

NOTICE D'INFORMATION

FRAIS DE SANTE

Contrat collectif à adhésion facultative

ASSOCIATION DES ANCIENS DU CREDIT COOPERATIF

RCS 349 974 931

Ensemble du personnel retraité

Contrat n° : **003 E0135004**
Edition janvier 2022

La présente notice a pour objet de vous informer sur vos droits et obligations nés de la souscription d'un contrat auprès de KLESIA Mut', mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 529 168 007, située 4 rue Georges Picquart, 75017 PARIS.

Elle précise notamment les garanties « frais de santé » dont vous bénéficiez, leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Vous êtes couvert par les seules garanties souscrites par l'Adhérent dont le détail figure en annexe.

Ce document, constitue un résumé des dispositions contractuelles organisant les rapports entre l'Adhérent, vous-même et la Mutuelle.

Sommaire

Sommaire	3
Lexique	4
Généralités	6
Base légale.....	6
Respect des critères de responsabilité	6
Autorité de contrôle de la Mutuelle.....	6
Communication par voie électronique.....	6
Réclamation et médiation.....	6
Protection de vos données personnelles	7
Subrogation	11
Prescription	11
Votre affiliation	12
Modalité d'affiliation - Durée – Résiliation	12
Personnes garanties	13
Suspension de votre contrat de travail.....	Erreur ! Signet non défini.
Cessation de votre affiliation	14
Maintien des garanties en cas de rupture de votre contrat de travail donnant lieu à portabilité de vos droits	Erreur ! Signet non défini.
Maintien individuel des garanties	Erreur ! Signet non défini.
Vos garanties	15
Risques garantis.....	15
Modification des garanties et des taux de cotisations.....	18
Montant des prestations.....	18
Paiement des prestations.....	18
Bon de prise en charge	18
Tiers payant.....	18
Contrôle médical	18
Exclusions	19
Déclaration des frais de santé	19
Déclaration	19
Fausse déclaration	19
Documents nécessaires au règlement des prestations	20
Grille optique	21
Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites	22
Catégorie de personnel garantie.....	22
Dispositions spécifiques relatives au personnel en suspension du contrat de travail bénéficiant du maintien collectif des garanties	Erreur ! Signet non défini.
Information - Réclamation	22
Détail des garanties	23

Lexique

100 % santé

Dispositif par lequel les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

Ayant droit

Personne bénéficiant des garanties du présent contrat du chef du Membre Participant à condition d'avoir été préalablement affiliée.

Base de remboursement (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement. Il s'agit de :

- Tarif de convention : les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

Bénéficiaire

Personne physique ou morale percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

Cotisations

Contribution des salariés versée à la Mutuelle en contrepartie de son engagement.

Dépassement d'honoraires

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique).

Adhérent

Personne morale qui souscrit le contrat pour le compte de l'ancien personnel défini aux conditions particulières, qui s'engage à verser les cotisations et dont le représentant habilité signe l'adhésion.

Forfait journalier ou hospitalier

Participation du Membre Participant aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

Frais réels

Dépense réellement engagée par le participant pour un acte médical donné.

Franchises médicales

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

Garantie

Engagement de la Mutuelle, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

Honoraire limite de facturation

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'assurance maladie obligatoire pour un acte donné. Depuis 2019 et progressivement, des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

Honoraires de dispensation

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend : l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients. Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle

Désigne l'organisme assureur soumis aux dispositions du Code de la Mutualité.

L'intermédiaire

Désigne un apporteur (courtier/mandataire)

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

Membre Participant

Ancien membre du personnel du CREDIT COOPERATIF relevant de la catégorie de personnel assurée.

Noemie

« Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs ». Échanges d'informations entre les caisses nationales des régimes obligatoires d'assurance maladie de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires de protection sociale.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débiter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

Prestation

Exécution de la garantie par la Mutuelle.

Prix limite de vente

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. A défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre.

Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont des prix limites de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

Ticket modérateur

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire.

Généralités

Base légale

Le présent contrat est soumis aux dispositions du Code de la Mutualité et exclusivement soumis à la loi française.

Tout litige lié au présent contrat est du ressort des tribunaux français.

Respect des critères de responsabilité

Les dispositions du contrat frais de santé sont en conformité avec les exigences posées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1 ;
- la Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100% santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

Autorité de contrôle de la Mutuelle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 Place de Budapest CS 92459 – 75436 PARIS Cedex 09.

Communication par voie électronique

Conformément aux dispositions des articles 1366 et 1367 du Code civil, les courriels et les documents électroniques échangés entre l'Adhérent/vous et la Mutuelle et/ou le délégataire de gestion sont considérés comme étant équivalents à des documents écrits. L'ensemble des parties reconnaît la valeur probante des courriels et des documents électroniques. Cette disposition ne fait pas obstacle à la fourniture par vous-même des documents originaux éventuellement nécessaires à la Mutuelle pour le paiement des prestations, ainsi qu'au respect des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité relatives aux modalités de résiliation du contrat.

Réclamation et médiation

Pour toute réclamation relative à l'exécution du présent contrat, vous devez adresser votre demande prioritairement à l'organisme en charge de la gestion de votre contrat dont les coordonnées figurent en annexe.

