.

Article 27 : Délai de versement des prestations

La Mutuelle verse ses prestations généralement:

- Dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des Décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) ;
- Dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au contrat en cas de traitement manuel des remboursements ; délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

Article 28 : Montant maximum d'indemnisation

Limite de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais réels restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engage(nt), sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des douze derniers mois.

En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, le membre participant ou l'ayant-droit s'engage(nt) à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

Prestations indues

En cas de prestation indûment versées à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues et le membre participant s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort.

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

Pluralité d'assureurs pour un même risque

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

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

L'adhérent qui bénéficie pour le même risque d'une garantie auprès d'un autre organisme assureur, doit en informer la Mutuelle.

Il devra ensuite fournir les originaux des décomptes de prestations payées par l'Assurance maladie obligatoire ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des organismes assureurs ayant pris en charge le remboursement des soins de santé en premier lieu, pour obtenir le remboursement intégral des prestations, dans la limite des frais réellement engagés.

Article 29 : Tiers payant

En principe, les prestations sont réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées. Mais pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou indirectement des conventions

de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

La Mutuelle assure ainsi, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit. Si après avoir payé le bénéficiaire ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas couverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte. En cas de non-remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Article 30 : Contrôle médical des prestations

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 pré- sent règlement. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, 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, au 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.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 31 : Prescription

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément à l'article L 221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou du bénéficiaire contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- la demande en justice (même en référé)
- un acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

En outre, l'interruption de la prescription de l'action peut 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.

- par le membre participant, le bénéficiaire, ou l'ayant droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

  L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur telle que prévue par l'article ci-après.

Article 32 : Subrogation dans les droits du bénéficiaire

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions du membre participant, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables du sinistre ayant entrainé le versement par la Mutuelle des prestations au titre des remboursements de soins de santé.

À cette fin, le membre participant ou son ayant-droit est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entrainé le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé au membre participant, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter le membre participant ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

Article 33 : Recours contre le bénéficiaire

Lorsque, du fait de la victime ou des ayants droit, notamment en l'absence de communication de pièces ou des coordonnées précises du sinistre et de l'assureur de responsabilité, d'abstention de constitution de partie civile ou d'absence d'information sur une procédure engagée, la Mutuelle n'a pu faire valoir ses droits, celle-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du présent règlement ou des conventions passées par la Mutuelle seront soumises à la juridiction compétente définie par les articles 42 à 46 du Code de Procédure Civile et les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire.

Article 34 : Protection des données personnelles

Dans le cadre de l'exécution du présent contrat, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par la Mutuelle, en sa qualité de responsable de traitement, conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de gestion commerciale des adhérents et prospects (prospection et animation commerciale), de passation, de gestion et d'exécution du contrat, de gestion des services complémentaires, de réalisation de traitements statistiques et d'études actuarielles (dans un souci d'adaptation des garanties), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales. Ces données sont également traitées pour satisfaire aux dispositions légales, réglementaires ou administratives auxquelles la Mutuelle est soumise (comme la lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme ou les déclarations et prélèvement sociaux et fiscaux), et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont nécessaires, en fonction de leur finalité, à l'exécution des mesures précontractuelles ou contractuelles prises à la demande de la personne concernée, au respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise, aux fins des intérêts légitimes poursuivies par la Mutuelle. Certains traitements peuvent également se fonder sur le consentement de la personne concernée.

Ces données peuvent être destinées aux salariés de la Mutuelle en charge de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, de la gestion commerciale et ceux en charge du contrôle, mais aussi à des tiers extérieurs à la Mutuelle tels que des organismes de sécurité sociale, professionnels de la santé, sous-traitants,

partenaires, réassureurs, co-assureurs, autorités de contrôle dont dépendent la mutuelle et de façon générale, aux personnes habilitées au titre des tiers autorisés.

Les données sont conservées et traitées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités poursuivies. La durée maximum de conservation est celle correspondant à la durée de relation contractuelle ou de la relation d'affaires. Cette durée peut être augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation des droits et des durées légales de conservation et de prescription applicables à l'activité de la Mutuelle. Pour satisfaire à ses obligations légales ou répondre aux demandes des autorités de contrôle, la Mutuelle peut être amenée à archiver les données dans des conditions prévues par la loi.

Dans les conditions prévues par la réglementation relative aux données personnelles, les personnes concernées (adhérents ayants droit), disposent sur les données les concernant d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition d'instructions sur leur sort en cas de décès et de portabilité (restitution ou transfert), après avoir justifié de leur identité, en s'adressant au Délégué à la Protection des Données, par e-mail à dpo@mutami.fr ou par courrier à DPO – MUTAMI, 70 boulevard Matabiau 31069 Toulouse Cedex 7 . Si les personnes concernées, après ce contact avec le DPO, que leurs droits « informatique et libertés » ne sont pas respectés, elles peuvent adresser une réclamation à la CNIL à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur son site internet : www.cnil.fr Pour plus d'informations sur le traitement des données personnelles mis en œuvre par la Mutuelle, les personnes concernées peuvent consulter la Politique de Protection des Données accessible sur son site internet ou l'obtenir sous format papier auprès de l'un des conseillers mutualistes.

Article 35 : Opposition au démarchage téléphonique

En application de l'article L223-1 et suivants du code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de la relation avec la Mutuelle, le membre participant ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société anonyme WORLDINE, sise Immeuble River Ouest, 80, quai Voltaire,95870 BEZONS, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

Le membre participant peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la Mutuelle.

Article 36 : Secret professionnel

Conformément aux articles 226-13 et 226-14 du Code Pénal, la Mutuelle est tenue au secret professionnel dans la mesure où elle gère, des informations ressortant de la vie privée et/ou à caractère médical.

Conformément à la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, la Mutuelle s'engage à :

- Assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- Préserver l'anonymat des informations.

Article 37 : Réclamations

Les membres participants, leurs ayants droit ou toute personne qui y trouve un intérêt ont la possibilité de formuler toute réclamation relative à l'application du présent règlement mutualiste en adressant une demande au conseiller habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle.

Si cette première réponse ne le satisfait pas, la réclamation peut être transmise à l'adresse postale suivante : Mutuelle MUTAMI, 70 boulevard Matabiau CS 46951 31069 TOULOUSE

La mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables et fera une réponse définitive dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, l'intéressé en sera informé.

Article 38 : Médiation

En cas de désaccord persistant après la réponse donnée par la Mutuelle conformément à l'article « Réclamation », et après épuisement de ses voies de recours internes, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir le Médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
  255 rue Vaugirard 75719 PARIS cedex 15
- Soit directement par le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : https://www.mediateur-mutualite.fr/

Pour être recevable, la saisine du membre participant doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

Article 39 : Lutte contre le blanchiment des capitaux/ financement du terrorisme

L'attention du membre participant, de ses ayants droit ou encore de toute personne intéressée au contrat est attirée sur le fait que la Mutuelle se réserve le droit de lui demander toutes informations et/ou tous documents qu'elle juge nécessaires pour l'exercice de ses obligations légales et règlementaires dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme (notamment les dispositions prévues par l'ordonnance 2009-104 codifiées aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, ainsi qu'aux articles L.562-1 et suivants du code monétaire et financier, complétées par leurs textes règlementaires d'application).

Article 40 : Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dénommée ACPR, située au 4 Place de Budapest, CS 92459 75436 PARIS CEDEX 09.

Article 41 : Loi applicable

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

Article 42 : Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

Le présent règlement mutualiste et ses annexes ou pièces jointes,

Le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé par le membre participant,

La carte d'adhérent.

En cas de contradiction entre les dispositions du bulletin d'adhésion et celles de la carte d'adhérent, ce sont celles du bulletin d'adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'adhésion exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de l'adhésion. Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du présent règlement serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

CHAPITRE II

GAMME INDIVIDUELLE POUR LES ADHERENTS DU SECTEUR PUBLIC

Le présent chapitre décrit les conditions générales pour les garanties et les prestations qui sont accordées à la personne physique qui adhère à un contrat dédié à l'ensemble des agents de la Fonction Publique Hospitalière, ou à un contrat labellisé dédié aux agents de la Fonction Publique Territoriale.

L'ensemble des articles du Chapitre I du présent règlement s'applique au Chapitre II à l'exception des articles mentionnés ci-dessous venant déroger aux articles du précédent chapitre.

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES OFFRE HOSPITALIERE

Le groupe titulaire de la garantie est constitué de l'ensemble des agents de la Fonction Publique Hospitalière, actif ou retraité, bénéficiant ou ayant bénéficié du CGOS, en activité effective à la signature du contrat et adhérents actifs de la Mutuelle.

Article 43 : Objet du contrat

Le contrat hospitalier a pour objet de garantir aux assurés (les membres participants) et à leurs bénéficiaires (les ayants droit) le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux de maternité et éventuellement de décès, incapacité et invalidité dans le strict respect de la législation et de la réglementation régissant les contrats frais de santé responsables et solidaires ainsi que les contrats de prévoyance.

