

VIAPRO

- ▶ Notice d'information P. 2 à 9
- ▶ Tableaux de garanties frais de santé P. 10 à 19
- ▶ Viassistance P. 20 à 24
- ▶ Déclaration de confidentialité P. 25 à 26
- ▶ Statuts P. 27 à 33

NOTICE D'INFORMATION VIAPRO

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

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

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

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

La garantie est gérée par VIASANTÉ Mutuelle, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 777 927 120.

Ses statuts sont joints en annexe de la présente notice.

QUI SONT LES BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE VIAPRO SANTÉ ?

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

- qu'elles aient adhéré préalablement ou simultanément à l'ANPPI,
- qu'elles aient adhéré au contrat VIAPRO SANTÉ,
- qu'elles relèvent de la Sécurité sociale des Indépendants (SSI).

L'adhérent doit en justifier annuellement auprès de l'ANPPI et de VIASANTÉ Mutuelle par la production d'une attestation délivrée par ce régime.

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

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

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

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

Ce régime est à caractère facultatif.

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

Les ayants droit peuvent bénéficier à titre facultatif du régime frais de santé mis en place.

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

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

Tous les ayants droit sont inscrits sur le même contrat et bénéficient de la même garantie que le membre participant.

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

OBLIGATION D'INFORMATION PRE-CONTRACTUELLE : LE DOCUMENT D'INFORMATION SUR LE PRODUIT D'ASSURANCE

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

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

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

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

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

QUE FAIRE SI VOTRE SITUATION FAMILIALE OU ADMINISTRATIVE CHANGE ?

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

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

À QUELLE DATE VOTRE GARANTIE VIAPRO SANTÉ PREND-ELLE EFFET ?

L'adhésion prend effet :

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

L'adhésion est subordonnée à la production de l'attestation d'affiliation de la Sécurité sociale des Indépendants.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

QUELLES SONT LES LIMITES DE GARANTIES ET QUELS SONT LES REMBOURSEMENTS EXCLUS ?

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

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

Les garanties du contrat répondent aux exigences du contrat responsable.

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

Dans le cadre de la réglementation des Contrats Responsables, ne sont pas pris en charge :

- la participation forfaitaire (montant fixé par décret) due par les assurés et les ayants droit majeurs pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin ainsi que pour tout acte de biologie médicale - définie par l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.
- la majoration - instaurée par l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale - de la part restant à la charge des assurés et des ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.
- les dépassements d'honoraires instaurés par l'article L.162-5-18 du code de la Sécurité sociale, à hauteur d'une franchise fixée par décret, appliqués par certains médecins spécialistes (liste des spécialistes concernés fixés par décret) lorsqu'ils reçoivent un patient directement ne relevant pas d'un protocole de soins, en application de l'article R.871-1 du code de la Sécurité sociale.
- les dépassements d'honoraires facturés par les médecins généralistes en secteur 1 avec droit permanent à dépassements ou en secteur 2, dans le cadre de consultations hors parcours de soins, à hauteur d'une franchise identique à celle appliquée aux honoraires des médecins spécialistes.
- les franchises définies par l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.

Produits non remboursés par le régime obligatoire achetés à l'étranger :

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

Longs séjours, établissements médico-sociaux, maisons de retraite : les frais liés aux longs séjours, aux séjours en établissements médico-sociaux ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :

- les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre national des pharmaciens sur son site,
- les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

Concernant les garanties responsables, pendant la période de couverture, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE REMBOURSEMENT DE CERTAINES PRESTATIONS

A - LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS OPTIQUE/ SOINS DENTAIRES PROTHÉTIQUES/AIDES AUDITIVES DANS LE CADRE DES CONTRATS RESPONSABLES

Optique

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

- la classe A,
- la classe B.

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

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

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

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

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

Prestation d'appariage - Suppléments pour verres avec filtres :

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

2 - Equipements appartenant à la classe B

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

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

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

Définitions

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

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

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

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

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

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

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

3 - Equipements mixtes

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. **Dans ce cas, les taux/montants de prise en charge fixés par la Mutuelle respectent la règle selon laquelle le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale.**

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

5.1 Conditions générales de renouvellement des équipements ***

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

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

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

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

Pour les enfants jusqu'à 6 ans

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

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

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

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

5.2 Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'Optique

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

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

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

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

Pour les enfants de moins de 16 ans

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

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

Dans tous les cas :

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

Lorsque le bénéficiaire acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément. Il est tenu compte des éventuelles prises en charge antérieures d'équipement d'Optique au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de la Mutuelle.

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

- les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :
 - glaucome
 - hypertension intraoculaire isolée
 - DMLA et atteintes maculaires évolutives
 - rétinopathie diabétique
 - opération de la cataracte datant de moins de 1 an
 - cataracte évolutive a composante réfractive
 - tumeurs oculaires et palpébrales
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an
 - kératocone évolutif
 - kératopathies évolutives
 - dystrophie cornéenne
 - amblyopie
 - diplopie récente ou évolutive
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante)
 - hypertension artérielle mal contrôlée
 - sida
 - affections neurologiques à composante oculaire
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes
 - antipaludéens de synthèse
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires

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

5 - Date de prise d'effet

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

Soins dentaires prothétiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(2) Les tarifs de ces actes sont librement fixés par les professionnels de santé.

3 - Date de prise d'effet

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

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

Dispositifs médicaux d'aides auditives

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

- la classe I,
- la classe II.

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

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

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

2 - Aides auditives appartenant à la classe II

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

Le membre participant pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à une autre classe que la classe I.

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

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

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

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

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

4 - Date de prise d'effet

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

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

- Les modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives qui s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2021.