Conformément à l'article 3 du Règlement de médiation de la consommation de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) dont la Mutuelle est adhérente, après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la Mutuelle et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, vous pouvez, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à la Mutuelle, vous adresser par courrier au Médiateur de la FNMF à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française
FNMF
255, rue de Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

Ou directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

Le Médiateur peut également être saisi à défaut de réponse de la Mutuelle dans le délai de deux mois à une réclamation écrite. Pour être recevable, la saisine doit être accompagnée du justificatif de la réclamation auprès de la Mutuelle. La demande auprès du Médiateur doit être introduite dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle.

Protection de vos données personnelles

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie l'Adhérent à la Mutuelle, des données personnelles vous concernant sont collectées par KLESIA Mut', entité du Groupe KLESIA, située 4, rue Georges Picquart 75017 PARIS en tant que responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à la conclusion du contrat ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, KLESIA Mut' sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

Les finalités de la collecte de vos données personnelles

- Dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance, les données personnelles que nous collectons vont permettre :
 - l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
 - la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
 - la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ;
 - l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
 - l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits
- Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, KLESIA Mut' met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.
- Différents traitements opérés par les entités du Groupe KLESIA sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :
 - la mise en place d'actions de prévention ;
 - la gestion de notre relation commerciale notamment par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;
 - la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA.
 - la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

Le traitement de vos données de santé

Le traitement des données de santé vous concernant par KLESIA Mut' est soumis à votre consentement. Néanmoins, la conclusion du contrat d'assurance vaut recueil du consentement pour le traitement de vos données de santé à des fins de gestion du contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de KLESIA Mut' et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

Les décisions automatisées et le profilage

Dans certains cas, KLESIA Mut' pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, KLESIA Mut' vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

Les destinataires de vos données personnelles

Dans le cadre des traitements KLESIA Mut', vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne

KLESIA Mut' traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

Les durées de conservation de vos données personnelles

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées dans le tableau ci-dessous.

Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- **pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;**
- **lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.**

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL. Pour plus d'informations, vous pouvez consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Par ailleurs, 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 ;
- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exercent auprès de KLESIA Mut'.

L'exercice de vos droits auprès de KLESIA Mut'

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par KLESIA Mut', vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- par courrier électronique : info.cnil@klesia.fr
- par courrier à l'adresse KLESIA - SERVICE INFO CNIL- CS 30027- 93108 Montreuil Cedex.

Réclamation auprès de la CNIL

Vous disposez également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des contrats d'assurance ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. 	<p>Contrats d'assurance santé et prévoyance 5 ans à compter de la fin du contrat OU Contrat d'assurance vie 10 ans après le décès de l'assuré et au maximum 30 ans en cas de non réclamation du capital décès</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux. • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • s'il y a lieu les bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat, • s'il y a lieu le responsable, les victimes et leurs mandataires ; les témoins, les tiers intéressés à l'exécution du contrat. • s'il y a lieu les juridictions concernées, les arbitres, les médiateurs, • les ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir, • les services chargés du contrôle tels que les commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.
Obligation légale, réglementaire et administrative	Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) : 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des clients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • les personnes en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les clients dont ils ont la charge. • les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée. • les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment • la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, • les autorités de contrôle compétentes • les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilités

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention 	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités du Groupe KLESIA les sous-traitants, ou les entités du Groupe KLESIA dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques les services chargés du contrôle ; les sous-traitants et les partenaires les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
	<ul style="list-style-type: none"> la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe KLESIA 	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte</p> <p>OU</p> <p>5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude</p> <p>OU</p> <p>2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels en relation avec la clientèle et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; les autres entités du Groupe KLESIA dès lors qu'elles sont concernées par la fraude ou interviennent dans la gestion des dossiers ou de maîtrise du risque de fraude ; les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; le personnel habilité des sous-traitants. les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude, les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants. l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.
<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services du Groupe KLESIA analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p>Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités du Groupe KLESIA ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs. 	

Base légale du traitement	Finalités	Durée de conservation	Destinataires
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale 	Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement. En l'absence du retrait du consentement : Pour les clients : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation client, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques ; les services chargés du contrôle ; les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures ; les entités du Groupe KLESIA ; les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.

Subrogation

La Mutuelle est subrogée dans vos droits ou ceux de vos ayants droit contre le tiers responsable et/ou ses assureurs, pour les préjudices qu'elle aura pris en charge et dans la limite des prestations versées.

Prescription

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. En cas de demande de prestations, l'évènement correspond à la date des soins communiquée par le régime obligatoire d'assurance maladie ou figurant sur la facture acquittée pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Les sinistres non déclarés dans le délai indiqué ci-dessus ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Ce délai ne court :

- Qu'à compter du jour où la Mutuelle en a eu connaissance en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru ;
- Que du jour où les intéressés ont eu connaissance du risque, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

En application de l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, le délai de prescription est interrompu dans les cas suivants :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- La demande en justice, même en référé ;
- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- L'acte d'exécution forcée ;
- L'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée soit à l'Adhérent par la Mutuelle en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, soit à la Mutuelle par vous-même en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Votre affiliation

Modalité d'affiliation - Durée – Résiliation

Le contrat dont vous bénéficiez, souscrit par l'Adhérent auprès de la Mutuelle est un contrat collectif à adhésion facultative.

Entrée en vigueur

Pour adhérer, vous devez remplir un bulletin individuel d'adhésion sur lequel vous choisissez une formule de garanties parmi celle(s) souscrite(s) par l'Adhérent.