Le membre participant, s'il est couvert au titre d'une garantie Santé de la Mutuelle, s'il dépend du statut de la Fonction Publique Hospitalière et bénéficie, à ce titre, des prestations du CGOS en cas d'arrêt maladie, bénéficiera de la garantie Indemnité Journalière en inclusion délivrée par Solimut Mutuelle de France dont les conditions sont définies par une notice dédiée.

TITRE II – DISPOSITIONS GENERALES CONTRAT LABELLISÉ

Le présent titre décrit les conditions générales pour les garanties et les prestations qui sont accordées à la personne physique qui adhère à un contrat labellisé dans le cadre du Décret n°2011-1474 du 08/11/2011 et de ses arrêtés.

Ce contrat labellisé permettra à l'Agent territorial, dont l'Employeur participe à la protection sociale complémentaire, de bénéficier de sa participation. Les présentes conditions ont un caractère général, les conditions particulières s'y substituent de plein droit.

Article 44 : Objet du contrat

Un contrat labellisé a pour objet de garantir aux assurés (le membre participant) et à leurs bénéficiaires le remboursement de frais médicaux, chirurgicaux et de maternité dans le strict respect de la législation et de la réglementation régissant les contrats responsables et solidaires.

Ainsi :

- Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du membre participant et aucune information ne sera recueillie à cette fin,
- Les cotisations ne sont fixées ni en fonction du sexe du membre participant ni de la nature de l'emploi qu'il occupe,
- Les agents retraités, dont le dernier employeur participe à la protection sociale complémentaire de ses agents, peuvent adhérer au présent contrat et bénéficier des mêmes garanties que les actifs,
- Les tarifs applicables aux familles les plus nombreuses n'excèdent pas ceux des familles comprenant deux enfants (le 3ème enfant et suivant ne paieront pas de cotisations).
- L'âge de l'adhérent est celui pris en compte au 1er janvier de l'année.

Le remboursement des frais s'effectuera conformément au tableau des garanties remis avec le présent règlement mutualiste. En cas d'évolutions législatives ou règlementaires régissant les « contrats responsables et

solidaires », les garanties du contrat feront l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique, après accord de l'organisme habilité, tel que défini par les articles 11 à 14 du Décret n° 2011-1474 du 08/11/2011 et après information préalable de l'Adhérent.

L'Agent, actif ou retraité, pourra permettre à certaines personnes, dénommées bénéficiaires, et dont la liste limitative est précisée à l'article 2 du règlement mutualiste de bénéficier des mêmes garanties que lui.

Article 45 : Date d'effet renouvellement - résiliation

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses bénéficiaires en adressant une demande à la mutuelle selon les modalités et moyens énoncés à l'article 8 du présent règlement mutualiste. La mutuelle adressera à l'adhérent ayant résilié son contrat, son attestation de majoration ou de non majoration selon le cas dans les 10 jours de la réception de la demande de résiliation.

Article 46 : Cotisations

Le taux de cotisation est défini aux conditions particulières.

Il sera affecté du coefficient de majoration si celui-ci est applicable au regard de la situation de l'Adhérent. A cet effet, l'adhérent devra fournir un justificatif de la date de son entrée dans la Fonction Publique Territoriale et son justificatif d'adhésion délivré par son ancien Organisme assureur.

Ainsi,

- Si la Collectivité employeur de l'adhérent lui verse directement sa participation, le montant de la cotisation dont l'adhérent devra s'acquitter sera celui figurant sur la grille tarifaire et rappelée aux conditions particulières.
- Si la Collectivité employeur verse directement le montant de sa participation à la Mutuelle le montant de la cotisation dont il devra s'acquitter correspondra au restant à charge. Conformément à l'article 24 du décret n°2011-1474 du 08/11/2011, la Mutuelle tient une comptabilité permettant de retracer l'utilisation des participations reçues et informe l'Employeur de toute résiliation.

Coefficient de majoration affecté à la cotisation

- Le principe posé par le décret est le suivant : le coefficient de majoration de 2% sera appliqué à la cotisation pour toute année non cotisée postérieurement à l'âge de 30 ans. Ce principe est affecté des exceptions suivantes et pour des durées prédéfinies :

Ainsi ne verront pas leur cotisation affectée du coefficient de majoration :

- Les agents entrant dans la Fonction Publique, et ce pour une durée maximale de deux ans à compter de la date de prise de poste,

Modalités de révision de la cotisation

La cotisation est susceptible d'être modifiée après validation de l'organisme habilité à délivrer le label.

L'Adhérent sera informé de la modification de sa cotisation et pourra valablement exercer son droit à résiliation.

Les cotisations sont payables selon les modalités choisies par l'adhérent et figurant sur son bulletin d'adhésion.

Article 47 : Modalités de changement de formules

Les modalités de changement de garanties sont précisées à l'article 7 du présent règlement mutualiste.

Article 48 : Informations devant être communiquées

Article 48-1 : Informations devant être communiquées par l'adhérent à la mutuelle.

Au jour de l'adhésion, l'adhérent doit fournir une copie de son attestation vitale ainsi que celle de chacun de ses bénéficiaires.

L'adhérent devra fournir, au jour de son adhésion l'attestation de majoration ou de non majoration émise par son précédent assureur.

Puis, tout au long de l'adhésion, l'Adhérent doit déclarer à la mutuelle 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

obligatoire, de changement d'Employeur, de départ en retraite etc.… (Un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces changements).

A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Article 48-2 : Informations devant être communiquées par la mutuelle à l'adhérent

L'Adhérent sera informé de toute modification de sa cotisation, préalablement validée par l'Organisme habilité à délivrer le label, et pourra valablement exercer son droit à résiliation.

La mutuelle délivrera à l'Adhérent qui résilie son contrat, son attestation d'assurance mentionnant, s'il y a lieu, le coefficient de majoration appliqué pendant la période de couverture.

ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES POUR VERSEMENT DES PRESTATIONS

BENEFICIAIRES NOEMIE (TELETRANSMISSION DES FLUX AVEC LE REGIME OBLIGATOIRE FRANCAIS)	
Sans réception du flux NOEMIE nous nous réservons le droit de vous réclamer le décompte du régime obligatoire et sans remboursement de la caisse de régime obligatoire la mutuelle ne pourra pas délivrer de remboursement dans le cas échéant	
Dépassements des honoraires	Facture acquittée détaillée précisant la date des soins et des codes actes/cotation (bordereau de facturation des cliniques ou avis des sommes à payer des centres hospitaliers accompagnés de l'attestation de paiement)
Frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation	facture acquittée détaillée (lit accompagnant et repas facturés par l'établissement hospitalier) et le bulletin d'hospitalisation de l'adhérent hospitalisé
Forfait verres et montures	facture acquittée détaillée et prescription médicale
Forfait lentilles correctives prise en charge ou non par le régime obligatoire	Facture acquittée détaillée et prescription médicale **(les accessoires et produits ne sont pas couverts par le forfait sauf précision contraire sur la garantie santé)**
Chirurgie réfractive	Facture acquittée détaillée (acte non remboursé par la sécurité sociale)
Petits et grands appareillages	Facture acquittée détaillée
Forfait dentaire	Facture acquittée détaillée
Forfait auditif	Facture acquittée détaillée
Forfait adoption	certificat définitif d'adoption (sous condition d'adhésion de l'enfant)
Forfait naissance	extrait d'acte de naissance ou livret de famille (sous condition d'adhésion de l'enfant)
Forfait pharmacie non remboursée par le régime obligatoire	facture acquittée détaillée et prescritpion médicale
Forfait contraception non remboursé	facture acquittée détaillée et prescritpion médicale
Médecines douces	facture acquittée détaillée avec tampon du pratiquant précisant la date et le nombre de séances
Traitement anti tabac et sevrage tabagique	facture acquittée détaillée et prescritpion médicale
Actes de prévention et vaccin anti grippe	facture acquittée détaillée et prescritpion médicale
Cure thermale et Forfait cure thermale	Facture acquittée détaillée ou attestation de cure (dans le cas d'une prise en charge à 100%) et facture acquittée détaillée logement et/ou transport
Les soins à l'étranger	Décompte de la sécurité sociale française et facture acquittée et détaillée traduite en français

NON BENEFICIAIRES NOEMIE (NON TELETRANSMISSION DES FLUX AVEC LE REGIME OBLIGATOIRE) - CAS DES CONTRATS SURCOMPLEMENTAIRES OU LE CONTRAT SANTE UTILISÉ EN NIVEAU 2	
Refus de la télétransmission avec le régime obligatoire	
Pour tous les actes pris en charge par la sécurité sociale	Décomptes de la sécurité sociale , facture acquittée détaillée , décompte de la mutuelle niveau 1 ou attestation de non paiement de la mutuelle 1 et prescription médicale
Pour tous les actes non pris en charge par la sécurité sociale (exemple médecines douces, implant, parodontie ...etc)	Facture acquittée détaillée, décompte de la mutuelle niveau 1 ou attestation de non paiement de la mutuelle 1 (et prescription médicale dans certains cas)

Pour tout acte ou frais de santé dont l'assuré n'a réglé que la part mutuelle (tiers payant partiel du professionnel de santé) facture détaillée et acquittée / la mutuelle se réserve le droit de réclamer le décompte sécurité sociale et prescription médicale