B - PRESTATIONS PARTICULIÈRES

Prime naissance

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

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

Chambre particulière en ambulatoire

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

Forfait médication familiale

Le forfait médication familiale est versé pour les médicaments listés ci-dessous, à la condition qu'ils bénéficient d'un taux de TVA < à 20% et sur présentation d'un justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant le taux de TVA applicable à chaque produit) et comprend :

- Les médicaments remboursés par le Régime obligatoire à 30%,
- Les médicaments remboursés par le Régime obligatoire à 15%,
- les médicaments homéopathiques remboursés par le Régime Obligatoire,
- les médicaments non prescrits ou non remboursés par le régime obligatoire, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.

Honoraires médicaux

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

Téléconsultation

Un service de téléconsultation médicale est intégré aux garanties Frais de Santé à partir du 1^{er} janvier 2018. Ce nouveau service permet aux membres participants et, le cas échéant à leurs ayants-droit, de bénéficier de consultations médicales à distance (avec un diagnostic et le cas échéant une ordonnance) dans le cadre autorisé par le Code de la Santé Publique, par téléphone au 09.74.59.59.84 ou par mail sécurisé à l'adresse suivante www.medecindirect.fr

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

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

Prestations de médecines douces ou alternatives

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

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

Le versement du forfait afférent à ces actes est soumis :

- concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet
- concernant les autres disciplines, au respect des conditions suivantes :
 - * à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline
 - * à l'exercice dans un cadre légal
 - * à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline

Forfait actes dentaires non remboursés

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

Soins à l'étranger

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

VIASSISTANCE

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

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

Le descriptif des prestations et des conditions générales du service d'assistance est joint en annexe à la présente notice.

Assistance administrative

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

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

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

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

Il peut s'agir de :

Secrétariat courant

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

Comptabilité et gestion

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

Services généraux

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

Administration des ventes

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

Travaux bureautiques

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

QUELLE OPTION PEUT ÊTRE ASSOCIÉE À VOTRE GARANTIE ?

OPTION PHARMACIE 15%

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

EXISTE-T-IL DES STAGES ?

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

PEUT-ON FAIRE ÉVOLUER SA GARANTIE VIAPRO SANTÉ ?

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

AUGMENTATION DE GARANTIE / OPTION

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

DIMINUTION DE GARANTIE / OPTION

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

DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION

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

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

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

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

STAGES

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

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

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

MODALITÉS D'APPLICATION DES PLAFONDS

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

COMMENT OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ?

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

En outre, ce dernier :

- ne doit pas être débiteur de la Mutuelle au titre d'une précédente affiliation et ne pas faire l'objet d'une suspension de garantie.
- doit remplir les conditions requises par la réglementation fiscale en vigueur pour bénéficier des dispositions de la loi Madelin concernant la déduction fiscale des cotisations santé.

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

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

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

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

Il est à noter que :

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

Seuls les documents originaux peuvent être pris en compte à l'exception des décomptes dématérialisés de régime obligatoire.

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

QUELS SONT LES PRINCIPES DE REMBOURSEMENT ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

PRESCRIPTION DES ACTIONS

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

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

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

DÉLAIS À RESPECTER

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

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

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

SUBROGATION

La mutuelle est subrogée dans les droits et actions des bénéficiaires dans leur action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

PRESTATIONS INDUES

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

FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L 221-14 du Code de la Mutualité, il est rappelé

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

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

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

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

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

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

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

QUELLE EST LA DURÉE DE VOTRE GARANTIE VIAPRO SANTÉ ?

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

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

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

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

Conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité, tout membre participant peut dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice modificative dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

COMMENT SONT FIXÉES LES COTISATIONS ?

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

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

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

Ex. : bénéficiaire né en 1980, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2020 : 40 ans.

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

GRATUITÉ

Troisième enfant

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

Enfants nouveau-nés ou adoptés

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

La gratuité est appliquée sur le mois de naissance ou d'adoption de l'enfant, quel que soit le jour de naissance.

Conjoint

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

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE PAIEMENT DES COTISATIONS ?

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

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

Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut-être semestrielle ou trimestrielle si la modalité de paiement choisie est le chèque.

Il est précisé que lorsque la modalité de paiement choisie est le chèque, la première échéance de cotisations est acquittée à la souscription.

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

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

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

COMMENT ÉVOLUENT LES COTISATIONS ?

La cotisation annuelle est révisable.

Toute modification est formalisée avec la personne morale souscriptrice. Le membre participant en est informé via l'appel de cotisations adressé par la Mutuelle.

Conformément à l'article L. 114-8 dernier alinéa du code de la Mutualité, la Mutuelle prend, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la Mutualité.

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

En vertu des dispositions de l'article L. 221-8-II du code de la Mutualité, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

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

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

EXCLUSION D'UN MEMBRE PARTICIPANT OU D'UN AYANT DROIT

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

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

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

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

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

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

Les garanties cessent :

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

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

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

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

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

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

RÉSILIATION ANNUELLE

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

Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours.

La fin de votre adhésion emporte celle de vos éventuels ayants droit. Vous pouvez également demander selon les mêmes dispositions la résiliation de l'un de vos ayants droit.

RÉSILIATIONS EXCEPTIONNELLES

À l'initiative de la Mutuelle

VIASANTÉ Mutuelle peut mettre fin à votre adhésion :

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

À l'initiative du membre participant

1 - Cas particulier des personnes décédées

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

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

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

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

2 - Résiliations dérogatoires

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

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

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

LE TIERS PAYANT

Chaque membre participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une Carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant et fait partie intégrante des conditions particulières du contrat d'adhésion.

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

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

Le membre participant restituera les sommes payées par la mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse.

COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

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

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

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

TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS, CONCILIATION ET MÉDIATION

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

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

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

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

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

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

Conformément à l'article R.612-5 du Code de la Consommation, une proposition sera rendue au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe.