Vous pouvez adhérer au présent régime dès la date de rupture de votre contrat de travail.

La garantie prend effet, au plus tôt au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion sous réserve que la demande d'adhésion soit faite dans les 6 mois suivants la rupture de votre contrat de travail ou le cas échéant dans les 6 mois suivant la fin de la période de portabilité.

Il est précisé que l'affiliation des bénéficiaires est subordonnée à votre affiliation.

Documents à fournir lors de votre adhésion

Lors de votre adhésion vous devez adresser à la Mutuelle :

- une demande d'adhésion dûment complétée ;
- les pièces nécessaires au paiement des cotisations et au paiement des prestations (Relevé d'Identité Bancaire, mandat de prélèvement SEPA...).
- les décomptes attestant vous percevez une pension de retraite.

Vous devez informer la Mutuelle des changements de situation, préciser la date et les motifs de ces changements de situation.

Faculté de renonciation

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au régime facultatif par notification par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ou communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription, pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'affiliation a pris effet, selon le modèle proposé ci-dessous.

<p>« Messieurs, J'entends par la présente renoncer à mon affiliation à la garantie facultative souscrite par mon entreprise ». Fait à, Le..... Signature de l'assuré</p>
--

Les cotisations versées sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de cette demande de renonciation, sous déduction des prestations versées.

Durée d'affiliation à l'option choisie

Si l'Adhérent a choisi plusieurs formules de garanties, vous pouvez changer d'option au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve d'une **durée minimale de deux ans** an dans l'option choisie et à la condition d'en faire la demande dans un délai de 2 mois avant l'échéance annuelle.

Sauf dans les cas suivants :

- Changement de situation familiale (mariage, divorce, conclusion ou dissolution du PACS, naissance ou décès) ;
- Changement de situation familiale concernant le nombre d'enfant à charge ;

Le changement sera effectif dans les 3 mois suivant l'évènement sous réserve d'en faire la demande dans le mois qui suit l'évènement.

Ces dispositions ne remettent pas en cause les dispositions relatives à la résiliation de l'adhésion prévues au paragraphe ci-dessous.

Modalités de résiliation de l'affiliation

Vous pouvez résilier votre affiliation par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable ;
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Acte extrajudiciaire ;
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour l'affiliation.

Cette résiliation peut intervenir :

- Au 1^{er} janvier de chaque année, au moins 2 mois avant l'échéance annuelle ;
- Après expiration d'un délai d'un an à compter de votre première affiliation, à tout moment. La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la résiliation de votre affiliation en vous précisant la date d'effet de la résiliation. Celle-ci sera effective un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par vous-même ;
- En cas de modification de vos droits et obligations par la Mutuelle (révision des cotisations ou réduction des garanties) dans un délai d'un mois suivant la réception de la notice. La résiliation prend effet à la date d'entrée en vigueur de la modification.

Personnes garanties

Vous êtes seul bénéficiaire de la présente garantie pour les frais de santé engagés pour vous-même.

Cependant, vous pouvez étendre le bénéfice des garanties à vos ayants droit dès lors qu'ils ont été régulièrement inscrits sur votre bulletin d'affiliation ou lors d'une demande ultérieure, sous réserve que leur affiliation soit prévue.

Sont considérés comme vos ayants droit, votre conjoint et vos enfants à charge, tels que définis ci-dessous.

Votre conjoint

Est considéré comme votre conjoint :

- Votre époux (se), non séparé(e) de corps judiciairement ;
- Votre partenaire de Pacte civil de solidarité (Pacs) ;
- Votre concubin(e) dès lors que les conditions suivantes sont réunies :
 - Vous vivez maritalement sous le même toit ;
 - Vous êtes tous deux libres de tout lien conjugal et de tout lien de Pacs ;
 - Vous entretenez une relation stable et continue.

Vos enfants à charge

Sous réserve de dispositions spécifiques prévues dans le tableau des garanties en annexe, peuvent être couverts par la garantie « frais de santé », vos enfants ou ceux de votre conjoint ou concubin, remplissant l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de moins de 21 ans et finissant leur cycle secondaire ;
- être âgés de moins de 28 ans poursuivant leurs études ;
- être âgés de moins de 28 ans sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, ou d'accompagnement dans l'emploi, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi et avoir une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un régime Frais de santé au titre de leur activité salariée ;
- être, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnu au sens de l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et ce sans limite d'âge ;

Peuvent également être considérés vos ayants droit : Vos descendants au 2^{ème} degré (petits-enfants), ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin, vivant sous votre toit et domiciliés à la même adresse que vous, remplissant l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans ;
- être âgés de moins de 21 ans et finissant leur cycle secondaire ;

Vos ascendants, ceux de votre conjoint, de votre partenaire de PACS ou de votre concubin, vivant sous le même toit que vous et domiciliés à la même adresse.