ANNEXE 2 : TABLEAUX DES GARANTIES

1. Gamme Jeune
2. Gamme Tribu
3. Gamme Ainé
4. Gamme Agents hospitaliers
5. Gamme Agents territoriaux (protec’ter)
6. Gamme Hospitalisation
7. Gamme Surcomplémentaire
8. Gamme AMSE

Mutami
LE LIEN SOLIDAIRE

gamme Jeune

Contrat Santé Responsable et Solidaire

Prestations applicables à compter du 01/01/2024

		JEUNE ESSENTIEL	JEUNE ÉQUILIBRE	JEUNE PRÉMIUM
SOINS COURANTS	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	100%	150%
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin non adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	100%	130%
Analyses et examens de laboratoire	60, 70 ou 100%	100%	100%	150%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	150%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin non adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	130%
Matériel médical : orthopédie, petit et grand appareillage	60 ou 100%	100%	100%	100%
+ forfait orthopédique, petit et grand appareillage [9]	-	-	60 €	90 €
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux : kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste…)	60%	100%	100%	100%
Pharmacie : médicaments pris en charge par l'AMO (15%, 30% ou 65%)	15, 30 ou 65 %	100%	100%	100%

(1) Consultations, visites, actes médicaux.
(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

OPTIQUE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Equipement Reste À Charge 0 appelé 100% Santé (montures et/ou verres Classe A) [4]		Intégralement pris en charge*		
Autres verres et montures, tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé (Classe B)				
Forfait monture [5] [6]	60%	40 €	50 €	60 €
Forfait verre simple – par verre [5] [6]	60%	60% + 40 €	60% + 50 €	60% + 60 €
Forfait verre complexe – par verre [5] [6]	60%	60% + 80 €	60% + 90 €	60% + 100 €
Forfait verre très complexe – par verre [5] [6]	60%	60% + 80 €	60% + 100 €	60% + 120 €
Lentilles prises en charge par l'AMO	60%	100%	100%	100%
+ forfait lentilles prise en charge ou non par l'AMO [3]	-	100 €/an	153/an	200 €/an
Chirurgie réfractive – par œil et par an [3]	-	150 €/œil /an	200 €/œil /an	250 €/œil /an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(4) Dans le cadre du Reste À Charge 0 – remboursement plafonné aux prix limites de vente optique.
(5) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% Santé (dits Classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% Santé (dits Classe B), seuls les équipements relevant du 100% Santé seront remboursés dans leur intégralité.
(6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.

DENTAIRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Soins et prothèses dentaires RAC 0 appelé 100% Santé		Intégralement pris en charge*		
Soins dentaires	60%	100%	100%	100%
Autres prothèses dentaires, tarifs maîtrisés et libres (AMO + TM + dépassements**)	60%	125%	200%	250%
**Dépassements de tarifs plafonnés par an		-	750 €	1 200 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	125%	200%	250%
Implantologie, parodontologie, orthodontie non prise en charge par l'AMO [3] [20] [21]	-	-	125 €/an	300 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(20) Forfait parodontologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.
(21) Forfait implantologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

AIDES AUDITIVES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Equipements RAC 0 appelé 100% Santé (Classe I) [7]		Intégralement pris en charge*		
Prothèses auditives – équipements autres (Classe II – tarif libre)	60%	100%	100%	100%
+ Forfait prothèses auditives Classe II – par période de 4 ans	-		550 €/oreille	550 €/oreille

(7) Prise en charge par bénéficiaire et pour chaque oreille valable tous les 4 ans avec un plafonnement maximum à 1 700 € par appareil (AMO + mutuelle). La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.

HOSPITALISATION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Frais de séjour - établissements conventionnés	80%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent au DPTAM [2]	80%	140%	140%	150%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent non au DPTAM [2]	80%	120%	120%	130%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD)	-	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€ et "Forfait patient urgences" (FPU)	-	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement - 16 ans et +70 ans si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami [8]	-	Frais Réels 30 J/an	Frais Réels 60 J/an	Frais Réels 60 J/an
Chambre particulière avec nuitée [9] [10]	-	30 €/nuit - 30 J/an	50 €/nuit - 45 J/an	60 €/nuit - 45 J/an
Chambre particulière sans nuitée [9]	-	20 €/jour	20 €/jour	20 €/jour
Frais de transport pris en charge par l'AMO	55%	100%	100%	100%

(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(8) Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique. (9) Dans le cadre du libre parent, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami.
(10) dont 30 jours maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie ou maison de repos, de convalescence ou de rééducation.

		JEUNE ESSENTIEL	JEUNE ÉQUILIBRE	JEUNE PRÉMIUM
CURE THERMALE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Soins	65 ou 70%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport – 1 fois/an [3]	-	-	92 €	122 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Prothèse capillaire et mammaire	60 ou 100%	100%	100%	100%
+ forfait sur prothèse capillaire et mammaire [2]	-	50 €/an	80 €/an	100 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PACK BIEN-ÊTRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Forfait médecines douces [11] : * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien [12] * Étiopathie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie [13]	-	60 €/an	80€/an	100 €/an

(11) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.
(12) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou RPPS
(13) sur présentation facture précisant numéro siren du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Reflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Réflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.

ACTES DE PRÉVENTION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Actes de prévention du contrat responsable (loi N° 2004-810 du 13.08.04, arrêté 08.06.06) - Prise en charge du ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables (dont détartrage 2 fois/an)	70%	100%	100%	100%
Vaccins pris en charge par l'AMO + antigrippe	65 ou 100%	100%	100%	100%
Allergologie [3]	-	-	25 €	30 €
Sevrage tabagique [14]	-	90 €/an	90 €/an	90 €/an
Forfait contraception 3ème et 4ème génération, préservatif et patch [3]	-	70 €/an	80 €/an	130 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(14) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

Les services + inclus dans votre garantie			
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE [15] N° Tél : 09 77 40 48 57	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS [16]	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PRÉVENTION PARCOURS NUTRITION SANTÉ SMARTDIET INCLUS [17]	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 → Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la vie privée → Une assistance et **protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le recours médical,** paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée [18]	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS [19]	OUI	OUI	OUI

JEUNE

Contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC : base remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale (BRSS).

(15) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, [Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 889, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex] dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.

(16) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux téléconsultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription en appelant l'Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.medecindirect.fr

(17) Accès au parcours numérique SmartDiet offrant un bilan et 3 fiches conseils nutrition santé pour l'adhérent et son conjoint adhérent. Service accessible depuis l'extranet ou l'application mobile Mutami

(18) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée. [CFPD Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 B, et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 – 75436 PARIS cedex 09]

(19) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'information sur le site https://www.deuxiemeavis.fr/ ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.deuxiemeavis.fr

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Modérateur * Tels que définis réglementairement

nov-23

MUTAMI Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677 dont le siège social est situé au 70 boulevard Matabiau - CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7. Mutuelle soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR:4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09). Document contractuel

Mutami
LE LIEN SOLIDAIRE

Gamme Tribu

Contrat Santé Responsable et Solidaire

Prestations applicables à compter du 01/01/2024

		Tribu ESSENTIEL	Tribu ÉQUILIBRE	Tribu PREMIUM	Tribu EXCELLENCE
SOINS COURANTS	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	100%	140%	220%
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin non adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	100%	120%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60, 70 ou 100%	100%	100%	100%	150%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	140%	150%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin non adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	120%	130%
Matériel médical : orthopédie, petit et grand appareillage	60 ou 100%	100%	100%	100%	100%
+ forfait orthopédique et petit appareillage [3]	-	-	-	60 €	120 €
+ forfait grand appareillage [3]	-	-	-	180 €	300 €
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux : kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste…)	60%	100%	100%	100%	150%
Psychologues (dispositif MonPsy - 8 séances/an)	60%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie : médicaments pris en charge par l'AMO (15%, 30% ou 65%)	15, 30 ou 65 %	100%	100%	100%	100%

(1) Consultations, visites, actes médicaux.
(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

OPTIQUE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Équipement Reste À Charge 0 appelé 100% Santé (montures et/ou verres Classe A) [4]	Intégralement pris en charge*				
Autres verres et montures, tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé (Classe B)					
Forfait monture [5] [3] [6]	60%	-	40 €	80 €	100 €
:Forfait verre simple – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 40 €	60% + 60 €	60% + 80 €
:Forfait verre complexe – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 80 €	60% + 110 €	60% + 140€
:Forfait verre très complexe – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 100 €	60% + 130 €	60% + 150 €
Lentilles prises en charge par l'AMO	60%	100%	100%	100%	100%
+ forfait lentilles prise en charge ou non par l'AMO [8]	-	-	50 €/an	180/an	200 €/an
Chirurgie réfractive – par œil et par an [3]	-	-	250 €/œil /an	350 €/œil /an	400 €/œil /an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(4) Dans le cadre du Reste À Charge 0 – remboursement plafonné aux prix limites de vente optique.
(5) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% Santé (dits Classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% Santé (dits Classe B), seuls les équipements relevant du 100% Santé seront remboursés dans leur intégralité.
(6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.

DENTAIRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Soins et prothèses dentaires RAC 0 appelé 100% Santé	Intégralement pris en charge*				
Soins dentaires, Inlay, Onlay	60%	100%	100%	150%	200%
Autres prothèses dentaires, tarifs maîtrisés et libres (AMO + TM + dépassements**)	60%	100%	125%	225%	350%
**Dépassements de tarifs plafonnés par an		-	500 €	1 000 €	1 500 €
Actes non pris en charge par l'AMO : parodontologie, implantologie, orthodontie non pris en charge par l'AMO [3] [19] [3] [20]	-	-	150 €	300 €	800 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	100%	125%	225%	325%

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(19) Forfait parodontologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.
(20) Forfait implantologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

AIDES AUDITIVES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Équipements RAC 0 appelé 100% Santé (Classe I) [7]	Intégralement pris en charge*				
Prothèses auditives – équipements autres (Classe II – tarif libre)	60%	100%	100%	100%	100%
+ Forfait prothèses auditives Classe II – par période de 4 ans	-	-	-	550 €/oreille	750 €/oreille

(7) Prise en charge par bénéficiaire et pour chaque oreille valable tous les 4 ans avec un plafonnement maximum à 1700 € par appareil (AMO + mutuelle). La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.

HOSPITALISATION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle			
Frais de séjour - établissements conventionnés	80%	100%	100%	150%	160%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent au DPTAM [2]	80%	100%	140%	150%	160%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent non au DPTAM [2]	80%	100%	120%	130%	140%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD)	-	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€ et "Forfait patient urgences" (FPU)	-	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement -16 ans et +70 ans si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami [9]	-	-	Frais Réel 30€/an	Frais Réel 60€/an	Frais Réel 60€/an
Chambre particulière avec nuitée [9] [10]	-	-	40 €/nuit 30€/an	61€/nuit 45 €/an	70€/nuit 60 €/an
Chambre particulière sans nuitée [9]	-	-	20€/jour	20 €/jour	20 €/jour
Frais de transport pris en charge par l'AMO	55%	100%	100%	100%	100%

(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(8) Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique. (9) Dans le cadre du tiers payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami.
(10) Dont 30 jours maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie ou maison de repos, de convalescence ou de rééducation.

		Tribu ESSENTIEL	Tribu ÉQUILIBRE	Tribu PRÉMIUM	TRIBU EXCELLENCE
CURE THERMALE	Régime obligatoire	**Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle**			
Soins	65 ou 70%	100%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport – 1 fois/an [3]	-	-	-	100 €	230 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Régime obligatoire	**Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle**			
Prime de naissance ou adoption (si adhésion de l'enfant dans les 6 mois qui suivent l'évènement)*	-	-	50 €	100 €	200 €
Amniocentèse et péridurale – forfait	-	-	-	50 €	65 €
Prothèse capillaire et mammaire	60 ou 100%	100%	100%	100% + 250 €/an	100%+ 350 €
Forfait contraception 3ème et 4ème génération et patch [4]	-	-	-	30 €	50 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
* Prestations assurées par MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (MGP) dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice dédiée. (MGP, personne morale de droit privé à but non lucratif régie par le code de la Mutualité et immatriculée ATINSEE sous le numéro 337 682 660 - 39 rue du Jourdil - 74960 ANNECY)

PACK BIEN-ÊTRE	Régime obligatoire	**Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle**			
Forfait médecines douces [11] : * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien [12] * Étiopathie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie [13]	-	-	30€/an	30€ maxi/séance jusqu'à 120 €/an	40€ maxi/séance jusqu'à 160 €/an

(11) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.
(12) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou RPPS.
(13) sur présentation facture précisant numéro siren du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Réflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Réflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.

ACTES DE PRÉVENTION	Régime obligatoire	**Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle**			
Actes de prévention du contrat responsable (loi N° 2004-810 du 13 08 04, arrêté 08 06 06) - Prise en charge du ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables (dont détartrage 2 fois/an)	70%	100%	100%	100%	100%
Vaccins pris en charge par l'AMO + anti-grippe	65 ou 100%	100%	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse (1 fois par an) [5]	70%	100%	100% + 20 €	100% + 35 €	100% + 35 €
Allergologie [6]	-	-	25 €	25 €	25 €
Sevrage tabagique [14]	-	-	25 €	50 €/an	90 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(14) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

Les services + inclus dans votre garantie				
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE [15] N° Tél : 09 77 40 48 57	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS [16]	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 → Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la vie privée → Une assistance et protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le recours médical, paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée [17]	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS [18]	OUI	OUI	OUI	OUI

Contrat responsable au sens des articles L. 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC = base remboursement tarif conventionné Sécurité sociale (BRSS).
(15) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex) dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.
(16) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux téléconsultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.medecindirect.fr
(17) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée (CFPD Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 B, et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09).
(18) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'information sur le site https://www.deuxiemeavis.fr/ ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.deuxiemeavis.fr

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Modérateur * Tels que définis réglementairement.

MUTAMI Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677 dont le siège social est situé au 70 boulevard Matabiau - CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7. Mutuelle soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR 4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09). Document contractuel

Mutami
LE LIEN SOLIDAIRE

Gamme Aîné

Contrat Santé Responsable et Solidaire

Prestations applicables à compter du 01/01/2024

		Aîné ESSENTIEL	Aîné ÉQUILIBRE	Aîné PREMIUM
SOINS COURANTS	Régime obligatoire			
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	150%	200%
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin non adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	130%	150%
Analyses et examens de laboratoire	60, 70 ou 100%	100%	100%	200%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	150%	200%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin non adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	130%	150%
Matériel médical : orthopédie, petit et grand appareillage	60 ou 100%	100%	100%	100%
+ Forfait orthopédique, petit et grand appareillage [3]	-	-	60 €	120 €
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux : kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste…)	60%	100%	100%	150%
Psychologues (dispositif MonPsy - 8 séances/an)	60%	100%	100%	100%
Pharmacie : médicaments pris en charge par l'AMO (15%, 30% ou 65%)	15, 30 ou 65 %	100%	100%	100%
Pharmacie : médicaments prescrits non pris en charge par l'AMO	-	-	20 €/an	40 €/an

(1) Consultations, visites, actes médicaux.
(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

OPTIQUE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Équipement Reste À Charge 0 appelé 100% Santé (montures et/ou verres Classe A) [4]		Intégralement pris en charge*		
Autres verres et montures, tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé (Classe B)				
Forfait monture [5] [6]	60%	40 €	70 €	100 €
Forfait verre simple – par verre [5] [6]	60%	60% + 50 €	60% + 70 €	60% + 100 €
Forfait verre complexe – par verre [5] [6]	60%	60% + 80 €	60% + 100 €	60% + 125 €
Forfait verre très complexe – par verre [5] [6]	60%	60% + 100 €	60% + 125 €	60% + 150 €
Lentilles prises en charge par l'AMO	60%	100%	100%	100%
Lentilles prise en charge ou non par l'AMO [3]	-	100 €/an	150/an	180 €/an
Chirurgie réfractive – par œil et par an [5]	-	150 €/œil /an	300 €/œil /an	400 €/œil /an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(4) Dans le cadre du Reste À Charge 0 – remboursement plafonné aux prix limites de vente optique.
(5) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% Santé (dits Classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% Santé (dits Classe B), seuls les équipements relevant du 100% Santé seront remboursés dans leur intégralité.
(6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.

DENTAIRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Soins et prothèses dentaires RAC 0 appelé 100% Santé		Intégralement pris en charge*		
Soins dentaires, inlay-Onlay	60%	100%	100%	150%
Autres prothèses dentaires, tarifs maîtrisés et libres (AMO + TM + dépassements**)	60%	125%	200%	250%
**Dépassements de tarifs plafonnés par an		-	750 €	1 200 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	125%	200%	250%
Implantologie, parodontologie, prothèses HN et orthodontie non prise en charge par l'AMO [18] [20] [21]	-	-	250€/an	500 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(20) Forfait parodontologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.
(21) Forfait implantologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

AIDES AUDITIVES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Équipements RAC 0 appelé 100% Santé (Classe I) [7]		Intégralement pris en charge*		
Prothèses auditives – équipements autres (Classe II – tarif libre)	60%	100%	100%	100%
+ Forfait prothèses auditives Classe II – par période de 4 ans	-	-	550 €/oreille	750 €/oreille

(7) Prise en charge par bénéficiaire et pour chaque oreille valable tous les 4 ans avec un plafonnement maximum à 1 700 € par appareil (AMO + mutuelle). La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.

HOSPITALISATION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Frais de séjour - établissements conventionnés	80%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent au DPTAM [2]	80%	140%	150%	200%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent non au DPTAM [2]	80%	120%	130%	150%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD)	-	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€ et *Forfait patient urgences* (FPU)	-	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement - 16 ans et + 70 ans si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami [8]	-	Frais Réels 30 J/an	Frais Réels 45 J/an	Frais Réels 45 J/an
Chambre particulière avec nuitée [9] [10]	-	-	50 €/nuit - 30 J/an	60 €/nuit - 60 J/an
Chambre particulière sans nuitée [9]	-	-	10 €/jour	20 €/jour
Frais de transport pris en charge par l'AMO	55%	100%	100%	100%

(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(8) Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique. (9) Dans le cadre du tiers payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami.
(10) dont 30 jours maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie ou maison de repos, de convalescence ou de rééducation.