La proposition du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.

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

PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les adhérents, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE ou aux sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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

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

INTERPRÉTATION

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

LOI APPLICABLE

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

AUTORITÉ DE CONTRÔLE PRUDENTIEL ET DE RÉOLUTION

Conformément au code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4, place de Budapest - CS 92459 - 75 436 PARIS CEDEX 09.

PRÉVENTION

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

LES RÉALISATIONS MUTUALISTES

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

VOTRE MAGAZINE D'INFORMATION

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

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

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

QUELQUES CONSEILS AVANT D'ENGAGER VOS DÉPENSES DE SANTÉ

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

GARANTIE VIAPRO 1

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins
Remboursement total :
RO + RC

HOSPITALISATION				
HONORAIRES				
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	100%			
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
Forfait journalier dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).		
AUTRES FRAIS				
Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.		
Chambre particulière	40€ / jour pdt 5 jours / an puis 31€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.		
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information		
Frais d'accompagnant adulte/enfant	16€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.		
SOINS COURANTS				
HONORAIRES MÉDICAUX				
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	100%			
Radiologie	100%			
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux	100%			
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Frais d'analyses et de laboratoire	100%			
MÉDICAMENTS				
Médicaments remboursés par le RO à 30% et à 65%	100%			
Médication familiale	30€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.		
Pilule contraceptive non remboursée par le RO	30€ / an			
Vaccin contre la grippe	1 / an			
MATÉRIEL MÉDICAL				
Appareillage et prothèses médicales	100%			
TRANSPORT				
Transport	100%			
DENTAIRE				
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*				
Soins et prothèses dentaires	100% HLF			
PROTHÈSES				
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 100€ / prothèse	Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires de 500€ la 1 ^{re} année et 700€/an la 2 ^e année. Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.		
SOINS				
Soins dentaires	100%			
Inlay-onlay	125%			
AUTRES				
Orthodontie remboursée par le RO	125% + 100€ / semestre			
OPTIQUE				
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*				
Montures et verres Classe A	100% PLV	Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.		
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES (1)				
Monture et verres Classe B	Monture Classe B	50€	Sont considérés dans la catégorie "Adulte" les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans.	
	Verres simples Classe B	100€		
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B		200€	Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
		Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	220€	
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B				
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV			
Appairage (hors verres classe B)	100% PLV			
Verres avec filtre	100% PLV			
Autres suppléments	100% TM			
AUTRES				
Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 100€ / an			

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins

Remboursement total :
RO + RC

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*

Classe I par oreille	100% PLV	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
----------------------	----------	--

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille	100%	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Dont une prise en charge maximum de 1700 euros par prothèse à partir du 1 ^{er} Janvier 2021.
-----------------------	------	--

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives	100% BR	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
---------------------------------------	---------	--

CURE

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

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

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

Forfait Prévention au travail (Protection anti-bruits, Protection des yeux, Bas de contention, Ceinture de soutien lombaire)	30€ / an	Forfait versé sur justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien, d'un fournisseur de matériel médical, d'un opticien ou d'un audioprothésiste).
--	----------	---

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT**

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

RO : Régime Obligatoire

RC : Régime Complémentaire

HLF : Honoraire Limite de Facturation

PLV : Prix Limite de Vente

TM : Ticket Modérateur

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

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

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

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

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

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

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

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

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

GARANTIE VIAPRO 2

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins		Remboursement total : RO + RC	
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
Forfait journalier dès le premier jour	Frais réels		Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
AUTRES FRAIS			
Frais de séjour	100%		En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Chambre particulière	55€ / jour		Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)		Conditions : voir notice d'information
Frais d'accompagnant adulte/enfant	25€ / jour		Versé sur justificatifs. Durée max 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière	10€ / jour		Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MÉDICAUX			
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	170%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	150%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaires médicaux		100%	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Frais d'analyses et de laboratoire		100%	
MÉDICAMENTS			
Médicaments remboursés par le RO à 30% et à 65%		100%	
Médication familiale	50€ / an		Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.
Pilule contraceptive non remboursée par le RO	70€ / an		
Vaccin contre la grippe	1 / an		
MATÉRIEL MÉDICAL			
Appareillage et prothèses médicales		100% + 150€ / an	
TRANSPORT			
Transport		100%	
DENTAIRE			
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*			
Soins et prothèses dentaires		100% HLF	
PROTHÈSES			
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres		125% + 300€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2000€ / an (700€ la 1 ^{re} année, 900€ la 2 ^e année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
SOINS			
Soins dentaires		100%	
Inlay-onlay		150%	
AUTRES			
Orthodontie remboursée par le RO		125% + 300€ / semestre	
Implantologie		300€ / an	
OPTIQUE			
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*			
Montures et verres Classe A		100% PLV	Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES			
Monture et verres Classe B	Monture Classe B	100€	Sont considérés dans la catégorie "Adulte" les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans. Dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
	Verres simples Classe B	140€	
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B	220€	
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	250€	
SUPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRS CLASSE A OU CLASSE B			
Adaptation de la correction visuelle		100% PLV	
Appairage (hors verres classe B)		100% PLV	
Verres avec filtre		100% PLV	
Autres suppléments		100% TM	
AUTRES			
Lentilles acceptées ou non par le RO		100% + 150€ / an	
Chirurgie réfractive de l'oeil		150€ / oeil / an	

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*

Classe I par oreille	100% PLV	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
----------------------	----------	--

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille	100% BR + 300€	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Dont une prise en charge maximum de 1700 euros par prothèse à partir du 1 ^{er} Janvier 2021.
-----------------------	----------------	--

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives	100% BR	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
---------------------------------------	---------	--

CURE

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

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

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Prime de naissance ou d'adoption	75€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro	100% + 300€ / an	