Justificatifs

Pour justifier de la qualité de bénéficiaire, doivent être fournis :

- Une copie de votre attestation de droit ainsi que celle de vos ayants droit ;
- Pour l'époux (se) : une copie du livret de famille ;
- Pour le partenaire de PACS : un extrait d'acte de naissance mentionnant le PACS ;
- Pour le concubin : un décompte de Sécurité sociale ou tout autre justificatif de domicile commun ;
- Pour les enfants à charge : un certificat de scolarité ou une attestation de leur inscription à Pôle Emploi ou une copie du contrat de travail ou d'apprentissage ou une copie de la carte d'invalidé civil devenue carte de mobilité inclusion « invalidité » et attestation sur l'honneur précisant que l'enfant ne bénéficie pas d'un régime frais de santé au titre de son activité salariée.
- Pour les autres personnes à charge : un justificatif de domicile commun.
- Pour les autres personnes à charge fiscale : une copie de votre dernier avis d'imposition et de votre dernière déclaration fiscale attestant que ces personnes sont à votre charge.

Tout changement de situation de famille, d'adresse, de compte bancaire ou de centre de Sécurité sociale doit être signalé à la Mutuelle.

Cessation de votre adhésion

Votre adhésion à la Mutuelle cesse de plein droit dans les cas suivants :

- Résiliation du contrat d'assurance de l'Adhérent ;
- Cessation d'activité ou disparition de l'Adhérent ;
- Résiliation de votre adhésion au contrat d'assurance ;
- Décès.

A défaut de paiement des cotisations les garanties peuvent être suspendues puis résiliées dans les conditions prévues à l'article L. 221-8 du Code de la Mutualité, sous un délai de 50 jours suivant l'échéance de paiement.

Vos garanties

Risques garantis

La Mutuelle couvre les risques pour les seules garanties souscrites par l'Adhérent, dont le détail figure sur le récapitulatif des garanties annexé à la présente notice.

La Mutuelle complète les prestations en nature versées par la Sécurité sociale, et le cas échéant, par un autre organisme assureur, au titre des frais engagés par vous-même et par vos ayants droit régulièrement affiliés.

Dans certains cas, les frais non remboursés par la Sécurité sociale française peuvent donner lieu à remboursement dans les conditions prévues dans le récapitulatif des garanties figurant en annexe.

Pour les prestations ci-dessous, il est fait application de dispositions spécifiques :

Soins courants

Le montant des prestations est minoré et plafonné lorsque le médecin consulté n'est pas adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. La garantie prévoit la prise en charge du ticket modérateur des honoraires de dispensation.

Hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical. Le forfait hospitalier est pris en charge, à l'exception de celui facturé par les établissements sociaux et médico-sociaux, sans limitation de durée. La participation forfaitaire sur les « actes lourds » est intégralement remboursée.

Maternité et adoption

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant, le contrat peut prévoir le versement d'une allocation forfaitaire.

Optique

Il existe deux classes de verres et de montures : classe A (équipement 100 % santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture ;
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents) ;
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Équipement mixte classes A et B

Si le contrat prévoit un forfait global (monture et verres) :

- le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente ;
- les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Si le contrat prévoit des montants spécifiques pour la monture ou les verres :

- le montant prévu pour chacune des composantes s'applique.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an,
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés qui entrent en vigueur progressivement jusqu'en 2023 et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre à l'assuré un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour l'assuré.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisés

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au tableau des prestations.

Les honoraires limites de facturation des actes du panier 100 % santé et du panier à honoraires maîtrisés entrent en vigueur progressivement. Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres.

SYNTHESE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100% SANTE	PANIER HONORAIRES MAITRISES	PANIER HONORAIRES LIBRES
Couronne métallique Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1 ^{ère} prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2 ^{ème} prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2 ^{ème} prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible à plaque base résine	Prothèse amovible sur châssis métallique	Prothèse amovible supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions
		Implants

Plafond dentaire

Si la garantie prévoit un plafond annuel par bénéficiaire, celui-ci ne concerne que les prothèses dentaires des paniers à honoraires maîtrisés et libres.

Orthodontie remboursée et non remboursée

Le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

Aides auditives

Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options). Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100% santé et sont sans reste à charge pour l'assuré ; celles de la classe II sont à prix libres.

Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

Équipement 100 % santé (classe I)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour l'assuré.

Aides auditives à prix libres (classe II)

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale). Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

Piles et accessoires

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue au tableau des prestations, ou à hauteur du ticket modérateur en l'absence de précision, sur présentation des justificatifs de dépenses.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

Frais engagés à l'étranger

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale française, dans les limites du tableau de garanties. Les actes hors nomenclature, non remboursés par la Sécurité sociale française, réalisés à l'étranger, ne sont jamais remboursés.

Remboursement des frais d'obsèques

Le contrat peut prévoir le versement d'une allocation pour le remboursement des frais engagés pour les obsèques du Membre Participant, de son conjoint ou d'un ayant droit. Le montant de l'allocation est strictement limité aux frais engagés pour les obsèques. L'allocation est versée sous réserve de transmission d'une copie lisible du livret de famille mentionnant le décès ou un extrait d'acte de décès, de la facture originale acquittée des frais d'obsèques mentionnant le nom de la personne l'ayant payée et des coordonnées du bénéficiaire du règlement de l'allocation obsèques (nom, prénom, adresse, relevé d'identité bancaire ou postal).

Assistance

En complément des garanties frais de santé souscrites auprès de la Mutuelle, des garanties d'assistance peuvent être accordées. Un document définissant les prestations et les modalités de leur mise en œuvre sera alors joint à la notice d'information.