		Ainé ESSENTIEL	Ainé ÉQUILIBRE	Ainé PRÉMIUM
CURE THERMALE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Soins	65 ou 70%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport – 1 fois/an [3]	-	-	80 €	130 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Prothèse capillaire et mammaire	60 ou 100%	100%	100%	100%
+ forfait sur prothèse capillaire et mammaire [3]	-	50 €/an	80 €/an	120 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PACK BIEN-ÊTRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Forfait médecines douces [11] : * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien [12] * Étiopathie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie [13]	-	30 €/an	30€ maxi/séance / plafond 90 €/an	40€ maxi/ séance / plafond 160 €/an

(11) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.
(12) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou RPPS
(13) sur présentation facture précisant numéro siren du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Reflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Reflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.

ACTES DE PRÉVENTION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle		
Actes de prévention du contrat responsable (loi N° 2004-810 du 13 08 04, arrêté 08 06 06) - Prise en charge du ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables (dont détartrage 2 fois/an)	70%	100%	100%	100%
Vaccins pris en charge par l'AMO	65 ou 100%	100%	100%	100%
Vaccin prescris non remboursés [14]	-	-	50 €/an	70 €/an
Sevrage tabagique [14]	-	-	50 €/an	90 €/an
Activité physique adaptée prescrite (Sport Santé) [14][15]	-	-	100 €/an	150 €/an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(14) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.
(15) Sur prescription médicale et dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD

Les services + inclus dans votre garantie			
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE [16] N° Tél : 09 77 40 48 57	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS [17]	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 ➔ Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la vie privée ➔ Une assistance **protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le recours** médical, paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée [18]	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS [19]	OUI	OUI	OUI

AINÉ

Contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC : base remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale (BRSS).

[16] Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex) dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.
(17) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux télécomultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.medecindirect.fr
(18) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée (CFPD Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 B, et soumise au contrôle de l'ACPR [Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution], 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09)
(19) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'information sur le site https://www.deuxiemeavis.fr/ ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.deuxiemeavis.fr

nov-23

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Modérateur * Tels que définis réglementairement

MUTAMI Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677 dont le siège social est situé au 70 boulevard Matabiau - CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7. Mutuelle soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR-4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09). Document contractuel

Mutami
LE LIEN SOLIDAIRE

Garanties labellisées

Gamme Santé Protec'Ter Agents Territoriaux

Contrat Santé Responsable et Solidaire

Prestations applicables à compter du 01/01/2024

		TER 1	TER 2	TER 3	TER 4	TER 5
SOINS COURANTS	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	100%	160%	200%	260%
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin non adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	100%	130%	180%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60, 70 ou 100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin non adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : orthopédie, petit et grand appareillage	60 ou 100%	100%	100%	100%	100%	100%
+ forfait orthopédique, petit et grand appareillage, prothèses prescrites [3]	-	-	-	200 €	200 €	200 €
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux : kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste…)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Psychologues (dispositif MonPsy - 8 séances/an)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie : médicaments pris en charge par l'AMO (15%, 30% ou 65%)	15, 30 ou 65 %	100%	100%	100%	100%	100%

(1) Consultations, visites, actes médicaux.
(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

OPTIQUE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Équipement Reste À Charge 0 appelé 100% Santé (montures et/ou verres Classe A) [4]		Intégralement pris en charge*				
Autres verres et montures, tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé (Classe B)						
Forfait monture [5] [6]	60%	-	50 €	75 €	100 €	100 €
Forfait verre simple – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 25 €	60% + 45 €	60% + 70 €	60% + 100 €
Forfait verre complexe – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 75 €	60% + 100 €	60% + 120 €	60% + 150€
Forfait verre très complexe – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 85 €	60% + 110 €	60% + 140 €	60% + 200 €
Suppléments et prestations optiques : prise en charge du TM	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge par l'AMO	60%	100%	100%	100%	100%	100%
+ forfait lentilles prise en charge ou non par l'AMO [3]	-	-	60 €	120 €	180 €	200 €
Chirurgie réfractive – par œil et par an [3]	-	-	-	200 €	350 €	400 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(4) Dans le cadre du Reste À Charge 0 – remboursement plafonné aux prix limites de vente optique.
(5) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% Santé (dits Classe A) alors que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% Santé (dits Classe B), seuls les équipements relevant du 100% Santé seront remboursés dans leur intégralité.
(6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.

DENTAIRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Soins et prothèses dentaires RAC 0 appelé 100% Santé		Intégralement pris en charge*				
Soins dentaires, Inlay, Onlay	60%	100%	100%	100%	128%	180%
Autres prothèses dentaires, tarifs maîtrisés et libres (AMO + TM + dépassements**)	60%	100%	150%	220%	350%	400%
**Dépassements de tarifs plafonnés par an		-	1 000 €	1 200 €	1 800 €	2 200 €
Actes non pris en charge par l'AMO : parodontologie, implantologie, orthodontie non pris en charge par l'AMO, prothèses dentaires HN [3] [19] [20]	-	-	-	300 €	500 €	800 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	100%	150%	225%	300%	350%

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(19) Forfait parodontologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.
(20) Forfait implantologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

AIDES AUDITIVES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Équipements RAC 0 appelé 100% Santé (Classe I) [7]		Intégralement pris en charge*				
Prothèses auditives – équipements autres (Classe II – tarif libre)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
+ Forfait prothèses auditives Classe II – par période de 4 ans	-	-	125 €/oreille	250 €/oreille	550 €/oreille	550 €/oreille

(7) Prise en charge par bénéficiaire et pour chaque oreille valable tous les 4 ans avec un plafonnement maximum à 1 700 € par appareil (AMO + mutuelle). La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.

HOSPITALISATION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Frais de séjour - établissements conventionnés	80%	100%	100%	100%	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent au DPTAM [2]	80%	100%	100%	160%	200%	260%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent non au DPTAM [2]	80%	100%	100%	130%	180%	200%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD)	-	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€ et "Forfait patient urgences" (FPU)	-	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement, sans limite d'âge, si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami [8]	-	-	15 €/J (30 J/an)	30 €/J (40 J/an)	40 €/J (40 J/an)	40 €/J (40 J/an)
Chambre particulière avec nuitée [9] [10]	-	-	30 €/nuit	50 €/nuit	60 €/nuit	70 /nuit
Chambre particulière sans nuitée [9]	-	-	20 €/jour	20 /jour	20 /jour	20 €/jour
Frais de transport pris en charge par l'AMO	55%	100%	100%	100%	100%	100%

(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(8) Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique. (9) Dans le cadre du tiers payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami.
(10) Dont 30 jours par an en Ter2 et à 60 jours en Ter3, Ter4 et Ter5 maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation

		TER 1	TER 2	TER 3	TER 4	TER 5
CURE THERMALE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Soins	65 ou 70%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport – 1 fois/an [3]	-	-	-	100 €	250 €	300 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Prothèse capillaire et mammaire	60 ou 100%	100%	100%	100%	100%	100%
Contraception 3ème et 4ème génération , stérilet, implant contraceptif et patch non rbt AMO [10]	-	-	30 €	50 €	70 €	90 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PACK BIEN-ÊTRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Forfait médecines douces [11] : * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien [12] * Étiopathie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie [12]	-	-	30€/an	30€ maxi/séance jusqu'à 120 €/an	40 €maxi/séance jusqu'à 180 €/an	50€ maxi/séance jusqu'à 250 €/an

(11) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.
(12) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou RPPS
(13) sur présentation facture précisant numéro siren du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA. Reflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Reflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.

ACTES DE PRÉVENTION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Détartrage annuel complet – 2 séances	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins pris en charge par l'AMO + anti-grippe	65 ou 100%	100%	100%	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Sevrage tabagique [14]	-	-	30 €	50 €	90 €	90 €

(14) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

Les services + inclus dans votre garantie					
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE [15] N° Tél : 09 77 40 48 57	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS [16]	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 ➔ Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la vie privée ➔ Une assistance **à protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le** recours médical, paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée [17]	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS [18]	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC : base remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale (BRSS)
(15) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 685, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex) dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.
(16) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux téléconsultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription et appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.medecindirect.fr
(17) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée. (CFPD Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 B, et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09)
(18) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'Information sur le site https://www.deuxieme-avis.fr/ ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.deuxieme-avis.fr/offre réservée aux agents territoriaux • Période minimale d'adhésion 1 an • Offre éligible à la participation des collectivités territoriales entrées dans le processus de labellisation.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Moderateur * Tels que définis réglementairement.

MUTAMI Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677 dont le siège social est situé au 70 boulevard Malabiau - CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7. Mutuelle soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR:4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09). Document contractuel

Mutami
LE LIEN SOLIDAIRE

Gamme Santé Agents Hospitaliers

Contrat Santé Responsable et Solidaire

Prestations applicables à compter du 01/01/2024

		FPH 1	FPH 2	FPH 3	FPH 4	FPH 5
SOINS COURANTS	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	125%	140%	160%	200%
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin non adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	100%	105%	120%	140%	180%
Analyses et examens de laboratoire	60, 70 ou 100%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale – médecin non adhérent au DPTAM [2]	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Matériel médical : orthopédie, petit et grand appareillage	60 ou 100%	100%	100%	125%	135%	150%
+ Forfait orthopédique, petit et grand appareillage, prothèses prescrites [3]	-	-	-	50 €	70 €	100 €
Bandelettes d'analyses pour diabétiques et appareils pour stomisés [3]	-	-	-	25% des FR restant	50% des FR restant	80% des FR restant
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux : kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste…)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Psychologues (dispositif MonPsy -8 séances/an)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie : médicaments pris en charge par l'AMO (15%, 30% ou 65%)	15, 30 ou 65 %	100%	100%	100%	100%	100%

(1) Consultations, visites, actes médicaux
(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

OPTIQUE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Equipement Reste À Charge 0 appelé 100% Santé (montures et/ou verres Classe A) [4]		Intégralement pris en charge *				
Autres verres et montures, tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé (Classe B)						
Forfait monture [5] [6]	60%	-	40 €	60 €	80 €	100 €
Forfait verre simple – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 30 €	60% + 50 €	60% + 80 €	60% + 100 €
Forfait verre complexe – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 90 €	60% + 100 €	60% + 120 €	60% + 150€
Forfait verre très complexe – par verre [5] [6]	60%	-	60% + 90 €	60% + 120 €	60% + 150 €	60% + 200 €
Suppléments et prestations optiques : prise en charge du TM	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Lentilles prises en charge par l'AMO	60%	100%	100%	100%	100%	100%
+ forfait lentilles prise en charge par l'AMO [5]	-	-	100 €	150 €	200 €	300 €
+ forfait lentilles non prise en charge par l'AMO [5]	-	-	60 €	90 €	120 €	160 €
Chirurgie réfractive – par œil et par an [5]	-	-	-	200 €	350 €	400 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée
(4) Dans le cadre du Reste À Charge 0 – remboursement plafonné aux prix limites de vente optique.
(5) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L 165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% Santé (dits Classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% Santé (dits Classe B), seuls les équipements relevant du 100% Santé seront remboursés dans leur intégralité.
(6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique

DENTAIRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Soins et prothèses dentaires RAC 0 appelé 100% Santé		Intégralement pris en charge *				
Soins dentaires, Inlay, Onlay	60%	100%	100%	125%	130%	150%
Autres prothèses dentaires, tarifs maîtrisés et libres (AMO + TM + dépassements**)	60%	100%	150%	210%	300%	350%
**Dépassements de tarifs plafonnés par an		-	1 000 €	1 200 €	1 800 €	2 200 €
Actes non pris en charge par l'AMO : parodontologie, implantologie, orthodontie non pris en charge par l'AMO, prothèses dentaires HN [20] [21] [22] [23]	-	-	100 €	300 €	500 €	600 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	100%	150%	210%	270%	300%

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée
(20) Forfait parodontologie majoré à 25 € par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.
(21) Forfait implantologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

AIDES AUDITIVES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Equipements RAC 0 appelé 100% Santé (Classe I) [7]		Intégralement pris en charge *				
Prothèses auditives – équipements autres (Classe II – tarif libre)	60%	100%	100%	100%	100%	100%
+ Forfait prothèses auditives Classe II – par période de 4 ans	-	-	400 €/oreille	450 €/oreille	550 €/oreille	750 €/oreille

(7) Prise en charge par bénéficiaire et pour chaque oreille valable tous les 4 ans avec un plafonnement maximum à 1 700 € par appareil (AMO + mutuelle). La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.

HOSPITALISATION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Frais de séjour - établissements conventionnés	80%	100%	100%	150%	160%	200%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent au DPTAM [2]	80%	100%	100%	150%	160%	200%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent non au DPTAM [2]	80%	100%	100%	130%	140%	180%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD)	-	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€ et "Forfait patient urgences" (FPU)	-	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement, sans limite d'âge, si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami [9]	-	-	15 €/J (30 J/an)	30 €/J (40 J/an)	40 €/J (40 J/an)	40 €/J (40 J/an)
Chambre particulière avec nuitée [10] [11]	-	-	30 €	50 €	60 €	70 €
Chambre particulière sans nuitée [10]	-	-	20 €	20	20	20
Frais de transport pris en charge par l'AMO	55%	100%	100%	100%	100%	100%

(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(8) Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique (9) Dans le cadre du tiers payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami
(10) dont 30 jours par an en FPH2 et FPH3 et à 60 jours en FPH4 et FPH5 maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie, maison de repos, de convalescence, de rééducation

		FPH 1	FPH 2	FPH 3	FPH 4	FPH 5
CURE THERMALE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Soins	65 ou 70%	100%	100%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport – 1 fois/an [3]	-	-	-	100 €	200 €	250 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Prime de naissance ou adoption (si adhésion de l'enfant dans les 6 mois suivant la naissance ou l'adoption)*	-	-	-	100 €	150 €	200 €
Amniocentèse et péridurale – forfait	-	-	30 €	40 €	50 €	60 €
Prothèse capillaire et mammaire	60 ou 100%	100%	100% 120 €/an	100%+150€/an	100%+200€/an	100%+250€/an
Contraception 3ème et 4ème génération ; stérilet, implant contraceptif et patch non rbt AMO [3]	-	-	30 €	50 €	70 €	90 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
* Prestations assurées par MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (MGP) dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice dédiée. (MGP, personne morale de droit privé à but non lucratif régie par le code de la Mutualité et immatriculée à TRSEE sous le numéro 337 682 660 - 39 rue du Jourell – 74960 ANNECY)

PACK BIEN-ÊTRE	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Forfait médecines douces [11] : * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien [12] * Etiopathie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie [12]	-	-	30€/an	30€ maxi/séance jusqu'à 120 €/an	40€ maxi/séance jusqu'à 180 €/an	40€ maxi/séance jusqu'à 250 €/an

(11) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.
(12) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou ARPS.
(12) sur présentation facture précisant numéro siret du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Réflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Réflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.

ACTES DE PRÉVENTION	Régime obligatoire	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Mutuelle				
Détartrage annuel complet – 2 séances	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Dépistage hépatite B	60%	100%	100%	100%	100%	100%
Vaccins pris en charge par l'AMO + anti-grippe	65 ou 100%	100%	100%	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse (1 fois par an) [13]	70%	100%	100%	100%	100%	100%
Sevrage tabagique [14]	-	-	30 €	50 €	90 €	90 €

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(14) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

PRÉVOYANCE EN INCLUSION: ALLOCATION JOURNALIÈRE POUR PERTE DE SALAIRE EN CAS DE MALADIE						
U en relais du CGOS en % du traitement indiciaire + primes [15]	-	-	30%	30%	30%	30%

(15) Garantie réservée aux agents hospitaliers.Garantie assurées par MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (MGP, personne morale de droit privé à but non lucratif régie par le code de la Mutualité et immatriculée à TRSEE sous le numéro 337 682 660 - 39 rue du Jourell – 74960 ANNECY) dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Prestations versées en relais du CGOS en maladie ordinaire, maladie de longue durée et longue maladie. Age limite au bénéfice des prestations : 67 ans. Conditions d'adhésion et modalités de prise en charge détaillées dans la notice dédiée. • Période minimale d'adhésion 1 an

Les services + inclus dans votre garantie					
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE [16] N° Tel : 09 77 40 48 57	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS [17]	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 ➔ Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la vie privée ➔ Une assistance et **protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le recours** médical, paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée [18]	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS [19]	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

Contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC : base remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale (BRSS).
(16) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 693, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex) dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.
(17) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux téléconsultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.medecindirect.fr
(18) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée (CFPD Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 B, et soumise au contrôle de l'ACPR [Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution], 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09)
(19) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'information sur le site https://www.deuxiemeavis.fr/ ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.deuxiemeavis.fr

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Modérateur * Tels que définis réglementairement

MUTAMI Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677 dont le siège social est situé au 70 boulevard Matabiau - CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7. Mutuelle soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR:4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09). Document contractuel

Garantie HOSPITALISATION

Contrat Santé Non Responsable

Prestations applicables à compter du 01/01/2024	HOSPI	HOSCP
HOSPITALISATION: Couverture des frais afférents à des séjours en cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale nécessitant une durée supérieure à 24h	**COUVERTURE TOTALE AMO + AMC**	
Frais de séjour - établissements conventionnés	100%	100%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (hors maternité) : médecin adhérent au DPTAM [2] / pour interventions chirurgicales lors d'un séjour supérieur à 24h	140%	140%
Honoraires médicaux et chirurgicaux (hors maternité) : médecin adhérent non au DPTAM [2] / pour interventions chirurgicales lors d'un séjour supérieur à 24h	140%	140%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD) [1]	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€ et *Forfait patient urgences* (FPU)	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement -16 ans et +70 ans si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami [3]	Frais Réels 30 J/an	Frais Réels 30 J/an
Chambre particulière avec nuitée [4]	-	55 € illimité
Chambre particulière sans nuitée [4] [5]	-	20 €/jour
Frais de transport pris en charge par l'AMO [6]	100%	100%