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

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

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT**

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

RO : Régime Obligatoire RC : Régime Complémentaire DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée HLF : Honoraire Limite de Facturation
PLV : Prix Limite de Vente TM : Ticket Modérateur

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

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

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

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

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

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

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

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

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

GARANTIE VIAPRO 3

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins

Remboursement total :
RO + RC

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	220%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
--	-------------	---

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Chambre particulière	55€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information
Frais d'accompagnant adulte/enfant	25€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière	10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	220%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	220%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux	100%
----------------------	------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Frais d'analyses et de laboratoire	100%
------------------------------------	------

MÉDICAMENTS

Médicaments remboursés par le RO à 30% et à 65%	100%	
Médication familiale	70€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, sevrage tabagique	70€ / an	
Vaccin contre la grippe	1 / an	

MATÉRIEL MÉDICAL

Appareillage et prothèses médicales	100% + 200€ / an
-------------------------------------	------------------

TRANSPORT

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

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Soins et prothèses dentaires	100% HLF
------------------------------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 400€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2000€ / an (800€ la 1 ^{re} année, 1000€ la 2 ^e année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
--	------------------------	---

SOINS

Soins dentaires	100%
Inlay-onlay	200%

AUTRES

Orthodontie remboursée par le RO	125% + 350€ / semestre
Implantologie	350€ / an

OPTIQUE

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*

Montures et verres Classe A	100% PLV	Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
-----------------------------	----------	---

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Monture et verres Classe B	Monture Classe B	100€	Sont considérés dans la catégorie "Adulte" les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans. Dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
	Verres simples Classe B	220€	
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B	360€	
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	390€	

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRS CLASSE A OU CLASSE B

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

AUTRES

Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 200€ / an
Chirurgie réfractive de l'oeil	200€ / oeil / an

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*

Classe I par oreille	100% PLV	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
----------------------	----------	--

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille	100% BR + 400€	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Dont une prise en charge maximum de 1700 euros par prothèse à partir du 1 ^{er} Janvier 2021.
-----------------------	----------------	--

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives	100% BR	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
---------------------------------------	---------	--

CURE

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

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

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Prime de naissance ou d'adoption	100€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro	100% + 300€ / an	

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

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

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT**

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

RO : Régime Obligatoire RC : Régime Complémentaire DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée HLF : Honoraire Limite de Facturation
PLV : Prix Limite de Vente TM : Ticket Modérateur

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite. Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

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

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

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

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

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

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

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

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

GARANTIE VIAPRO 4

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins

Remboursement total :
RO + RC

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	300%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
--	-------------	---

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Chambre particulière	70€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information
Frais d'accompagnant adulte/enfant	25€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière	10€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	300%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	300%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux	100%
----------------------	------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Frais d'analyses et de laboratoire	100%
------------------------------------	------

MÉDICAMENTS

Médicaments remboursés par le RO à 30% et à 65%	100%	
Médication familiale	80€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, sevrage tabagique	70€ / an	
Vaccin contre la grippe	1 / an	

MATÉRIEL MÉDICAL

Appareillage et prothèses médicales	100% + 200€ / an
-------------------------------------	------------------

TRANSPORT

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

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Soins et prothèses dentaires	100% HLF
------------------------------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 500€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2000€ / an (1000€ la 1 ^{re} année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
--	------------------------	---

SOINS

Soins dentaires	100%
Inlay-onlay	250%

AUTRES

Orthodontie remboursée par le RO	125% + 450€ / semestre
Implantologie	400€ / an

OPTIQUE

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*

Montures et verres Classe A	100% PLV	Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
-----------------------------	----------	---

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Monture et verres Classe B	Monture Classe B	100€	Sont considérés dans la catégorie "Adulte" les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans. Dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
	Verres simples Classe B	300€	
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B	440€	
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	470€	

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRS CLASSE A OU CLASSE B

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

AUTRES

Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 200€ / an
Chirurgie réfractive de l'oeil	300€ / oeil / an

AIDES AUDITIVES

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*

Classe I par oreille	100% PLV	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
----------------------	----------	--

AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES

Classe II par oreille	100% BR + 400€	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Dont une prise en charge maximum de 1700 euros par prothèse à partir du 1 ^{er} Janvier 2021.
-----------------------	----------------	--

AUTRES

Forfait entretien prothèses auditives	100% BR	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
---------------------------------------	---------	--

CURE

CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO

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

AUTRES INDEMNITÉS

MATERNITÉ

Prime de naissance ou d'adoption	100€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro	100% + 300€ / an	

BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION

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

SERVICES & ACCOMPAGNEMENT**

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

RO : Régime Obligatoire RC : Régime Complémentaire DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée HLF : Honoraire Limite de Facturation
PLV : Prix Limite de Vente TM : Ticket Modérateur

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite. Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

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

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

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

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

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

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

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

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

GARANTIE VIAPRO 5

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins

Remboursement total :
RO + RC

HOSPITALISATION

HONORAIRES

Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	400%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Forfait journalier dès le premier jour	Frais réels	Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
--	-------------	---

AUTRES FRAIS

Frais de séjour	100%	En établissement conventionné ou non. Remboursement si prise en charge par le RO des frais de séjour et selon accords tarifaires avec les établissements.
Chambre particulière	70€ / jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation/Durée limitée à 30 jours/année civile en Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire	18€ / jour (3 jours / an)	Conditions : voir notice d'information
Frais d'accompagnant adulte/enfant	35€ / jour	Versé sur justificatifs. Durée max 10 jours / séjour pour tout type d'hospitalisation.
Indemnité hospitalière	15€ / jour	Versée sur présentation de justificatifs (frais de télévision, accès wifi, chambre particulière, dépassements d'honoraires des médecins adhérents aux DPTM, thermomètre). Limité à 10 jours /an toutes disciplines confondues.