Modification des garanties et des taux de cotisations

Les garanties et les taux de cotisations définis au contrat sont établis en fonction de la législation et réglementation en vigueur au moment de sa prise d'effet. La Mutuelle peut les modifier en cas d'évolution législative ou réglementaire.

Les modifications ne seront applicables qu'aux seuls frais engagés postérieurement à l'entrée en vigueur des modifications.

Montant des prestations

Le montant des prestations figure sur le récapitulatif des garanties annexé à la présente notice.

Ce montant ne peut excéder le montant des frais restant à votre charge ou à la charge de vos ayants droit, après remboursement de la part de la Sécurité sociale et le cas échéant, d'un autre organisme assureur, dans la limite des frais réellement engagés.

Paiement des prestations

Le paiement des prestations intervient généralement dans les 8 jours ouvrés suivant la réception de l'ensemble des pièces requises pour l'ouverture des droits, délais de poste et bancaire non compris. Le règlement s'effectue par virement sur votre compte bancaire.

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

Si vous bénéficiez du système de télétransmission NOEMIE, le transfert des décomptes de Sécurité sociale numérisés est effectué directement à la Mutuelle, vous évitant ainsi d'envoyer les décomptes papier. Cependant, pour le traitement de certaines prestations, les pièces complémentaires mentionnées ci-après pourront être réclamées, notamment lorsque ces prestations ne font pas l'objet d'une prise en charge préalable par la Sécurité sociale.

Bon de prise en charge

En cas d'hospitalisation en établissement conventionné, la Mutuelle peut délivrer une prise en charge hospitalière. Dans ce cas, la Mutuelle règle directement à l'établissement hospitalier le complément de frais restant à votre charge, à l'exclusion des frais accessoires, des soins externes, des cures thermales, des frais de transport et de maternité, et, le cas échéant, de tout dépassement d'honoraires.

Tiers payant

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, vous pouvez bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des soins, au moins à hauteur du ticket modérateur, si le professionnel de santé le propose.

En outre, vous pouvez bénéficier, en fonction des garanties souscrites, du tiers payant à hauteur de la totalité de la garantie auprès de certains professionnels de santé conventionnés : pharmacies, laboratoires d'analyses biologiques, cabinets de radiologie, auxiliaires médicaux, centres de santé, soins externes...

Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de vous faire examiner par un médecin qu'elle mandate afin de pouvoir constater la nécessité et la réalité des soins. En conséquence, la Mutuelle peut procéder, indépendamment de votre prise en charge par la Sécurité sociale obligatoire ou de tout autre organisme, à la suspension voire la suppression de vos prestations dès l'initiation du contrôle médical.

La contestation des conclusions du médecin désigné par la Mutuelle doit être adressée par lettre recommandée à la Mutuelle dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la décision de la Mutuelle. Dans cette hypothèse, vous avez la possibilité de vous faire représenter par votre médecin traitant dans une entrevue amiable avec le médecin conseil de la Mutuelle. En cas de désaccord entre votre médecin traitant et

le médecin conseil, les parties désigneront d'un commun accord, dans un délai d'un mois, un troisième médecin pour les départager. A défaut d'entente, la désignation sera faite sur requête de la partie la plus diligente par le Président du tribunal judiciaire du ressort de la Mutuelle. L'avis de ce médecin tiers s'impose aux parties.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin ; ceux du troisième médecin ainsi que ses frais de nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Exclusions

Cette clause ne s'applique pas aux obligations de prise en charge minimale du ticket modérateur fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ceci précisé et sauf dispositions spécifiques prévues au tableau des prestations figurant en annexe, les frais qui ne sont pas pris en charge par la Mutuelle sont les suivants :

- les frais occasionnés par un accident ou une maladie non prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, sauf stipulation particulière de la garantie ;
- les frais de soins engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci ;
- le versement d'une participation aux frais sous forme de prime consécutive à une naissance enregistrée dans un pays hors de l'Union Économique Européenne ;
- la chirurgie esthétique non prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale par un chirurgien agréé ainsi que les pratiques du Botox, peeling, épilations lasers ;
- la contraception prescrite et non prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, ainsi que les préservatifs masculins et féminins ;
- les frais inhérents à l'essai et l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ;
- la prise en charge des frais de chambre particulière en cas d'accouchement par voie naturelle ;
- les frais de dépassements d'honoraires liés à un accouchement par voie naturelle.

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale française ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues au tableau des prestations.

Déclaration des frais de santé

Déclaration

Vous devez déclarer les frais de santé ouvrant droit au versement des garanties, auprès du gestionnaire dont les coordonnées figurent en annexe.

Toute demande devra être accompagnée des justificatifs nécessaires précisés dans le tableau suivant.

La Mutuelle se réserve le droit de vérifier l'exactitude des déclarations.

Fausse déclaration

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du bénéficiaire, la garantie accordée au membre participant est nulle conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité. Les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

Ces dispositions ne s'appliquent par lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir la garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, l'affiliation prend fin dix jours après 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 des cotisations payées par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Documents nécessaires au règlement des prestations

Les documents justificatifs à fournir pour le paiement des prestations sont ceux prévus dans le tableau ci-dessous. Vous devez également transmettre, le cas échéant, les décomptes établis par tout autre organisme d'assurance complémentaire santé. Toutefois, la Mutuelle peut demander d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Vous êtes couvert par les seules garanties souscrites par votre employeur dont le détail figure en annexe.