(1) Excepté en gériatrie, psychiatrie, maison de repos de convalescence de rééducation : 30 j par an
(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale d'un bénéficiaire mutualiste Mutami âgé de moins de 16 ans ou de plus de 70 ans à l'exception des cures et séjours spécialisés. Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique.
(4) Dont 10 jours maximum par an en maternité et 30 jours maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie ou maison de repos, de convalescence ou de rééducation.
(5) Dans le cadre des suites d'une hospitalisation d'au moins 24h
(6) Transport accepté par la Sécurité Sociale et lié à un acte ou une hospitalisation de plus de 24 heures ayant fait l'objet d'une prise en charge par la mutuelle

Les services + inclus dans votre garantie		
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE [7] N° Tél : 09 77 40 48 57	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS [8]	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 ➔ Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la privée ➔ Une assistance et **protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le recours** médical, paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée [9]	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS [10]	OUI	OUI

Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC = taux remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale (BRSS)
(7) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline – 92213 SAINT-CLOUD Cedex) dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.
(8) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux téléconsultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.medicindirect.fr
(9) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée (CFPD Entreprise régie par le Code **des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 692 240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 B, et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09).**
(10) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'information sur le site https://www.deuxiemeavis.fr/ ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.deuxiemeavis.fr

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Modérateur

MUTAMI Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677 dont le siège social est situé au 70 boulevard Matabiau - CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7. Mutuelle soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR:4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09). Document contractuel

Mutami
LE LIEN SOLIDAIRE

SURCOMPLÉMENTAIRES
Contrat Santé Non Responsable

Prestations applicables à compter du 15/03/2023

	ZEN 1	ZEN 2
SOINS COURANTS		
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes – médecin adhérent ou non au DPTAM [1] [2] [3]	12 €/acte	20 €/acte
Forfait examens de laboratoire non pris en charge par l'A.M.O [3]	30 €	50 €
Matériel médical : orthopédie, petit, grand appareillage, prothèses capillaire et mammaire. [3]	60 €	150 €
Pharmacie : médicaments - vaccins prescrits non pris en charge par l'AMO [3]	30 €	50 €
OPTIQUE hors 100% santé		
Forfait monture [4] [3]	30 €	50 €
Forfait verres [4] [3]	80 €	100 €
Lentilles prise en charge ou non par l'AMO [3]	60 €/an	120 €/an
Chirurgie réfractive – par œil et par an [3]	150 €/œil /an	300 €/œil /an
DENTAIRE hors 100% santé		
Prothèse dentaire remboursée par l'AMO, implant, parodontologie, inlay, inlay-core [3]	250 €	500 €
Orthodontie prise en charge ou non par l'AMO [3]	200 €	400 €
AIDES AUDITIVES hors 100% santé		
Prothèses auditives – équipements autres (Classe II – tarif libre) [3] – par période de 4 ans	250 €	500 €
HOSPITALISATION		
Forfait dépassement d'honoraire- Chambre particulière + Frais d'accompagnement hospitalier + Frais télévision [3]	150 €	300 €
CURE THERMALE		
Forfait Cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale [3]	100 €	150 €
PACK BIEN-ÊTRE		
Forfait médecines douces [8] : * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien [7] * Étiopathie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie [8]	20 €/séance maxi 60 €/an	40 €/séance maxi 120 €/an
PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES		
Forfait Sevrage tabagique [3]	50 €	90 €
Forfait contraception 3ème et 4ème génération et patch [3]	30 €	90 €
Participation licence sportive fédérale: Activité physique adaptée prescrite (Sport Santé) - forfait annuel [9]	20 €	40 €

(1) Consultations, visites, actes médicaux.
(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée – DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée, du décompte AMO et/ou de votre organisme complémentaire santé dans la limite de la dépense engagée.
(4) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L.165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue
(5) Forfait sur présentation de la facture acquittée, du décompte AMO et/ou de votre organisme complémentaire santé dans la limite de la dépense engagée.
(6) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.
(7) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou RPPS
(8) sur présentation facture précisant numéro siren du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Réflexologue d'un diplôme reconnue par la Fédération Française des Réflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.
(9) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée dispensée par un professionnel autorisé pour les patients atteints d'une ALD

Les remboursements se font dans la limite des frais engagés, sur présentation de la facture acquittée, et/ou du décompte CPAM et du relevé de prestations versées par votre mutuelle complémentaire.
VOUS DEVEZ FOURNIR A MUTAMI LE RELEVÉ DE PRESTATIONS DE VOTRE PREMIERE MUTUELLE.

Une période d'attente est appliquée aux membres participants lors de la souscription de l'offre. La garantie sera accordée après un délai d'attente :
- De 3 mois sur l'ensemble des prestations couvertes par le contrat.

Le(s) forfait(s) annuel(s) de la sur complémentaire est (sont) fixé(s) pour une année civile et ne peut(vent) ni se cumuler, ni se reporter d'une année sur l'autre en cas de non utilisation d'une partie ou de la totalité du forfait. Les adhérents ne peuvent pas souscrire à plusieurs surcompléméntaires au sein de Mutami.
AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire

MUTAMI Mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 776 950 677 dont le siège social est situé au 70 boulevard Malabiau - CS 46951 - 31069 Toulouse Cedex 7. Mutuelle soumise à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR:4 place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09). Document contractuel

Gamme AMSE

Contrat Santé Responsable et Solidaire

Prestations applicables à compter du 01/01/2024

			AMSE 1 ESSENTIEL	AMSE 2 ÉQUILIBRE	AMSE 3 PRÉMIUM	AMSE 4 EXCELLENCE
SOINS COURANTS	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes - médecin adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	20%	100%	100%	140%	220%
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes - médecin non adhérent au DPTAM [1] [2]	70%	20%	100%	100%	120%	200%
Analyses et examens de laboratoire	60, 70 ou 100%	30% ou 20%	100%	100%	100%	150%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale - médecin adhérent au DPTAM [2]	70%	-	100%	100%	140%	150%
Actes de radiologie, imagerie et technique médicale - médecin non adhérent au DPTAM [2]	70%	-	100%	100%	120%	130%
Matériel médical : orthopédie, petit et grand appareillage	60 ou 100%	30%	100%	100%	100%	100%
+ forfait orthopédique et petit appareillage [3]	-	-	-	-	60 €	120 €
+ forfait grand appareillage [3]	-	-	-	-	180 €	300 €
Honoraires paramédicaux (auxiliaires médicaux : kinésithérapeute, infirmier, orthophoniste...)	60%	30%	100%	100%	100%	150%
Psychologues (dispositif MonPsy -8 séances/an)	60%	30%	100%	100%	100%	100%
Pharmacie : médicaments pris en charge par l'AMO (15%, 30% ou 65%)	15, 30 ou 65 %	0, 50 et 25%	100%	100%	100%	100%

(1) Consultations, visites, actes médicaux
(2) DPTAM : Dispositif pratique tarifaire maîtrisée - DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

OPTIQUE	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Équipement Reste À Charge 0 appelé 100% Santé (montures et/ou verres Classe A) [4]	Intégralement pris en charge*					
Autres verres et montures, tarifs libres pratiqués par le professionnel de santé (Classe B)						
Forfait monture [5] [6]	60%	30%	-	40 €	80 €	100 €
Forfait verre simple - par verre [5] [6]	60%	30%	-	60% + 40 €	60% + 60 €	60% + 80 €
Forfait verre complexe - par verre [5] [6]	60%	30%	-	60% + 80 €	60% + 110 €	60% + 140€
Forfait verre très complexe - par verre [5] [6]	60%	30%	-	60% + 100 €	60% + 130 €	60% + 150 €
Lentilles prises en charge par l'AMO	60%	30%	100%	100%	100%	100%
+ forfait lentilles prise en charge ou non par l'AMO [3]	-	-	-	50 €/an	180/an	200 €/an
Chirurgie réfractive - par œil et par an [3]	-	-	-	250 €/œil /an	350 €/œil /an	400 €/œil /an

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(4) Dans le cadre du Reste À Charge 0 - remboursement plafonné au « prix limites de vente optique.
(5) Prise en charge limitée à un équipement tous les 2 ans par bénéficiaire à partir de la date de la première consommation AMO, ou tous les ans en cas de renouvellement anticipé conformément à l'article L145-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les assurés de moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Dans le cas où un équipement optique comporterait des verres ou une monture relevant du 100% Santé (dits Classe A) ainsi que des verres ou une monture ne relevant pas du 100% Santé (dits Classe B), seuls les équipements relevant du 100% Santé seront remboursés dans leur intégralité.
(6) Ces montants intègrent la prise en charge du ticket modérateur optique.