SOINS COURANTS

HONORAIRES MÉDICAUX

Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	Médecins adhérents aux DPTM	400%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	400%
	Médecins non adhérents aux DPTM	200%

HONORAIRES PARAMÉDICAUX

Auxiliaires médicaux	100%
----------------------	------

ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE

Frais d'analyses et de laboratoire	100%
------------------------------------	------

MÉDICAMENTS

Médicaments remboursés par le RO à 30% et à 65%	100%	
Médication familiale	100€ / an	Le forfait est versé sur justificatif et comprend les médicaments remboursés par le Régime Obligatoire à 15% et 30%, les médicaments homéopathiques, les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO (sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM). Conditions : voir notice d'information.
Vaccins et pilule contraceptive non remboursés par le RO, sevrage tabagique	70€ / an	
Vaccin contre la grippe	1 / an	

MATÉRIEL MÉDICAL

Appareillage et prothèses médicales	100% + 300€ / an
-------------------------------------	------------------

TRANSPORT

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

DENTAIRE

SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*

Soins et prothèses dentaires	100% HLF
------------------------------	----------

PROTHÈSES

Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres	125% + 700€ / prothèse	Dans la limite des PLV pour le panier maîtrisé et plafonds prothèses dentaires : 2500€ / an (1400€ la 1 ^{re} année). Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, le ticket modérateur est pris en charge.
--	------------------------	---

SOINS

Soins dentaires	100%
Inlay-onlay	400%

AUTRES

Orthodontie remboursée par le RO	125% + 600€ / semestre
Implantologie	400€ / an
Actes dentaires non remboursés par le RO (hors implantologie)	600€ / an

OPTIQUE

ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*

Montures et verres Classe A	100% PLV	Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
-----------------------------	----------	---

AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES

Monture et verres Classe B	Monture Classe B	100€	Sont considérés dans la catégorie "Adulte" les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans. Dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
	Verres simples Classe B	300€	
	Verres simples forte correction et verres multifocaux ou progressifs Classe B	460€	
	Verres multifocaux ou progressifs forte correction Classe B	510€	

SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE POUR LES VERRS CLASSE A OU CLASSE B

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

AUTRES

Lentilles acceptées ou non par le RO	100% + 200€ / an
Chirurgie réfractive de l'oeil	400€ / oeil / an

AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*		
Classe I par oreille	100% PLV	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES		
Classe II par oreille	100% BR + 600€	A partir du 1 ^{er} Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Dont une prise en charge maximum de 1700 euros par prothèse à partir du 1 ^{er} Janvier 2021.
AUTRES		
Forfait entretien prothèses auditives	100% BR	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
CURE		
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO		
Honoraires des praticiens, frais d'établissements, frais d'hébergement et transports remboursés	400%	
AUTRES INDEMNITÉS		
MATERNITÉ		
Prime de naissance ou d'adoption	150€	La prime est versée si l'enfant est inscrit au contrat dans les trois premiers mois de sa naissance ou de son adoption. *
Fécondation In Vitro	100% + 300€ / an	
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Médecine douce non remboursée par le RO	120€ / an	Le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte). Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, bio kinergie, kiné méthode Mézières, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe, psychologue enfant, bilan du langage, microkinésithérapeute (conditions : voir Notice d'information).
Forfait Prévention au travail (Protection anti-bruits, Protection des yeux, Bas de contention, Ceinture de soutien lombaire)	50€ / an	Forfait versé sur justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien, d'un fournisseur de matériel médical, d'un opticien ou d'un audioprothésiste).
SERVICES & ACCOMPAGNEMENT**		
VIASSISTANCE	OUI	24h/24, 7j/7 : Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...
Assistance administrative	120€ / an	Forfait d'assistance administrative pour le TNS (dès 5 jours consécutifs d'hospitalisation).
Téléconsultation	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...).

RO : Régime Obligatoire RC : Régime Complémentaire DPTM : Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée HLF : Honoraire Limite de Facturation
PLV : Prix Limite de Vente TM : Ticket Modérateur

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite. Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité sociale.

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

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

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

*Tels que définis réglementairement

** Se reporter à la notice d'information remise au membre participant lors de son adhésion/affiliation.

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

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

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

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

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

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

VIASSISTANCE

LE SERVICE D'ASSISTANCE SANTÉ DE VOTRE MUTUELLE

1 Mise en oeuvre des prestations

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

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

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

en indiquant :

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

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

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

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

2 Résumé des prestations et prises en charge

EN CAS D'URGENCE À DOMICILE

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

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

HOSPITALISATION IMPRÉVUE

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

CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

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

MATERNITÉ

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

ASSISTANCE POUR LES ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE

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

GRAVE ACCIDENT OU MALADIE OU DÉCÈS

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

DÉCÈS

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

FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE À L'ÉTRANGER

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

AUTRES PRESTATIONS

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

3 Définitions

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

Bénéficiaire

Le terme « Bénéficiaire » se réfère à :

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

Conjoint

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

Enfants

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

Animaux de compagnie

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

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

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

Accident

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

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

Ascendant dépendant

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

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

Chimiothérapie ou Radiothérapie ambulatoire

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

La chimiothérapie orale prise au domicile est exclue.

Domicile

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

Frais médicaux d'urgence à l'étranger

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

Hébergement

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

Hospitalisation

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

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

Immobilisation à Domicile

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

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

Maladie

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

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital.

Membre de la famille

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

Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

Proche

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

Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

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

4 Conditions d'exécution des prestations

DUREE DE VALIDITE

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

EVENEMENT GARANTI

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

- Accident
- Maladie
- Décès

TERRITORIALITE

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

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

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

5 Prestations

5.1. En cas d'urgence à Domicile

5.1.1. Soutien pratique

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

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

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

5.1.2. Informations médicales

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

a. Informations d'ordre général sur la santé

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

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

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

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

5.1.3. Recherche d'un médecin

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

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

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

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

5.1.4. Recherche d'une infirmière

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

Mondial Assistance n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible.