Nature des frais	Pièces justificatives
Médecine courante <ul style="list-style-type: none"> • Consultation généraliste • Consultation ou acte de spécialiste • Analyses et examens de laboratoire • Auxiliaire médical 	<ul style="list-style-type: none"> • Décomptes originaux délivrés par l'Assurance Maladie ; • Les factures originales acquittées mentionnant les frais engagés au titre des dépassements d'honoraires
Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> • Originaux des factures acquittées établies par l'établissement hospitalier, mentionnant les frais engagés, la participation de la Sécurité sociale ainsi que, le cas échéant, la codification de l'acte opératoire • Le reçu du ticket modérateur indiquant la nature des soins
Cures thermales	<ul style="list-style-type: none"> • Décompte original de la Sécurité sociale • Les factures détaillées mentionnant les frais d'hébergement, de transports, de soins et d'honoraires des médecins
Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Original de la facture détaillée acquittée précisant la codification des travaux effectués • Décompte original de la Sécurité sociale
Orthodontie	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée précisant le semestre de traitement concerné ainsi que les dates de début et fin de semestre • Notification éventuelle du refus de prise en charge par la Sécurité sociale
Optique	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les verres et les montures (facturés distinctement), et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> - 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans - 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans - 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans • Facture détaillée de l'opticien mentionnant les frais réellement engagés pour les lentilles de contact correctrices, et prescription médicale datant de moins de : <ul style="list-style-type: none"> - 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans - 3 ans pour les patients âgés de plus de 16 ans • En cas de renouvellement des verres correcteurs par l'opticien et sauf opposition du médecin prescripteur : <ul style="list-style-type: none"> - Prescription médicale initiale - Prescription médicale initiale mentionnant la correction réalisée par l'opticien lors du renouvellement
Chirurgie réfractive	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés
Parodontologie et Implants	<ul style="list-style-type: none"> • Facture originale détaillée et acquittée mentionnant la nature des actes pratiqués
Médecine douce : étiopathie, chiropractie, homéopathie, ostéopathie, acupuncture, naturopathie, sophrologie, psychologie, psychomotricité, microkinésie, hypnose, réflexologie, pédicurie-podologie ... (seules les séances auprès de professionnels diplômés dans la spécialité peuvent être remboursées)	<ul style="list-style-type: none"> • Facture détaillée et acquittée mentionnant l'acte et les frais engagés et faisant apparaître la qualification nécessaire du praticien
Vaccins non remboursés par la Sécurité sociale et médicalement prescrits	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale • Facture originale détaillée et acquittée
Participation aux frais de maternité ou d'adoption	<ul style="list-style-type: none"> • Extrait d'acte de naissance de l'enfant ou copie lisible du livret de famille • Copie lisible du jugement définitif d'adoption
Actes non pris en charge par la Sécurité sociale ou refusés par la Sécurité sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Le cas échéant, photocopie des notifications de refus de prise en charge par la Sécurité sociale • Facture originale détaillée et acquittée

Grille optique

GRILLE OPTIQUE	
A	<p><u>Deux verres unifocaux (verres simples)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - Equipement 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 ; - Equipement 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
B	<p><u>Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)</u></p>
C	<p><u>Verre unifocal (verre complexe)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - Equipement 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 ; - Equipement 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 ; - Equipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p><u>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - Equipement 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 ; - Equipement 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
D	<p><u>Equipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)</u></p>
E	<p><u>Equipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)</u></p>
F	<p><u>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - Equipement 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 ; - Equipement 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 ; - Equipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Annexe : Récapitulatif des garanties souscrites

Catégorie de personnel garantie

La population concernée par ce régime est constituée, à titre facultatif, de l'ensemble du personnel retraité quittant le CREDIT COOPERATIF, dont la pension vieillesse du régime général de la Sécurité sociale est liquidée à condition que la demande d'adhésion soit effectuée dans un délai de 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le cas échéant dans les 6 mois suivant la fin de la période de portabilité.

Bénéficie également de la garantie les ayants droit, le conjoint, concubin et partenaire du PACS du personnel retraité tel que défini ci-dessus.

Information - Réclamation

Pour toute information ou toute réclamation relative à l'exécution du présent contrat, vous devez adresser votre demande à l'organisme en charge de la gestion de votre contrat :

Pour toute demande concernant vos prestations :

KLESIA Mut'
GESTION SANTE
TSA 50009
75128 PARIS Cedex 11
☎ 01 49 29 49 29

Par mail sur le site : www.klesiamut.fr. Sélectionnez votre centre de gestion : **KLESIAMUT TSA 50009**, cliquez sur « GO » puis : « accédez à votre espace client ».

Pour une demande de **prise en charge hospitalisation** précisez : votre numéro adhérent, le nom de l'établissement et le service concerné, la date d'entrée et la durée d'hospitalisation prévue.

- Mail pour les prises en charge hospitalisation : p.hospit@mutuelle-umc.fr
- Fax pour les prises en charge hospitalisation : 01 49 29 19 97

Pour une **modification de votre adhésion** (ajout d'ayants droit, changement d'option...): contactez votre service RH.

Pour toute demande concernant une réclamation :

KLESIA Mut'
Service réclamation
TSA 50009
75128 PARIS Cedex 11

Détail des garanties

Les actes non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas pris en charge, sauf dispositions spécifiques prévues au tableau ci-après.