DENTAIRE	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Soins et prothèses dentaires RAC 0 appelé 100% Santé	Intégralement pris en charge*					
Soins dentaires, Inlay, Onlay	60%	20%	100%	100%	150%	200%
Autres prothèses dentaires, tarifs maîtrisés et libres (AMO + TM + dépassements**)	60%	20%	100%	125%	225%	350%
**Dépassements de tarifs plafonnés par an	-	-	-	500 €	1 000 €	1 500 €
Actes non pris en charge par l'AMO : parodontologie, implantologie, orthodontie non pris en charge par l'AMO [3] [19] [20]	-	-	-	150 €	300 €	800 €
Orthodontie prise en charge par l'AMO	70 ou 100%	-	100%	125%	225%	325%

(3) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(19) Forfait parodontologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.
(20) Forfait implantologie majoré à 25€ par an et par bénéficiaire dans le cadre du conventionnement dentaire mutualiste.

AIDES AUDITIVES	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Équipements RAC 0 appelé 100% Santé (Classe I) [7]	Intégralement pris en charge*					
Prothèses auditives - équipements autres (Classe II - tarif libre)	60%	30%	100%	100%	100%	100%
+ Forfait prothèses auditives Classe II - par période de 4 ans	-	-	-	-	550 €/oreille	750 €/oreille

(7) Prise en charge par bénéficiaire et pour chaque oreille valable tous les 4 ans avec un plafonnement maximum à 1 700 € par appareil (AMO + mutuelle). La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive. RAC 0 appelé 100% Santé à compter du 01/01/2021 : prise en charge de l'intégralité des frais de prothèses auditives exposés par l'adhérent en sus des tarifs de responsabilité dans le respect des prix limites de vente pour les dispositifs appartenant à une classe à prise en charge renforcée.

HOSPITALISATION	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Frais de séjour - établissements conventionnés	80%	20%	100%	100%	150%	160%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent au DPTAM [2]	80%	20%	100%	140%	150%	160%
Honoraires médicaux et chirurgicaux : médecin adhérent non au DPTAM [2]	80%	20%	100%	120%	130%	140%
Forfait journalier hospitalier (hors maison d'accueil spécialisée et hors EHPAD)	-	20 € 15€ en psy	100% illimité	100% illimité	100% illimité	100% illimité
Participation forfaitaire pour actes lourds ≥ à 120€	-	24 €	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Forfait Patient Urgence (FPU tarif plein / mineur)	-	19,61€ / 8,49€	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge
Accompagnement -16 ans et +70 ans si la personne hospitalisée est inscrite à Mutami [8]	-	-	-	Frais Réel 30j/an	Frais Réel 60j/an	Frais Réel 60j/an
Chambre particulière avec nuitée [9] [10]	-	-	-	40 €/nuit 30j/an	61€/nuit 45 j/an	70€/nuit 60 j/an
Chambre particulière sans nuitée [9]	-	-	-	20€/jour	20 €/jour	20 €/jour
Frais de transport pris en charge par l'AMO	55%	45%	100%	100%	100%	100%

(2) DPTAM : dispositif pratique tarifaire maîtrisée - DPTAM CO : dispositif pratique tarifaire maîtrisée chirurgie obstétrique.
(8) Lit et repas facturés par l'hôpital ou la clinique. (9) Dans le cadre du tiers payant, elle ne sera prise en charge que pour les établissements conventionnés avec Mutami.
(10) Dans 30 jours maximum par an en établissement spécialisé type gériatrie, psychiatrie ou maison de repos, de convalescence ou de rééducation.

			AMSE 1 ESSENTIEL	AMSE 2 ÉQUILIBRE	AMSE 3 PRÉMIUM	AMSE 4 EXCELLENCE
CURE THERMALE	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Soins	65 ou 70%	20%	100%	100%	100%	100%
Forfait hébergement et transport - 1 fois/an [1]	-	-	-	-	100 €	230 €

(1) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.

PRESTATIONS COMPLÉMENTAIRES	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Prime de naissance ou adoption (f)si adhésion de l'enfant dans les 6 mois qui suivent l'évènement)*	-	-	-	50 €	100 €	200 €
Amniocentèse et péridurale - forfait	-	-	-	-	50 €	65 €
Prothèse capillaire et mammaire	60 ou 100%	-	100%	100%	100% + 250 €/an	100%+ 350 €
Forfait contraception 3ème et 4ème génération et patch [1]	-	-	-	-	30 €	50 €

(1) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
* Prestations assurées par MUTUELLE GENERALE DE PREVOYANCE (MGP) dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice dédiée. (MGP, personne morale de droit privé à but non lucratif régie par le code de la Mutualité et immatriculée à 776 558 sous le numéro 327 682 660 - 39 rue du Jourdil - 74960 ANNECY)

PACK BIEN-ÊTRE	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Forfait médecines douces [1] : * Ostéopathie, chiropractie, podologie, pédicurie, diététicien, psychologue, ergothérapie, psychomotricien [2] * Étiopathie, acupuncture, naturopathie, réflexologie, homéopathie, sophrologie, hypnothérapie [3]	-	-	-	30€/an	30€ maxi/séance jusqu'à 120 €/an	40€ maxi/séance jusqu'à 160 €/an

(1) Remboursement sur la base des frais réels, sur présentation de la facture acquittée émise par le professionnel.
(2) professionnel inscrit au répertoire ADELI ou RPPS
(3) sur présentation facture précisant numéro siren du professionnel. Naturopathe disposant d'un diplôme agréé par la FENA, Réflexologue d'un diplôme reconnu par la Fédération Française des Réflexologues et Hypnothérapeute d'un diplôme agréé par la FFHTB. Pour les médicaments (homéopathie) sur facture acquittée.

ACTES DE PRÉVENTION	Régime obligatoire	+ complément régime local	Remboursement Assurance Maladie Obligatoire (AMO) + Régime Local + Mutuelle			
Actes de prévention du contrat responsable (loi N° 2004-810 du 13 08 04, arrêté 08 06 06) - Prise en charge du ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables (dont détartrage 2 fois/an)	70%	-	100%	100%	100%	100%
Vaccins pris en charge par l'AMO + anti-grippe	65 ou 100%	-	100%	100%	100%	100%
Densitométrie osseuse (1 fois par an) [1]	70%	-	100%	100% + 20 €	100% + 35 €	100% + 35 €
Allergologie [1]	-	-	-	25 €	25 €	25 €
Sevrage tabagique [1]	-	-	-	25 €	50 €/an	90 €/an

(1) Forfait annuel, sur présentation de la facture acquittée.
(1) Forfait annuel sur présentation de la prescription médicale et de la facture acquittée.

Les services + inclus dans votre garantie					
ASSISTANCE GARANTIE FAMILIALE INCLUSE [15] N° Tél : 09 77 40 48 57		OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE TÉLÉCONSULTATION INCLUS [16]		OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE PROTECTION JURIDIQUE SANTÉ INCLUS: 04 28 89 79 39 → Une assistance juridique téléphonique pour obtenir des réponses claires à vos interrogations dans tous les domaines du droit Français relatifs à la vie privée → Une assistance et protection juridique sur l'intégrité physique et morale de l'adhérent, le recours médical, paramédical et pharmaceutique. Détail sur la notice dédiée [17]		OUI	OUI	OUI	OUI
SERVICE DE 2ÈME AVIS MÉDICAL INCLUS [18]		OUI	OUI	OUI	OUI

AMSE

Contrat responsable au sens des articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Tous les pourcentages indiqués ci-dessus s'entendent sur la base du remboursement Sécurité sociale (BRSS), dans le cadre du parcours de soins coordonnés et dans la limite des frais engagés, y compris la prise en charge du régime obligatoire. TC = base remboursement tarif conventionnel Sécurité sociale (BRSS).
(15) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, (Société Anonyme, régie par le Code des assurances, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 433 012 689, dont le siège social est situé au 108, Bureaux de la Colline - 92213 SAINT-CLOUD Cedex) dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée.
(16) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. Accès illimité aux téléconsultations pour tous les bénéficiaires inscrits au contrat, 24h/24 et 7j/7 dans le respect du secret médical, sans facture à régler au médecin. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.medecindirect.fr
(17) Prestations sont assurées par CFDP Assurances dans le cadre d'un contrat souscrit par MUTAMI pour ses adhérents. Les modalités de prise en charge sont détaillées dans la notice d'information dédiée (CFPD Entreprise régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1.692.240 €, ayant son siège social Immeuble l'Europe - 62 rue de Bonnel - 69003 LYON, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de LYON sous le numéro 958 506 156 R, et soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 04 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS cedex 09).
(18) Prestations assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL dans le cadre du contrat souscrit par Mutami pour ses adhérents. Modalités de prise en charge détaillées dans la notice d'information dédiée. 2ème avis sur des pathologies dite "lourde" délivré sous 7 jours par un professionnel de santé. Plus d'information sur le site https://www.deux-avis.fr/ ou la notice fournie. 1ère inscription en appelant Filassistance au 09 77 40 48 57 puis rendez-vous sur https://www.deux-avis.fr

nov - 23

AMO : Assurance Maladie Obligatoire AMC : Assurance Maladie Complémentaire TM : Ticket Modérateur * Tels que définis réglementairement.