La non disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

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

5.1.5. Mise en relation avec un ambulancier

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

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

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

5.1.6. Livraison en urgence de médicaments

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

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

5.2. Durant l'Hospitalisation du Bénéficiaire

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

5.2.1. Dès le 1er jour d'Hospitalisation

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

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

a. Assistance aux Enfants

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

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

- Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche

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

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

- Conduite à l'école des Enfants

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

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

- Garde au Domicile des Enfants

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 30 (trente) heures par période d'Hospitalisation. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

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

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

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

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

b. Assistance aux Ascendants dépendants

- Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire

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

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

- Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche

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

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

- Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants

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

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

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

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

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

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

a. Transfert d'un Proche

Mondial Assistance organise et prend en charge :

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

b. Aide à Domicile

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

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

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

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

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

c. Garde des Animaux de compagnie

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

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

5.3. En cas de traitement par Chimiothérapie ou Radiothérapie ambulatoire

5.3.1. Aide à Domicile

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

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

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

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

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

5.4. En cas de maternité

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

5.4.1. Service d'informations – Prévention

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

- Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance

Mondial Assistance communique des renseignements dans les domaines suivants :

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

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

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

- Conseil santé lié à la maternité

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

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

- Calendrier vaccinal

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

5.4.2. Auxiliaire de puériculture

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

5.4.3. Accompagnement « Baby blues »

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

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

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

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

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

5.4.4. Aide à Domicile en cas de naissances multiples

Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à concurrence de dix (10) heures maximum réparties sur les dix (10) jours ouvrés qui suivent la sortie de maternité de la Bénéficiaire. Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00. La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

5.5. Assistance pour les Enfants

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

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

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

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

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

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

5.5.2. Aide pédagogique de l'Enfant

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

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

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

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

Sont exclues les phobies scolaires.

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

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

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

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

Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

5.6.1. Conseil social

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

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

5.6.2. Accompagnement psychologique

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

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

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

5.7. Uniquement en cas de décès

Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

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

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

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

5.7.2. Organisation des obsèques

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

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

5.8. Frais médicaux d'urgence à l'Étranger

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.9. Autres prestations

5.9.1. Téléassistance ponctuelle à Domicile

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

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

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

5.9.2. Informations juridiques, administratives et pratiques

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

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

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

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

6 Responsabilité

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

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

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

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

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

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

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

7 Exclusions générales

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

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

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

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

8 Modalités d'examen des réclamations

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

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

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

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

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

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

LMA
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

Loi informatique et libertés

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

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

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

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

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

Autorité de contrôle

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

Loi applicable - Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

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

VIASSISTANCE

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ

La sécurité de vos données personnelles nous importe.

AWP France SAS, est un courtier d'assurance immatriculé à l'ORIAS, agissant au nom et pour le compte de **Fragonard Assurances**, une compagnie d'assurance agréée par l'**Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, proposant des produits et services d'assurance. Protéger votre vie privée est notre priorité absolue. Cette déclaration de confidentialité explique comment nous collectons les données personnelles, quel type de données nous collectons et pourquoi, avec qui nous les partageons et à qui nous les divulguons. Veuillez lire attentivement cette déclaration.

1. QUI EST LE RESPONSABLE DU TRAITEMENT DES DONNÉES ?

Le responsable du traitement des données est la personne, physique ou morale, qui contrôle et est responsable de la conservation et de l'utilisation des données personnelles, au format papier ou électronique. **Fragonard Assurances** et **AWP France SAS** (« Nous », « Notre ») sont les responsables du traitement des données, tels que définis par la législation et la réglementation applicables en matière de protection des données.

2. QUELLES DONNÉES PERSONNELLES SONT COLLECTÉES ?

Nous collecterons et traiterons différents types de données personnelles vous concernant, conformément à ce qui suit :

- les données relatives à l'identification des personnes parties, intéressées ou intervenantes au contrat et
- toute autre donnée nécessaire à la passation et/ou l'exécution du contrat.

Dans ce cadre, nous pourrions être amenés à collecter et traiter les « données personnelles sensibles » vous concernant.

3. COMMENT VOS DONNÉES PERSONNELLES SONT-ELLES COLLECTÉES ET TRAITÉES ?

Nous collecterons et traiterons les données personnelles que vous nous transmettez et celles que nous recevons de tiers (comme expliqué plus bas) pour un certain nombre de finalités et sous réserve de votre consentement exprès, à moins que ce dernier ne soit pas exigé par les lois et réglementations applicables, comme indiqué ci-après :

Finalité	Consentement exprès ?
Administration du contrat d'assurance (ex. : devis, souscription, traitement des réclamations)	Oui, si nécessaire. Toutefois, dans les cas où nous devons traiter vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou du traitement de votre réclamation, nous ne solliciterons pas votre consentement exprès.
Gestion du recouvrement de créances	Non
Prévention et détection de la fraude	Non
Respect de toute obligation légale (obligations fiscales, comptables et administratives)	Non

Comme mentionné plus haut, pour les finalités énumérées précédemment, nous traiterons les données personnelles vous concernant que nous recevons de notre partenaire commercial VIASANTÉ Mutuelle.

Concernant les finalités mentionnées précédemment pour lesquelles nous avons indiqué que votre consentement exprès n'est pas requis ou dans les cas où nous aurions besoin de vos données personnelles dans le cadre de la souscription de votre assurance et/ou de la gestion de votre sinistre, nous traiterons vos données personnelles sur la base de nos intérêts légitimes et/ou conformément à nos obligations légales.