Le remboursement des prestations est limité aux frais réels engagés.

Options : ASS DES ANCIENS CREDIT COOP BASE 2239
 ASS DES ANCIENS CREDIT COOP OPT1 2240
 ASS DES ANCIENS CREDIT COOP OPT2 2241

REMBOURSEMENTS			
NATURE DES ACTES	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale		
	Régime de base	Option 1	Option 2
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	270 % de la BR	270 % de la BR	270 % de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	200 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	270 % de la BR	270 % de la BR	270 % de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	260 % de la BR	260 % de la BR	260 % de la BR
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)			
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	270 % de la BR	270 % de la BR	270 % de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	260 % de la BR	260 % de la BR	260 % de la BR
MEDICAMENTS			
Médicaments remboursés par la SS	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
MATERIEL MEDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)			
Matériel médical remboursé par la SS (hors aide auditive et prothèse dentaire) - attelles, lits médicaux, accessoires, ...	165 % de la BR + 450 € par an et par bénéficiaire	165 % de la BR + 675 € par an et par bénéficiaire	165 % de la BR + 900 € par an et par bénéficiaire

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS		
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale		
	Régime de base	Option 1	Option 2
HOSPITALISATION			
HONORAIRES			
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	300 % de la BR	300 % de la BR	100 % des FR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée	200 % de la BR	200 % de la BR	200 % de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	Prise en charge intégrale		
FRAIS DE SEJOUR	300 % de la BR	300 % de la BR	100 % des FR
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour	80 €	100 €	120 €
Nb jours max	50 jours par an et par bénéficiaire	50 jours par an et par bénéficiaire	50 jours par an et par bénéficiaire
Frais d'accompagnant par jour			
Moins de 16 ans	30 €	30 €	30 €
Bénéficiaires de plus de 70 ans	30 €	30 €	30 €
FORFAIT ACTES LOURDS	Prise en charge intégrale		
DENTAIRE			
SOINS			
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	270 % de la BR	270 % de la BR	270 % de la BR
SOINS ET PROTHESES "100 % SANTE"			
Soins et prothèses "100 % Santé" (*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation		
PROTHESES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	290 % de la BR / Inlays onlays : 390 % de la BR	490 % de la BR / Inlays onlays : 390 % de la BR	570 % de la BR / Inlays onlays : 450 % de la BR /
	Dans la limite des honoraires limites de facturation		
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	290 % de la BR / Inlays onlays : 390 % de la BR	490 % de la BR / Inlays onlays : 390 % de la BR	570 % de la BR / Inlays onlays : 450 % de la BR
Actes prothétiques non remboursés par la SS	258 € par prothèse	473 € par prothèse	559 € par prothèse
	(prothèses fixes céramique et réparations)		
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS			
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire	880 €	880 €	1120 €
Implantologie	320 € par implant	320 € par implant	380 € par implant
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS	290 % de la BR	490 % de la BR	570 % de la BR

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS		
	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale		
	Régime de base	Option 1	Option 2
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.		
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)			
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente		
EQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)			
Forfait global : Verres + Monture (Montant de la monture limité à 100€)	240 €	285 €	315 €
PRESTATION D'ADAPTATION			
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente		
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente		
LENTILLES			
Lentilles correctrices			
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	165 % de la BR + 240 € par an et par bénéficiaire	165 % de la BR + 285 € par an et par bénéficiaire	165 % de la BR + 315 € par an et par bénéficiaire
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	240 € par an et par bénéficiaire	285 € par an et par bénéficiaire	315 € par an et par bénéficiaire
CHIRURGIE REFRACTIVE			
Chirurgie de la vision	450 € par oeil	450 € par oeil	450 € par oeil
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille		
EQUIPEMENT "100 % SANTE" (*)			
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente		
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)	La prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS		
Aide auditive remboursée par la SS	165 % de la BR + 450 € par appareil	165 % de la BR + 675 € par appareil	165 % de la BR + 900 € par appareil
ACCESSOIRES REMBOURSES PAR LA SS			
Petits accessoires auditifs (piles, ...)	60 € par an et par bénéficiaire (1)	60 € par an et par bénéficiaire (1)	60 € par an et par bénéficiaire (1)

