

ACTION MCMS

NOTICE D'INFORMATION (REFERENCE : ACTION- NMAD – V2- 1017)

RELATIVE AU CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE ACTION MCMS N° 2017 / 004

Souscrit par l'association **ACTIOM - 8 avenue Roger Labepie, 33140 Villenave-d'Ornon** ci-après dénommée : « la Contractante »,

Auprès de : **Mutuelle de l'Île de la Cité, 37/39 rue de l'Amiral Mouchez- 75013 Paris**, Mutuelle régie par les dispositions du livre II du code de la mutualité, inscrite au RNM sous le numéro : 784 238 982, ci-après dénommée : « la Mutuelle ».

La gestion de l'adhésion au contrat, par délégation de la Mutuelle, est effectuée par **PAVILLON PREVOYANCE** –centre de gestion – 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX, ci-après dénommé **PAVILLON PREVOYANCE** ou le délégataire

LEXIQUE

Pour faciliter la lecture des différents documents relatifs à l'adhésion au contrat, définition de certains termes utilisés

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Adhérent : Personne physique légalement majeure, membre de l'Association **ACTIOM**, qui signe la demande d'adhésion, acquitte les cotisations et fait ainsi accéder aux garanties du contrat. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

Age : L'âge est calculé par différence de millésimes, entre l'année de l'adhésion en cours considérée et l'année de naissance. *Exemple : Un assuré souscrivant son adhésion à compter du 1^{er} février 2016 né le 2 aout 1976, sera considéré avec un âge de 40 ans (2016 – 1976 = 40), et lors du renouvellement de son adhésion au 1^{er} janvier 2017, avec un âge de 41 ans en 2017.*

Année d'assurance : Pour l'année de la souscription, cela correspond à la période entre la date d'effet de l'adhésion indiquée sur le certificat d'adhésion et le 31 / 12 de la même année. Pour les années suivantes, l'année d'assurance correspond à l'année civile.

Appel de cotisation : Document émis par le Service Gestion de PAVILLON PREVOYANCE en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie. Par la suite, ce document sera adressé 1 mois avant l'échéance principale.

Assuré : La (ou les) personne(s) garantie(s) dans le cadre de l'adhésion selon la formule souscrite.

Avenant : Modification du contrat et document matérialisant celle-ci.

Base de remboursement de la Sécurité Sociale (BR) : Tarif sur la base duquel est calculé le remboursement effectué par le Régime obligatoire de Sécurité Sociale Française dont relève l'assuré. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.

MUTUELLE DE L'ÎLE DE LA CITÉ

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09 – sous le SIREN N°784 238 982 et enregistré sur le registre des intervenants sur les marchés financiers sous le LEI N°969500DAX8KXSIN00888

Siège social : 37/39, rue de l'Amiral Mouchez 75013 PARIS Accueil administratif : 73/75, rue Brillat-Savarin – 75013 PARIS Tel : 01 70 22 58 44 - Email : contact@mutuelle-ile-cite.com

• Tarif de Responsabilité (TR) pour les médicaments et autres biens médicaux.

Conclusion de l'adhésion : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et la Mutuelle. La date d'effet est indiquée au Certificat d'Adhésion.

Conjoint : Est considéré comme Conjoint l'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e), ni séparé(e) de corps judiciairement, son cosignataire d'un pacte civil de solidarité en vigueur au cours de l'adhésion ou son (sa) concubin(e) notoire.

Contrat d'Accès aux Soins (CAS) : Contrat souscrit sur la base du volontariat et proposé aux médecins titulaires d'un droit de dépassement d'honoraires par lequel ils s'engagent à ne pas dépasser un taux moyen de dépassement d'honoraires. Il a pour objectif de favoriser l'accès aux soins des patients en leur permettant d'obtenir un meilleur remboursement des consultations et actes médicaux. A compter du 01/01/2017 et selon les dispositions de la loi n° 2016-1827 du 23 Décembre 2016, le CAS fait place à l'OPTAM et l'OPTAM-CO. Les garanties faisant référence au CAS visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO.

Couple : Est considéré comme couple, l'Adhérent et son conjoint.

Date anniversaire du contrat : date qui correspond à la date d'échéance principale.

Déchéance (perte de garantie) : Perte des droits à l'indemnité d'assurance de l'adhérent ou de l'assuré à la suite de l'inobservation de certaines de ses obligations en cas de sinistre.

Dépassement d'honoraires : Partie des honoraires dépassant la base remboursement du Régime obligatoire.

Echéance principale : 1^{er} janvier de chaque année, date à laquelle se renouvelle l'adhésion.

Enfant à charge : Il s'agit du ou des enfants fiscalement à charge de l'adhérent, ou à celle de son conjoint. Ils doivent être obligatoirement affiliés au contrat avant leur 18^{ème} anniversaire. La garantie cessera à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 25^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la sécurité sociale des étudiants. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion de l'adhérent moyennant l'acquiescement d'une cotisation spécifique.

Etablissements médico-sociaux :

Etablissement assurant des soins et une éducation spéciale ou professionnelle au profit des personnes âgées, des adultes ou enfants handicapés et des personnes sans domicile.

Forfait annuel : Lorsque les montants de remboursements sont exprimés sous la forme de forfaits, ces forfaits sont valables par année d'assurance et par assuré. Ils ne sont pas cumulables d'une année sur l'autre.

France : Il s'agit de la France Métropolitaine, de la Martinique, de la Guadeloupe, de St Martin, de St Barthélémy, de la Guyane, de la Réunion, et de Mayotte.