Vos données personnelles seront nécessaires pour tout achat de nos produits et services. Si vous ne souhaitez pas nous fournir ces données, nous ne serons pas en mesure de vous garantir l'accès aux produits et services demandés ou susceptibles de vous intéresser, ou encore de vous proposer des offres adaptées à vos exigences spécifiques.

4. QUI PEUT ACCÉDER À VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous nous assurerons que vos données personnelles sont traitées dans le respect des finalités indiquées plus haut.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que tiers, responsables du traitement des données :

- organismes du secteur public, autres sociétés de notre groupe, autres assureurs, réassureurs.

Dans le cadre des finalités énoncées, vos données personnelles pourront être divulguées aux parties suivantes, agissant en tant que préposés au traitement des données, opérant sous notre responsabilité :

- autres sociétés de notre groupe, consultants techniques, experts, avocats, experts en sinistres, réparateurs, prestataires, médecins et sociétés de services délégués de nos opérations (réclamations, informatique, services postaux, gestion de documents).

En définitive, nous pourrions être amenés à partager vos données personnelles dans les cas suivants :

- dans les cas envisagés ou réels de réorganisation, fusion, vente, cession, transferts ou autre disposition de tout ou partie de notre activité, de nos actifs ou de nos titres (notamment dans le cadre de procédures en insolvabilité ou autres procédures similaires) ; et
- afin de nous conformer à toute obligation légale, y compris aux obligations résultant des décisions du médiateur dans le cas où vous présenteriez une réclamation concernant l'un de nos produits ou services.

5. OÙ SONT TRAITÉES VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Vos données personnelles pourront être traitées aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Union Européenne (UE) par les parties spécifiées dans la section 4, toujours sous réserve des restrictions contractuelles relatives à la confidentialité et à la sécurité, conformément à la législation et à la réglementation applicables en matière de protection des données. Nous ne divulguons pas vos données personnelles à des parties non autorisées à les traiter.

Chaque transfert de vos données personnelles en vue de leur traitement en dehors de l'UE par une autre société de notre groupe, sera effectué sur la base des règles internes d'entreprise approuvées par l'Autorité de régulation de notre groupe, établissant des règles adéquates de protection des données personnelles et contraignant juridiquement l'ensemble des sociétés de notre groupe. Vous pouvez prendre connaissance de ces règles internes d'entreprise et des pays concernés, en dehors de l'UE, en nous contactant comme indiqué à la section 9. Lorsque les règles internes d'entreprise ne s'appliquent pas, nous prendrons des mesures afin de garantir que le transfert de vos données personnelles hors UE sera effectué selon le niveau de protection adéquat, au même titre que s'il s'agissait d'un transfert à l'intérieur de l'UE. Vous pouvez prendre connaissance des mesures de protection que nous mettons en œuvre pour ce type de transferts (clauses contractuelles types, par exemple) en nous contactant comme indiqué dans la section 9.

6. QUELS SONT VOS DROITS CONCERNANT VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit :

- d'accéder à vos données personnelles et de connaître leur provenance, les objectifs et finalités du traitement de ces données, les informations concernant le(s) responsable(s) du traitement des données, le(s) préposé(s) au traitement des données et les destinataires des données potentiellement divulguées ;
- de retirer votre consentement à tout moment, dans les cas où celui-ci est requis pour le traitement de vos données personnelles ;
- de mettre à jour ou de rectifier vos données personnelles afin qu'elles soient toujours exactes ;
- de supprimer vos données personnelles de nos systèmes si leur conservation n'est plus nécessaire dans le cadre des finalités indiquées précédemment ;
- de restreindre le traitement de vos données personnelles dans certaines circonstances, par exemple, si vous avez contesté l'exactitude de vos données personnelles, pendant la période nécessaire à la vérification de leur exactitude par nos services ;
- d'obtenir vos données personnelles au format électronique, pour votre usage personnel ou celui de votre nouvel assureur ; et
- de déposer une plainte auprès de notre société et/ou de l'autorité de protection des données compétente.

Vous pouvez exercer ces droits en nous contactant comme indiqué à la section 9.

7. COMMENT VOUS OPPOSER AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Lorsque la loi ou la réglementation en vigueur le permet, vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données personnelles par nos services, ou de solliciter auprès de notre société l'arrêt du traitement desdites données (y compris à des fins de marketing direct). Une fois votre demande transmise, nous ne procéderons plus au traitement de vos données personnelles, à moins que la législation ou la réglementation applicable ne le permette.

Vous pouvez exercer ce droit de la même manière que vos autres droits définis dans la section 6.

8. COMBIEN DE TEMPS CONSERVERONS-NOUS VOS DONNÉES PERSONNELLES ?

Nous conserverons vos données personnelles pour une durée de cinq (5) ans à compter de la date de fin du contrat d'assurance ou selon les conditions spécifiques énoncées ci-après :

- En cas de sinistre - cinq (5) ans à compter du règlement du sinistre.
- En cas de sinistre avec dommages corporels - dix (10) ans à compter du sinistre.
- Pour toute information sur les réclamations - cinq (5) ans à compter de la réception de la réclamation.
- Pour toute information sur le contrat - cinq (5) ans à compter de l'expiration, de la résiliation, ou de l'annulation.

Nous vous informons que les durées spécifiques peuvent s'appliquer dans le cadre des obligations fiscales et comptables, conformément à la réglementation en vigueur.

Nous ne conserverons pas vos données personnelles plus longtemps que nécessaire. Elles seront conservées uniquement pour les finalités pour lesquelles elles auront été obtenues.

9. COMMENT NOUS CONTACTER ?

Pour toute question concernant l'utilisation que nous faisons de vos données personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail ou par courrier postal :

AWP France SAS
Département Protection des Données Personnelles
7 rue Dora Maar - 93400 Saint-Ouen
E-mail : informations-personnelles@votreassistance.fr

10. À QUELLE FRÉQUENCE METTONS-NOUS À JOUR LA PRÉSENTE DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ?