REMBOURSEMENTS			
NATURE DES ACTES	Sous déduction des prestations versées par la Sécurité sociale		
	Régime de base	Option 1	Option 2
PREVENTION ET MEDECINE DOUCE			
FORFAIT GLOBAL MEDECINE DOUCE	161 € par an et par bénéficiaire	161 € par an et par bénéficiaire	161 € par an et par bénéficiaire
Acupuncture	Inclus	Inclus	Inclus
Ostéopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Chiropractie	Inclus	Inclus	Inclus
Diététique	Inclus	Inclus	Inclus
Etiopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Microkinésie	Inclus	Inclus	Inclus
Pédicurie Podologie	Inclus	Inclus	Inclus
FORFAIT GLOBAL VACCINS PRESCRITS ET NON REMBOURSES PAR LA SS	15 € par an et par bénéficiaire	15 € par an et par bénéficiaire	15 € par an et par bénéficiaire
AIDE À DOMICILE APRÈS PRISE EN CHARGE D'UN ORGANISME SOCIAL	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire	150 € par an et par bénéficiaire
DENSITOMETRIE OSSEUSE PRESCRITE ET NON REMBOURSEE PAR LA SS	75 € par an et par bénéficiaire	75 € par an et par bénéficiaire	75 € par an et par bénéficiaire
DIVERS			
CURES THERMALES			
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire			
Cures thermales Honoraires	100 % de la BR	100 % de la BR	100 % de la BR
Cures thermales Transport et hébergement	245 €	245 €	245 €
NAISSANCE - ADOPTION			
	60 €	60 €	60 €
Chambre particulière par jour	(limitée à 8 jours / en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)		
Forfait par enfant	440 €	440 €	440 €
	230 €	230 €	230 €
Péridurale	(en cas de césarienne prise en charge au titre du poste hospitalisation)		
TRANSPORT			
Frais de transport remboursés par la SS	265% de la BR	265 % de la BR	265 % de la BR
ASSISTANCE		KLESIA MUT Services / KLESIA MUT Juris	
RÉSEAU DE SOINS		CARTE BLANCHE	
FRAIS D'OBSEQUES			
FRAIS D'OBSEQUES	1000 € dans la limite des FR (assuré, conjoint et enfants à charge)		

Notes :

(1) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

* : Tels que définis réglementairement / **Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : **OPTAM** (option pratique tarifaire maîtrisée) ou **OPTAM-CO** (option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique) / **SS** : Sécurité sociale / **PMSS** : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1er janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / **BR** : Base de remboursement de la Sécurité sociale / **BRR** : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / **RSS** : Remboursement de la Sécurité sociale / **FR** : Frais réels / **TM** : Ticket modérateur / **TC** : Tarif de convention / **Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale** : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / **Honoraires limites de facturation** : Dans l'attente de leur mise en œuvre, la prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / **Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive** : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

* * * * *

Services mutualistes

L'accès aux réalisations sanitaires et sociales

En tant qu'adhérent mutualiste, vous bénéficiez de l'accès au réseau des 2.000 réalisations sanitaires et sociales de la Mutualité Française : les centres d'optique, les centres de santé dentaires, les centres d'appareillage médical, les services pour personnes handicapées, etc. Ces structures vous permettent d'accéder à des soins et services de qualité au meilleur coût grâce :

- au respect des bases de remboursement,
- au développement d'une offre de qualité à des tarifs moins élevés que la moyenne du marché pour les biens médicaux (optique, audition ou dentaire),
- à la dispense d'avance de frais (tiers payant) quasi généralisée, en fonction des conventions signées.

Pour trouver un établissement près de chez vous, vous pouvez soit nous contacter, soit consulter le site internet www.mutualite.fr. Toutes les réalisations sanitaires et sociales y sont répertoriées par type de spécialité et par zone géographique.

L'assistance à la personne - Garantie Assistance

Cette assistance vous aide à réorganiser votre vie familiale perturbée à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un décès. Ce service est accessible 24h/24, sur simple appel téléphonique.

Accompagnement d'enfant chez un proche, conduite à l'école, soutien pédagogique à domicile, aide à domicile pour les tâches ménagères...

Sur notre site www.klesiamut.fr vous trouverez tous les renseignements sur ce service. Voir notice Garantie Assistance.

L'assistance juridique

Cette assistance est une protection juridique, garantie « Recours Médical ». Ce service vous permet de faire valoir vos droits afin d'obtenir la réparation d'un préjudice corporel, lorsque la responsabilité d'un hôpital, d'une clinique, du corps médical, paramédical ou pharmaceutique peut être recherchée.

Ce service est accessible sur simple appel téléphonique du Lundi au Vendredi de 8h00 à 18h00 au 02.35.03.41.83, et que vous retrouverez également sur notre site www.klesiamut.fr Voir notice Garantie Assistance.

L'assistance familiale - Passerelle Famille

Passerelle Famille est un service téléphonique anonyme d'écoute, d'information et d'orientation. Il met à votre disposition des juristes, des psychologues, des conseillers sociaux et scolaires, concernant les divers sujets suivants : scolarité, psychologie et éducation, loisirs et vacances, droit de la famille et toute information à caractère social. Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro 01.44.93.44.94.

Le service social

Notre service social est à votre disposition pour étudier toute situation délicate que vous pourriez lui soumettre. Que ce soit en raison d'une situation financière difficile ou d'un soin particulièrement lourd à assumer. Ce service est accessible sur simple appel téléphonique au numéro 01 58 57 65 91 ou 01 58 57 65 85.

Pour accéder à votre espace personnel sur www.klesiamut.fr

Sélectionnez votre centre de gestion : **KLESIAMUT TSA 50009** , cliquez sur « GO » puis : « accédez à votre espace client ».

* * * * *

KLESIA Mut'

KLESIA Mut' vous propose des services et produits d'assurance santé et prévoyance. Guidés par des convictions mutualistes, nous concevons des solutions pensées pour vous aider à préserver votre santé et votre bien-être, au quotidien. Vous bénéficiez ainsi d'un accompagnement qui vous permet de vous concentrer sur l'essentiel : VOUS ET VOS PROCHES. **KLESIA Mut' s'engage à vous assurer un avenir serein et contribue à la qualité de vie pour tous.**



Retrouvez toutes les informations vous concernant dans votre espace personnel **klesia.fr**

Et rejoignez-nous sur