Garantie : elle correspond aux prestations assurées dans le cadre de la formule retenue qui forment un tout indissociable et constituent ainsi la garantie.

Long séjour : Unité pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Moyen séjour – Soins de suite ou réadaptation (SRR) : Unité pour les patients nécessitant des soins à leur rétablissement dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale

Nous : Désigne la Mutuelle.

Parcours de soins : Tout assuré social ou ayant-droit âgé de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant, qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste. Celui-ci centralise les informations sur son patient et l'orientera vers un spécialiste au besoin. Cette démarche assure un remboursement optimal des soins médicaux. A condition d'avoir déclaré un médecin traitant, il est possible de consulter directement certains spécialistes sans recourir à une prescription préalable du médecin traitant. Il s'agit des médecins exerçant les spécialités suivantes : l'Ophthalmologie, la Gynécologie, la Psychiatrie et Neuro Psychiatrie jusqu'à 25 ans, le Dentaire (sauf stomatologie dans certains cas) et la Pédiatrie pour les enfants de moins de 16 ans. Le patient qui décide de recourir à des soins ou à des professionnels de santé en s'abstenant de solliciter son médecin traitant, lorsque la réglementation l'impose, s'expose à une baisse de ses remboursements par son Régime Obligatoire et par le présent contrat.

Plafond annuel de remboursement : Seuil limite annuel de la prise en charge par la Mutuelle d'une dépense pour un type d'acte. Le plafond s'entend par année d'assurance, et ne peut être ni reporté ni cumulé d'une année sur l'autre. Il est précisé que pour la 1^{ère} année d'assurance, le calcul est effectué par mois en déterminant le plafond mensuel au prorata du plafond annuel.

Régime obligatoire (RO) : C'est le régime obligatoire d'assurance maladie de Sécurité sociale Française dont relève l'adhérent ou l'assuré.

Ticket modérateur : Différence entre les tarifs de base (TC, TA, BR, TR) pris en compte par le régime obligatoire et le remboursement effectué par ce dernier.

Verres optiques correcteurs : Dispositifs médicaux visant à corriger un défaut de la vision. Les verres correcteurs sont définis comme suit :

Verre simple : verre simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00

Verre complexe : verre simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 ou dont le cylindre est supérieur à 4,00 et verre multifocal ou progressif.

Verre hypercomplexe : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 ou verre multifocal ou progressif sphérique dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00.

Vous : Désigne l'Adhérent.

PREAMBULE

Chaque adhésion est régie par les dispositions qui figurent dans les documents remis et par le code de la Mutualité et notamment son livre II. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'Association **ACTIOM**, la langue française est la langue utilisée pendant toute la durée de l'adhésion,

Les documents remis sont les suivants :

La Notice d'information qui définit les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Cette notice précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'appel de cotisation valant certificat d'adhésion en réponse à la demande d'adhésion qui précise l'ensemble des éléments individualisant l'adhésion au contrat. Il mentionne notamment le nom de l'adhérent et des personnes assurées, la date d'effet de la garantie, la formule de garantie souscrite, la date d'échéance, le montant de la cotisation à la date d'effet de la garantie.

Le tableau des garanties qui précise les dépenses de santé couvertes et le montant de la prestation correspondante.

ART.1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat **ACTIOM MCMS** a pour objet de permettre à l'adhérent de bénéficier, durant la période de validité de son adhésion, du remboursement de ses dépenses de santé suite à maladie, accident ou hospitalisation. Cette garantie peut être étendue au conjoint de l'adhérent et aux enfants à charge, tels que définis dans le Lexique du présent contrat.

ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

Garanties « contrat solidaire » :

L'accès au contrat et à ses garanties est acquis quel que soit l'état de santé de l'adhérent, qui n'aura pas à répondre à un questionnaire de santé.

Garanties « contrat responsable » :

Les différentes formules de garantie santé du contrat respectent l'ensemble des dispositions fixées par les articles L.871-1 et R.871-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale et leurs textes d'application, tels qu'issus des modifications introduites par l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014 et le décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

A ce titre, conformément à la législation en vigueur relative aux « contrats responsables », les différentes formules de garantie prennent en charge :

- L'intégralité de la participation des assurés (c'est-à-dire du ticket modérateur) définie à l'article R.160-5 du Code de la sécurité sociale, à l'exception de celle due au titre des prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, sauf si la prise en charge est expressément prévue dans la formule de garantie souscrite.
- Est également prise en charge, la participation forfaitaire de 18 euros prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale.
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la sécurité sociale sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

- Les dépenses d'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, dans le respect des minima et maxima (qui dépendent de la nature des verres) fixés par la législation, incluant le montant du ticket modérateur. **Pour l'application des maxima, la prise en charge des montures de l'équipement est limitée à 150 euros maximum.**

Les montants des prestations assurées au titre de la garantie « Optique » figurent dans les conditions particulières du présent contrat.

La garantie « Optique » s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de prise en charge de deux ans. Toutefois, pour les enfants mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an. La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par l'organisme assureur complémentaire.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.

Ces périodes s'apprécient à compter de la date d'acquisition du premier élément d'équipement optique (verre ou monture) et s'achèvent deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

Lorsque l'assuré effectue des demandes de remboursement de son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période pendant laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé est identique : elle débute à la date d'acquisition du premier élément d'équipement optique (verre ou monture) et s'achève deux ans après (ou un an après s'agissant des enfants mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

Le reliquat de prestations non utilisé ne peut faire l'objet d'un report sur la période suivante.

En cas d'évolutions législatives et réglementaires relatives au « contrat responsable », les parties s'engagent à adapter le présent contrat par voie d'avenant ou le cas échéant selon les modalités

prévues par la législation en vigueur (cf. notamment article L221-5-III du Code de la Mutualité).

ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Sont assurables les adhérents TNS à **ACTIOM** et par extension s'ils sont désignés sur le Certificat d'adhésion, leur conjoint, et leurs enfants à charge tels que définis dans le Lexique du présent contrat.

Pour adhérer au contrat, il faut :

- **Etre assujetti à un Régime Obligatoire, en tant qu'assuré social ou ayant-droit,**
- **Que l'adhérent soit âgé au moins de 18 ans**
- **Respecter l'âge limite d'adhésion, à savoir 90 ans pour toutes les options proposées**

Ces conditions et en particulier celle relative à l'âge limite d'adhésion s'appliquent également pour l'assuré conjoint. En cas d'enfant(s) à charge, il(s) devra(devront) être désigné(s) sur la demande d'adhésion.

ART.4 - EFFET, DUREE ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année (*échéance principale*) sauf dénonciation par vous, nous, ou le souscripteur du contrat dans les conditions mentionnées à l'article 13 : « ART.13 – Résiliation ».

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois.

ART.5 - CONCLUSION, PRISE D'EFFET, DELAI D'ATTENTE

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'*adhérent* et la Mutuelle.

La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

La garantie prend effet à compter de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Délai d'attente

Un délai d'attente de 6 mois pour le Niveau 250 et de 9 mois pour le Niveau 300 est appliqué pour les montants excédant 300€ pour les implants.

Le délai d'attente ne saurait toutefois faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en cas d'application de ce délai, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées. Les remboursements de la Mutuelle peuvent donc être inférieurs à ceux mentionnés dans le tableau des prestations.

ART.6 - TERRITORIALITE

La garantie du contrat s'exerce en France Métropolitaine et en Martinique, en Guadeloupe, à St Martin, à St Barthélemy, en Guyane, à la Réunion et à Mayotte. Elle s'étend aux accidents, maladies et hospitalisations survenus à l'étranger lorsque le régime de base de l'assuré s'applique.

ART.7 - LES EXCLUSIONS ET LES LIMITATIONS

7.1 Les exclusions générales

Conformément aux règles des « contrats responsables » fixées à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;
- les franchises médicales mentionnées à l'article L.160-13 III du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;

- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale;
- la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

7 - 2 - Les autres exclusions générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais et/ou hospitalisation engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les frais et/ou hospitalisation engendrés par les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record,
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie de l'assuré,
- d'un acte intentionnel de la part de l'assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente,
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense),
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

7 - 3 - Les exclusions relatives à la nature de l'établissement ou du service.

- Ne donnent pas lieu à indemnisation les frais engagés et / ou hospitalisation pour le séjour dans les établissements ou services suivants :
- Hélio-marins ou de thalasso-thérapie,

- les hospitalisations et séjours en établissement, centre ou service dit de long séjour.
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.
- les séjours et frais relatifs aux établissements de post cure, les centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CCAA) ainsi que les centres d'accueil et d'Accompagnement à la Rééducation de Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)
- les frais ou séjours en établissements médico-sociaux ainsi que les Lits Halte Soins Santé (LHSS),

7 - 4 - Les exclusions applicables aux hospitalisations et traitements suivants :

Ne donnent pas lieu à indemnisation :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de PAVILLON PREVOYANCE, indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du Régime Obligatoire de l'assuré,
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique,
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites.

Toutefois, les exclusions mentionnées aux articles 9.2 à 9.4 ci-dessus ne sauraient faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en tout état de cause, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

7.5 – Limitations

Hospitalisations en secteur non conventionné

Pour les hospitalisations en secteur non conventionné, la limite des remboursements est fixée à 100% du tarif de convention.

Forfait journalier

Le forfait journalier des unités ou Centre de soins de longue durée art. 174-6 CSS et Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux art. L312-1 CASF (MAS, EPHAD...) n'est pas remboursé par la Mutuelle.

Chambre particulière

La chambre particulière est limitée à 60 jours / an pour les établissements ou service dits de moyen séjour, et 30 jours / an pour les établissements et services de psychiatrie Pour le lit accompagnant, un maximum de 10 jours continus ou discontinus par an est appliqué pour un bénéficiaire de moins de 16 ans.

Optique :

Le remboursement des lunettes par la mutuelle est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans.

Par dérogation :

- la prise en charge est annuelle en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs
- la prise en charge possible de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin.

Le décompte du délai débute à la date d'acquisition du premier élément d'équipement optique (verre ou monture). La définition des verres est celle prévue par le contrat responsable. Les garanties de la Mutuelle respectent les plafonds et les planchers du contrat responsable.

Plafond dentaire :

Le remboursement est limité au plafond global par année civile et par bénéficiaire pour les prothèses et les implants correspondant au montant indiqué dans le tableau de garanties selon l'option choisie.

Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements s'effectueront sur la base de 100% du ticket modérateur tant pour les soins dentaires que pour les autres postes dentaires (prothèses dentaires, inlay core, orthodontie)

Forfait naissance ou adoption :

Cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau-né est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat du père ou de la mère (l'enfant ne pouvant en aucun cas être rattaché à deux contrats), la demande d'inscription doit être formulée dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption. En cas de naissances multiples, la prime de naissance ne sera que doublée.

ART.8 - VOS DECLARATIONS

8.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des options de garantie proposées dans le cadre du contrat **ACTION MCMS**

vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'informations concernant la situation personnelle des personnes à assurer.

Ces déclarations seront reprises sur votre appel de cotisations valant certificat d'adhésion et servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

8.2 - En cours d'adhésion

Vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion,
- les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un Régime Obligatoire,
- les changements de domicile ou la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine.

L'adhérent s'engage à informer la Mutuelle par écrit dès qu'il change de profession, au plus tard dans les 3 mois suivant l'événement.

Pour tout nouvel assuré à prendre en compte dans le cadre de son adhésion, l'adhérent devra en faire la demande auprès de PAVILLON PREVOYANCE. Les conditions d'accès à l'assurance seront les mêmes que celles définies pour l'adhérent et ses éventuels assurés lors de l'adhésion.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, faite lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion, entraîne l'application suivant les cas, des articles L.221-14 (nullité de l'adhésion) et L.221-15 (réduction des indemnités) du Code de la Mutualité.

8.3 - Les autres documents à nous transmettre

Pour vous apporter la qualité de service attendue concernant la gestion de votre adhésion et notamment celles relatives au remboursement des frais de santé et au paiement de vos cotisations, certaines informations complémentaires ou documents vous seront également demandés.

8.4 - Validité de vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à **PAVILLON PREVOYANCE** par écrit, ou à défaut, confirmées par

lui-même dans un document écrit lorsque vous l'aurez informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire **PAVILLON PREVOYANCE** en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART.9 - VOS COTISATIONS

9.1 - La base de calcul et le montant des cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de la cotisation est mentionné sur le certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de la formule de garantie choisie, de l'âge, du lieu de résidence, et des modalités de prise en charge et bases de remboursement en vigueur du régime obligatoire lors de la prise d'effet des garanties.

Pour la détermination du montant de la cotisation, l'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année de l'adhésion et l'année de naissance.

En cours d'adhésion :

En cours d'adhésion, les cotisations évoluent lors de chaque renouvellement annuel selon l'âge atteint (Il est rappelé que l'âge tant de l'adhérent que de l'assuré est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours considérée et l'année de naissance).

En cas d'ajout d'un nouvel assuré la cotisation en vigueur est augmentée du montant de la cotisation respective lors de la prise d'effet de sa garantie. Le montant de la cotisation sera mentionné sur le nouveau certificat d'adhésion ou sur l'avenant correspondant.

La cotisation peut évoluer en cas de changement de Régime Obligatoire.

La cotisation peut évoluer en cas de changement de domicile dès qu'il y a changement de zone géographique tarifaire.

9.2- La variation des cotisations

Lors de chaque échéance principale, la cotisation, en dehors de la variation prévue en fonction de l'âge évoquée ci-dessus, sera réévaluée au minimum par référence à l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.

Elle pourra également évoluer immédiatement et automatiquement ou alors à l'échéance principale en cas de modification des conditions de remboursements (et / ou des remboursements pris en charge par le Régime Obligatoire), modification matérialisée par la

signature d'un avenant entre la Contractante et la Mutuelle.

Enfin, elle pourra évoluer en cas de modification des taux des impôts et taxes inhérents aux cotisations tels qu'ils étaient fixés à l'adhésion ou lors de la précédente modification déjà intervenue.

9.3 - Le paiement des cotisations

La cotisation est annuelle. Elle est payable mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance auprès de la Mutuelle ou son délégataire. Les modalités convenues pour le paiement de la cotisation (périodicité et mode de règlement) sont mentionnées sur le certificat d'adhésion.

Conformément à l'article 6 de la loi n°89 1009 du 31 décembre 1989, toute majoration de tarif devra être uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents souscrivant ce type de garantie.

La Mutuelle proposera à la Contractante la majoration. En cas d'acceptation, un avenant à la présente convention devra être émis et les adhérents en seront informés deux mois avant l'entrée en vigueur de cette majoration tarifaire.

Au cas où cette majoration tarifaire ne serait pas acceptée par l'adhérent, celui-ci pourra résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à **PAVILLON PREVOYANCE** dans le délai de 1 mois à compter de la réception de cette information relative à la majoration tarifaire.

9.4 – Le non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions de l'article L.221-8 II du Code de la Mutualité, l'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du contrat.

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

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours précité, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion de la garantie définie au certificat d'adhésion ou au contrat. Les coûts d'établissement et d'envoi de la lettre de mise en demeure sont à la charge de l'adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement

ART.10 - LA MODIFICATION ET LA CESSATION DE VOS GARANTIES

L'adhérent peut modifier ses garanties à chaque date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion sous réserve d'en effectuer la demande au moins deux mois avant cette date, et sous réserve de respecter les limites d'âge d'accès aux garanties fixées dans la notice d'information.

Les garanties prennent fin :

- lorsque l'assuré ne répond plus aux définitions de l'article 3
- en cas de résiliation de l'adhésion quelle qu'en soit la cause.
-

ART.11 - QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

11 – 1 GARANTIE SANTÉ

Les prestations de la Mutuelle, telles que prévues au sens du présent contrat, interviennent sur les dépenses de santé engagées par l'assuré, pour des actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux prescrits entre les dates de début et de fin de sa garantie, pour autant que ceux-ci soient expressément mentionnés sur le tableau des garanties annexé au certificat d'adhésion pour la formule de garantie retenue, dans la limite des montants qui sont indiqués.

Les actes, produits, et matériels médicaux ou chirurgicaux non mentionnés dans le tableau des garanties pour la formule de garantie choisie ne peuvent donner lieu à prestations de la part de la Mutuelle.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 Décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la Mutualité, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent ou de l'assuré, après les remboursements de toutes natures 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, l'adhérent ou l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant auprès de l'organisme de son choix.

La justification des frais engagés pour les dépenses garanties s'effectue sur les bases suivantes :

Frais faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire :

Le montant est celui, tel qu'il figure :

- Dans le fichier télétransmis par le centre de paiement à **PAVILLON PREVOYANCE** (Procédure de télétransmission avec la caisse obligatoire)
- Ou sur les originaux de la feuille de soins ou le bordereau de remboursement établi par le centre de traitement.
- Et lorsque les frais ont fait l'objet d'une prise en charge par un précédent régime complémentaire, le décompte de remboursement original de ce dernier.

Frais ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire (s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion) :

Le montant est celui figurant sur les factures des professionnels de santé.

La date prise en compte pour la prise en charge des dépenses de santé garanties est celle qui correspond :

- A la date des soins figurant sur le bordereau de remboursement du Régime Obligatoire (ou dans le fichier informatique communiqué par celui-ci);
- Aux dates de prescription, de proposition, d'exécution et de délivrance pour les frais et actes non pris en charge par le Régime Obligatoire. En tout état de cause, les dates de proposition, d'exécution et de délivrance doivent se situer dans la période de garantie.

Lorsque la prestation garantie est exprimée sous la forme « par an », « par année », ou « forfait annuel », elle s'entend par année d'assurance, selon la définition qui en est précisée au lexique ci-après du présent contrat.

Pour le remboursement des frais relatifs aux actes et biens médicaux, la Mutuelle se conforme aux dispositions de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), de la Classification commune des Actes Médicaux (CCAM), de la Liste des Produits et Prestations (LPP) et de la Table Nationale de Biologie (TNB).

A l'exception des cas où la Mutuelle règle directement au professionnel de santé les dépenses engagées, le remboursement des dépenses est toujours établi à l'ordre de l'adhérent pour l'ensemble des assurés et

effectué en France dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Seuls les soins engagés après l'admission d'un assuré dans l'assurance et avant sa radiation peuvent faire l'objet d'un remboursement. Les soins engagés après la radiation d'un assuré ne sont jamais remboursés même s'ils résultent d'un événement antérieur à la radiation.

Certains frais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent faire l'objet d'un remboursement de la part de la Mutuelle, s'ils sont prévus dans le tableau des garanties joint au certificat d'adhésion.

11 – 2 GARANTIE PROCUREE PAR UN AUTRE ORGANISME

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la mutualité, les membres participants sont obligatoirement affiliés au contrat d'assurance de groupe d'Assistance souscrit par la Mutuelle auprès de EUROPE ASSISTANCE (Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances.) octroyant aux assurés un ensemble de services d'assistance santé pour autant que le tableau des garanties correspondant à la formule souscrite le prévoit.

En qualité de souscripteur du contrat, la Mutuelle remet à chaque membre participant la notice d'information relative à celui-ci établie par EUROPE ASSISTANCE.

Conformément au mandat qui lui est donné par EUROPE ASSISTANCE, la Mutuelle encaisse auprès de ses membres participants la part de cotisation relative à cette garantie et la reverse à EUROPE ASSISTANCE

EUROPE ASSISTANCE est seule responsable des garanties délivrées au titre de ce contrat.

ART.12 - COMMENT OBTENIR LE REGLEMENT DE VOS PRESTATIONS

LES DOCUMENTS A TRANSMETTRE

Lorsque l'assuré ne bénéficie pas de la télétransmission avec son régime de base, ou que la Mutuelle ou son délégataire n'ont pas effectué le règlement des frais directement au professionnel de santé, les documents à transmettre à la Mutuelle ou son délégataire sont les suivants :

L'hospitalisation : l'original du décompte du régime de base ou les originaux des factures acquittées de l'établissement hospitalier et les notes d'honoraires des chirurgiens présentant la cotation détaillée des actes.

La médecine courante, la pharmacie, les frais de transport, les prothèses et les appareillages (les

prothèses auditives, les prothèses orthopédiques) : l'original du décompte du régime de base et la facture acquittée du professionnel de santé.

L'automédication : l'original de la facture du pharmacien mentionnant les dates d'achat, le nom des produits, le bénéficiaire des fournitures, et le montant.

Le dentaire : l'original du décompte du régime de base. Pour les prothèses, l'orthodontie, et les frais non remboursés par le Régime Obligatoire, l'original de la facture détaillée acquittée de tous les actes.

Le forfait dentaire : l'original de la facture du praticien mentionnant le libellé de l'acte réalisé, la date des soins, le nom et prénom du bénéficiaire, le montant acquitté.

L'optique : l'original du décompte du régime de base ou la facture détaillée acquittée établie par l'opticien.

La pharmacie non remboursée : l'original de la facture du pharmacien mentionnant les dates d'achat, le nom des produits, le bénéficiaire des fournitures, et le montant.

Les vaccins prescrits mais non remboursés : la copie de l'ordonnance du praticien et l'original de la facture du pharmacien.

Le sevrage tabagique : la facture du pharmacien mentionnant le nom et prénom du bénéficiaire, la date d'achat, le libellé du substitut nicotinique (hors cigarette électronique et ses recharges), le montant réglé.

La prévention : la prescription médicale et la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

La Médecine douce ou le praticien de Santé non remboursé par le RO : la note d'honoraires ou la facture détaillée justifiant la dépense réelle.

L'ostéodensitométrie : l'original de la facture du praticien mentionnant le libellé de l'acte réalisé, la date des soins, le nom et prénom du bénéficiaire, le montant acquitté.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, **PAVILLON PREVOYANCE** pourra être amené à demander aux assurés des pièces complémentaires à celles énumérées ci-dessus.

Les demandes de remboursements ou de prestations quelle que soit leur nature doivent parvenir à PAVILLON PREVOYANCE dans un délai de deux ans suivant la date de cessation des soins.

CONTRÔLE DES DÉPENSES - CONTRÔLE MÉDICAL

PAVILLON PREVOYANCE et la Mutuelle se réservent la possibilité de demander aux assurés tous renseignements ou documents dont ils jugeraient utile

de disposer pour l'appréciation du droit aux prestations. Si ces documents ont un caractère médical, l'assuré doit les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de **PAVILLON PREVOYANCE**.

De même, ils peuvent demander à l'assuré de se soumettre à un examen auprès du médecin de leur choix qu'ils lui auront alors désigné.

L'assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, sous peine d'être déchu du droit aux prestations pour l'accident ou la maladie en cause.

ARBITRAGE

En cas de désaccord d'ordre médical avec l'assuré, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3^e médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3^e médecin et des frais de sa nomination.

DISPOSITIONS RELATIVES AU TIERS PAYANT ET A LA TELETRANSMISSION

Dans le cas où l'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit, s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent contrat leur permet de bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

A cette fin, une carte de tiers payant est délivrée à l'adhérent par PAVILLON PREVOYANCE lors de la mise en place des garanties afin de permettre aux assurés la dispense d'avance de frais auprès des professionnels de santé concernés.

L'utilisation de la carte de tiers payant n'est acquise, sous peine de poursuites, que si l'adhérent est à jour de ses cotisations au jour de l'utilisation de ladite carte. En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant, **PAVILLON PREVOYANCE** pourra demander à l'adhérent le remboursement des sommes exposées auprès des professionnels de santé consultés.

L'adhérent qui cesse pour quelque raison que ce soit de bénéficier des garanties s'engage à restituer immédiatement sa carte en cours de validité.

La télétransmission : Les assurés relevant d'un régime obligatoire Maladie peuvent demander à bénéficier de la télétransmission informatique de leurs

décomptes de prestations de soins à PAVILLON PREVOYANCE. Ce service permet d'effectuer le traitement des prestations complémentaires à celles versées par le Régime Obligatoire, et d'en adresser le règlement à l'adhérent. Les assurés s'évitent ainsi l'envoi des décomptes papiers (sous réserves de la présence sur le décompte de la mention « copie transmise pour information à votre organisme complémentaire »). Cette liaison est réalisée pour chacune des personnes assurées à réception de la copie de l'attestation papier d'assuré social délivrée avec sa carte VITALE.

Le dysfonctionnement dans les liaisons avec le centre de gestion du Régime Obligatoire de l'assuré peut affecter le bon fonctionnement de service, qui ne pourra être attribué à PAVILLON PREVOYANCE, et constituer pour l'assuré, un motif valable pour formuler une demande de résiliation hors échéance.

La Mutuelle se réserve le droit de récupérer auprès de l'adhérent toute somme indûment versée du fait de la non-observation de ces dispositions.

ART.13 - RESILIATION

L'adhésion peut être résiliée :

PAR L'ADHÉRENT :

A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) moyennant un préavis de deux mois au moins, puis ensuite à chaque échéance principale fixée au 1er janvier moyennant un préavis de deux mois au moins (Art. L221-10 du code de la Mutualité) en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception.

Ces dispositions s'appliquent également en cas de radiation d'un assuré

IMPORTANT : Ce contrat n'est pas concerné par la loi 2005-67 du 28/01/2005 (dite Loi CHATEL).

L'adhérent peut également résilier son adhésion en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception en cas de modifications apportées à ses droits et obligations dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice d'information, conformément à l'article 4 du présent contrat.

DE PLEIN DROIT :

En cas de retrait de l'agrément de la Mutuelle conformément à la législation en vigueur.

CONTRACTUELLEMENT :

En cas de perte de la qualité d'assuré social de l'adhérent, l'adhésion sera résiliée. Les autres assurés

peuvent demander à adhérer au présent contrat dans les conditions fixées à l'article 15 de ce même contrat.

En cas de non-paiement des cotisations dans les conditions précisées à l'article 9-4 de la présente notice d'information.

L'adhésion prend également fin en cas de résiliation du contrat collectif. Si tel était le cas, la Contractante s'engage à en informer chaque adhérent au moins deux mois avant l'échéance.

Les modalités de la résiliation

- Par l'Adhérent

La résiliation par l'adhérent doit être effectuée par courrier recommandé avec accusé de réception et adressée au siège de **PAVILLON PREVOYANCE**, situé : 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX

- Par la Mutuelle

La résiliation par la Mutuelle sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

En cas de résiliation, quelle qu'en soit la cause, l'adhérent est tenu de restituer à PAVILLON PREVOYANCE les originaux des cartes de tiers payant en cours de validité.

Les conséquences de la résiliation

Lorsque l'adhésion est résiliée, les prestations ne sont dues que pour les soins et traitements administrés avant la prise d'effet de la résiliation.

La résiliation met un terme à l'ensemble des garanties souscrites, pour l'ensemble des assurés.

Après résiliation de l'adhésion, l'assuré ne pourra demander une nouvelle adhésion qu'après un délai de 2 ans à compter de la résiliation.

ART.14 – DROIT A RENONCIATION

14.1 Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre au présent contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature de la demande d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

Pour ce faire, il doit adresser à :

**PAVILLON PREVOYANCE, situé : 90 Avenue Thiers
CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX**

une lettre recommandée avec avis de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (*nom, prénom*), demeurant (*adresse complète*), vous notifie par la présente renoncer à ma Demande d'Adhésion au contrat **ACTIONM MCMS** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature de la Demande d'Adhésion*).

Le (*date et signature*) ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu au premier alinéa met fin à l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée mentionnée au même alinéa. Dès lors qu'il a connaissance de la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser à l'adhérent le solde au plus tard dans les trente jours suivant la date de fin d'adhésion. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la mutuelle si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

14.2 Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, au présent contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a .

Pour ce faire, il doit adresser à :

**PAVILLON PREVOYANCE, situé : 90 Avenue Thiers
CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX**

une lettre recommandée avec avis de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné (*nom, prénom*), demeurant (*adresse complète*), vous notifie par la présente renoncer à ma Demande d'Adhésion au contrat **ACTIONM MCMS** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature de la Demande d'Adhésion*).

Le (*date et signature*) ».

L'adhésion au contrat ne peut recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme de ce délai de renonciation sauf demande expresse de l'adhérent. Lorsque celui-ci exerce son droit de renonciation, il ne peut être tenu qu'au paiement d'une cotisation égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet de l'adhésion et la date de réception sa demande de renonciation, à l'exclusion de toute pénalité.

En cas de renonciation, la Mutuelle rembourse à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du montant mentionné à l'alinéa précédent. Ce délai commence à courir le jour où la Mutuelle reçoit notification par l'adhérent de sa volonté de renoncer.

L'adhérent restitue à la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçus de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhérent communique à la Mutuelle sa volonté de renoncer.

ART.15 – PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L.221-11 du code de la Mutualité, toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

ART.16 - SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la Mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L.224-8 du même Code, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des assurés contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut prétendre au remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques

ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice. En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer ce droit de subrogation, l'adhérent ou ses ayants droit s'engage(nt) à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ART.17 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite « Informatique et libertés », modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, le responsable du traitement des données personnelles est **PAVILLON PREVOYANCE**. Les droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée peuvent être exercés auprès du Service Clients de **PAVILLON PREVOYANCE**, situé : 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX Les données personnelles recueillies seront utilisées par **PAVILLON PREVOYANCE** destinataire, avec ses mandataires, l'association **ACTION**, la Mutuelle et son réassureur, de l'information, pour :

-le traitement du dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel,

-l'envoi de documents sur les produits proposés par la Mutuelle.

Si l'adhérent ne souhaite pas être sollicité, il lui suffit de le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier.

ART.18 - LES RECLAMATIONS - LA MEDIATION

Pour toute réclamation relative à la gestion du présent contrat, les cotisations ou encore les prestations, l'adhérent (ou l'assuré) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

S'il rencontre des difficultés liées à l'application du contrat, il peut formuler une réclamation ou signifier son désaccord, par courrier simple adressé à : **PAVILLON PREVOYANCE**, situé : 90 Avenue Thiers CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX

Si un différend persistait après la réponse apportée, il aurait la faculté de demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les coordonnées du Médiateur seront communiquées sur simple demande au siège social de La Mutuelle de l'Île de la Cité- 37/39 rue de l'Amiral Mouchez – 75013 PARIS.

Après avoir été saisi du litige, le médiateur recueille les informations qui lui sont nécessaires pour instruire le dossier et rend un avis dans un délai de trois mois. Cet avis ne s'impose ni à l'adhérent (ou à l'assuré) ni à la Mutuelle qui conservent tous les deux le droit de saisir le tribunal.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction que ce soit par l'adhérent (ou l'assuré) ou la Mutuelle.

ART.19 - AUTORITE DE TUTELLE

Le contrôle de la Mutuelle est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

61, rue Taitbout – 75436 Paris Cedex 09 (France).

TABLEAU DES GARANTIES DU CONTRAT ACTION MCMS

Les différentes formules du contrat ACTION MCMS respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit "Responsable", dont notamment, le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et les plafonds prévus en cas de dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux n'ayant pas souscrit à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO).

Les prestations exprimées en pourcentage se réfèrent aux Bases de Remboursement de la Sécurité sociale (BR), et incluent la participation du Régime Obligatoire (RO). L'ensemble des prestations s'entendent dans la limite des frais réellement engagés. Pour le secteur non conventionné, la base de remboursement retenue est le Tarif d'Autorité.

Des limitations aux remboursements de la Mutuelle sont applicables en cas d'application des exclusions visées aux articles 7-2 à 7.4 de la présente Notice d'information : se reporter au renvoi (8) en bas de ce tableau.

		Niveau 100	Niveau 150	Niveau 250	Niveau 300
Hospitalisation (1)					
Honoraires médicaux / chirurgicaux	OPTAM - OPTAM CO *	100% BR	150% BR	250% BR	300% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	200% BR	200% BR
Participation forfaitaire de 18 €		frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Frais de séjours		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Forfait journalier hospitalier (2)		frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Chambre particulière (3)		-	45€/jour	75€/jour	90€/jour
Chambre ambulatoire		-	20€/jour	25€/jour	30€/jour
Lit accompagnant (4)		-	30€/jour	30€/jour	30€/jour
Transport en véhicule sanitaire et ambulance		100% BR	100% BR	150% BR	200% BR
Médecine courante					
Consultation -visite généralistes / Spécialistes	OPTAM - OPTAM CO *	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Actes techniques médicaux, petites interventions chirurgicales (hors hospitalisation)	OPTAM - OPTAM CO *	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	180% BR	200% BR
Radiologie, imagerie, échographie	OPTAM - OPTAM CO *	100% BR	150% BR	180% BR	200% BR
	Hors OPTAM - Hors OPTAM CO *	100% BR	130% BR	160% BR	180% BR
Participation forfaitaire de 18 €		frais réels	frais réels	frais réels	frais réels
Analyses		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Auxiliaires médicaux		100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Pharmacie					
Médicaments remboursés à 65% et 30% par le RO		100 % BR	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments remboursés à 15% par le RO		-	100% BR	100% BR	100% BR
Médicaments prescrits non remboursés		-	-	100€/an	200€/an
Optique					
Forfait Lunettes (5) : Montant en complément RO					
Equipement avec verres simples		140 €	195 €	260 €	325 €
Equipement avec 1 verre simple et 1 verre complexe ou hypercomplexe		170 €	235 €	305 €	425 €
Equipement avec verres complexes et/ou hypercomplexes		200 €	275 €	350 €	525 €
<i>dont maximum pour la monture</i>		40 €	75 €	100 €	125 €
Lentilles y/c non remboursées		100% BR	100% BR + 75€/an	100% BR + 100€/an	100% BR + 150€/an
Chirurgie de l'œil (par œil)		-	100€/an	150€/an	300€/an

Dentaire				
Consultations, Soins dentaires, chirurgie dentaire	150% BR	200% BR	300% BR	300% BR
Prothèses remboursées	150% BR	200% BR	300% BR	350% BR
Orthodontie	150% BR	200% BR	250% BR	300% BR
Prothèses dentaires non remboursées, implants	-	300€/an	400€/an	500€/an
Plafond de remboursement par an et par bénéficiaire pour l'ensemble du poste dentaire : année 1 / année 2 et suivantes (6)	500 € /500€	1000€ /1200€	1500€ /1800€	2000€ /2400€
Orthopédie / Appareillages				
Orthopédie	100% BR	150% BR	200% BR	300% BR
Appareils auditifs	100% BR	150% BR	200% BR+200€/an	300% BR+300€/an
Autres appareillages, semelles, orthèses	100% BR	150% BR	200% BR	250% BR
Bien-être				
Médecine douce : Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie, étioopathie, homéopathie, réflexologie	-	2 x 30€ /an et par bénéficiaire	4 x 30€ /an et par bénéficiaire	5 x 30€ /an et par bénéficiaire
Cures Thermales	100% BR	100% BR +100€/an	100% BR+150€/an	100% BR+200€/an
Réseau de soins partenaire	Itelis	Itelis	Itelis	Itelis
Prévention : ensemble des actes de prévention prévus dans le cadre du contrat responsable et remboursés par le RO	100% BR	100% BR	100% BR	100% BR
Forfait Naissance (7)	-	150 €	200 €	300 €
Assistance Santé (Garantie par Europ Assistance)	OUI	OUI	OUI	OUI

* OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ; OPTAM -CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

** Hors OPTAM - Hors OPTAM-CO : lorsque le praticien n'adhère pas à une option de Pratique Tarifaire Maîtrisée ou Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée applicable aux spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique

(1) Pour les hospitalisations en secteur non conventionné la limite des remboursements est fixée à 100% du tarif de convention

(2) le forfait journalier des unités ou Centre de soins de longue durée art. 174-6 CSS et Etablissements et Services sociaux et médico-sociaux art. L312-1 CASF (MAS, EPHAD,) n'est pas remboursé par la Mutuelle

(3) La chambre particulière est limitée à 60 jours / an pour les établissements ou service dits de moyen séjour, et 30 jours / an pour les établissements et services de psychiatrie

(4) Maximum de 10 jours continus ou discontinus par an pour un bénéficiaire de moins de 16 ans

(5) Le remboursement des lunettes par la mutuelle est limité à un équipement (2 verres + 1 monture) par période de 2 ans. Par dérogation i) la prise en charge est annuelle en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs ii) prise en charge possible de 2 équipements sur une période de 2 ans pour les personnes qui souhaitent un équipement de près et un équipement de loin. Le décompte du délai débute à la date d'acquisition du premier élément d'équipement optique (verre ou monture). La définition des verres est celle prévue par le contrat responsable. Les garanties de la Mutuelle respectent les plafonds et les planchers du contrat responsable.

(6) Plafond dentaire : Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements s'effectueraient sur la base de 100% du ticket modérateur tant pour les soins dentaires que pour les autres postes dentaires (prothèses dentaires, inlay core, orthodontie. Pour les implants, un délai d'attente de 6 mois pour le Niveau 250 et de 9 mois pour le Niveau 300 est appliqué pour les montants excédant 300€.

(7) Forfait naissance ou adoption : cette prestation est versée dès lors que l'enfant nouveau -né est mentionné comme assuré dans le cadre de l'adhésion au contrat du père ou de la mère (l'enfant ne pouvant en aucun cas être rattaché à deux contrats), la demande d'inscription doit être formulée dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption. En cas de naissances multiples, la prime de naissance ne sera que doublée.

(8) Les exclusions mentionnées aux articles 9.2 à 9.4 du présent contrat et les délais d'attente ne sauraient faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en tout état de cause, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées. Les remboursements de la Mutuelle peuvent donc être inférieurs à ceux mentionnés dans le tableau des prestations