Nous procédons régulièrement à la révision de cette déclaration de confidentialité.

TITRE I - Formation, objet et composition de la mutuelle

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Art. 1 - Dénomination

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

Art. 2 - Siège

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

Art. 3 - Objet

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

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

La Mutuelle a pour objet :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4 - Le mécanisme de la substitution

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

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

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

Art. 5 - Règlement intérieur

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

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

Art. 6 - Respect de l'objet des Mutuelles

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

Art. 7 - Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

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

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

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

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

* NIR : Numéro de Sécurité sociale

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

Section 1 – Conditions d'adhésion

Art. 8 - Catégories de membres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les membres sont répartis dans 2 sections de vote nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle.

Art. 9 - Adhésion individuelle

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

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

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

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

Art. 10 - Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

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

II – Opérations collectives obligatoires :

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

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

Section 2 – Majorations de retard et exécution en justice

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

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

Section 3 – Démission, radiation et exclusion

Art. 11 - Démission

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

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

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

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

Art. 12 - Radiation

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

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

Art. 13 - Exclusion

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

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

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

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

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

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

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

Art. 14 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

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

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

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

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 – Composition, élection

Art. 15 - Composition de l'Assemblée générale

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

Art. 16 - Section de vote

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

Art. 17 - Élection des délégués

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

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

Chaque votant dispose d'une voix.

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

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

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

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

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

Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale

Art. 18 - Convocations de l'Assemblée générale

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

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

Art. 19 - Modalités de convocation et ordre du jour de l'Assemblée générale

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

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

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

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

Tout délégué, peut détenir jusqu'à 2 procurations.

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

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

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

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

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

Art. 20 - Quorum et majorités

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

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

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

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

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

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

Section 3 : Attributions de l'Assemblée générale

Art. 21 - Compétences

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

L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

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

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

L'Assemblée générale se prononce également sur :

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

Art. 22 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale : Taux de cotisations et prestations

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration. Cette délégation est valable 1 an.

Art. 23 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale

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

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

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 – Composition, élections

Art. 24 - Composition

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

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

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

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

Art. 25 - Limite d'âge - Conditions d'éligibilité

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

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

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

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

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

Art. 26 - Modalités de l'élection

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

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

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

Art. 27 - Durée du mandat, renouvellement, vacance, démission

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

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

Les membres sortants sont rééligibles.

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

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

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

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

Tout administrateur cesse ses fonctions :

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

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

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

Section 2 – Réunions du Conseil d'administration

Art. 28 - Réunions

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

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

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

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

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

Art. 29 - Représentation des salariés au Conseil d'administration

Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :

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

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

Art. 30 - Quorum et majorité

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

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

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

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

Les délibérations du Conseil sont confidentielles.

Section 3 – Attributions du Conseil d'administration

Art. 31 - Compétences

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 32 - Délégation d'attributions

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

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

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

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

Art. 33 - Les différents types de conventions

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

Section 4 – Statut des administrateurs

Art. 34 - Formation des administrateurs

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

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

Art. 35 - Gratuité des fonctions d'administrateur

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

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

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

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

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

Art. 36 - Situation et comportements interdits aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux dirigeants effectifs

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

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

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

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

Art. 37 - Obligations des administrateurs, du Dirigeant opérationnel et des dirigeants effectifs

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

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

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

Art. 38 - Responsabilité

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

Section 5 – Statut du mandataire mutualiste

Art. 39 - Définition du mandataire mutualiste

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

Art. 40 - Les conditions d'exercice des mandataires mutualistes

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

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

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

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

CHAPITRE III - PRÉSIDENT ET BUREAU

Section 1 – Élection et attributions du Président

Art. 41 - Élection et révocation

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

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

Art. 42 - Vacance

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

Art. 43 - Attributions

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

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

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

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

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

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

Il engage les dépenses.

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

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

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

Section 2 - Élection, composition du Bureau

Art. 44 - Élection

Le Conseil d'administration constitue un Bureau.

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

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

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

Art. 45 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

Art. 46 - Réunions et délibérations

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

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

Le Bureau peut se réunir par visioconférence.

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

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

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

Art. 47 - Les Vice-présidents

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

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

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

Art. 48 - Le Secrétaire général et le Secrétaire adjoint

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

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

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

Art. 49 - Le Trésorier général

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Art. 50 - Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

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

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

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

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

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

Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

Section 1 - Produits et charges

Art. 51 - Les produits

Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :

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

Art. 52 - Les charges

Les charges comprennent notamment :

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

Art. 53 - Apports et transferts financiers

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

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

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

Art. 54 - Placements

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

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

Art. 55 - Garantie

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

Art. 56 - Règles de sécurité financière

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

Section 3 - Comité d'audit et Commissaires aux comptes

Art. 57 - Comité d'audit

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

Art. 58 - Commissaire aux comptes

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

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

Le Commissaire aux comptes :

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

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

Section 4 - Fonds d'établissement

Art. 59 - Montant du fonds d'établissement

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

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

TITRE III - Dispositions diverses

Art. 60 - Dissolution volontaire et liquidation

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

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

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

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

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

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

Art. 61 - Interprétation

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

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

Art. 62 - Reconnaissance dominante d'une société de groupe assurantiel de protection sociale (sgaps)

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

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

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

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

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

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

UN FONCTIONNEMENT SOLIDAIRE ET DÉMOCRATIQUE

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

UN ACTE FORT : L'ADHÉSION VOLONTAIRE

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

VIASANTÉ Mutuelle :

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

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

AG / 20200630 / COR CP3 011 V03

www.viasante.fr



viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE