



MUTUELLE DU PERSONNEL BPS

Soumise aux dispositions du Livre II du Code de La Mutualité
Immatriculation au Registre National des Mutuelles sous le n° 442 634 564
38, BOULEVARD GEORGES CLEMENCEAU 66966 PERPIGNAN CEDEX 09

REGLEMENT MUTUALISTE

Valant Notice d'Information (Art.L221-6 du code de la Mutualité)

PRÉAMBULE

Le Règlement Mutualiste détermine les engagements contractuels existants entre chaque Membre Participant ou Honoraire tel que défini au TITRE I Chapitre 2 Art 5 des Statuts de la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il est adopté par le Conseil d'Administration dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale. Toute modification du présent règlement doit être portée à la connaissance de la BPS, des Membres Participants ou Honoraires (Art L. 221-5 du Code de la Mutualité) selon les modalités prévues au TITRE II Chapitre 2 Art 40 des Statuts.

Art.1 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le bénéfice des prestations de la Mutuelle est acquis :

- **Pour les salariés de la BPS et du CSE BPS** et leurs enfants affiliés obligatoirement*, au jour de leur embauche par la BPS ou son CSE.
- **Pour les anciens salariés** qui demandent à bénéficier des dispositions de maintien de garantie dans le cadre de :
 - L'ANI : le lendemain de la cessation du contrat de travail,
 - La loi Evin : au jour de la demande de l'adhérent et au plus tard dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail, sous réserve du respect des modalités prévues par la réglementation en vigueur.
- **Pour les ex-salariés retraités**, en application de la loi Evin, le jour de la demande d'adhésion au régime retraité et au plus tard 6 mois après la cessation de leur contrat de travail.
- Pour les bénéficiaires garantis du chef de l'adhérent décédé (*actif ou retraité*), le jour de la demande d'adhésion et au plus tard 6 mois après le décès.
- **Pour tout conjoint ou assimilé***, dont la limite d'âge pour un rattachement est fixée à 55 ans ou à la date de radiation d'une couverture complémentaire santé obligatoire dans leur entreprise, et pour leurs enfants, le 1er jour du mois suivant la demande de rattachement formulée par l'adhérent. Un certificat attestant d'une radiation de moins de 3 mois devra être fourni, à défaut les franchises suivantes seront appliquées :
 - ↳ 3 mois en optique.
 - ↳ 6 mois en dentaire, orthodontie, hospitalisations, prothèses auditives et grand appareillage.

* Définition et conditions en ANNEXE

L'adhésion à la Mutuelle se concrétise pour l'adhérent par la signature d'un bulletin d'adhésion ou de renseignement, pour le conjoint ou assimilé et/ou ses enfants par la signature conjointe d'une demande de rattachement faite par l'adhérent, signatures emportant l'acceptation des règlements et statuts.

Art.2 - COTISATIONS

Les cotisations sont dues dès la prise d'effet des garanties.

- Pour les ACTIFS les cotisations sont mensuelles, calculées en % du traitement brut temps plein et prélevées sur le bulletin de salaire.
- Pour les RETRAITES les cotisations sont annuelles, alignées sur l'année civile, calculées en % des retraites et/ou pensions déclarées par l'adhérent, et réglées mensuellement par prélèvement sur leur compte bancaire.
- Pour les anciens salariés en dispositif loi Evin, les ex bénéficiaires de l'adhérent décédé et leurs ayants droit, les cotisations sont annuelles, calculées en % des revenus de salaire, retraites et/ou pensions perçues par le nouvel adhérent, ou le cas échéant forfaitairement, et réglées mensuellement par prélèvement sur leurs comptes bancaires.

Les adhérents retraités, veufs, veuves ou assimilés signent lors de leur affiliation au régime, une autorisation de prélèvement bancaire à la mutuelle, afin qu'elle puisse procéder à l'encaissement des cotisations, ainsi qu'à la régularisation de toutes sommes dues.

Les adhérents retraités, veufs, veuves ou assimilés doivent adresser avant la fin de chaque exercice une copie de leur dernier avis d'imposition à la Mutuelle pour calcul de leur cotisation de l'exercice suivant. A défaut, les prestations peuvent être suspendues. En cas de refus, la radiation de la mutuelle sera prononcée après mise en demeure effectuée en conformité avec le code de la mutualité (Cf. Art L 221-7 du code de la mutualité).

Selon la situation familiale, le % de cotisation est différencié pour les adhérents « isolés » (*célibataire ou marié sans enfant*) et les adhérents « famille » (*célibataires ou mariés avec enfants couverts*).

Tout ACTIF ou RETRAITE a la possibilité moyennant une cotisation forfaitaire supplémentaire annuelle, prélevée mensuellement, de faire rattacher à titre facultatif son conjoint ou assimilé.

L'enfant d'un conjoint cotisant pourra être couvert, avec une tarification spécifique. Son affiliation ne peut donc être demandée que si son parent est lui-même affilié à titre facultatif.



Les taux de cotisations et les forfaits facultatifs sont détaillés dans le tableau des cotisations annexé au présent règlement. Les tarifs applicables aux retraités, aux anciens salariés et aux bénéficiaires garantis du chef de l'adhérent décédé, sont établis en conformité avec la loi Evin et les décrets en vigueur, relatifs à leur encadrement.

Les montants et taux de cotisation peuvent être révisés par le Conseil d'Administration. Ces modifications sont applicables dès qu'elles ont été notifiées à la BPS et aux adhérents (Art L114-7-1 du Code de la Mutualité).

Situation particulière :

- Si deux conjoints ou assimilés sont collaborateurs BPS ou CSE BPS, ils sont tous deux affiliés adhérents "isolés". Lorsqu'ils ont au moins un enfant affilié, le collaborateur ayant le traitement le plus élevé devient adhérent "famille".

- Le premier des deux conjoints salariés BPS ou CSE BPS faisant valoir ses droits à la retraite ou étant éligible à un autre dispositif de maintien de garantie, ne peut en aucun cas devenir bénéficiaire de son conjoint salarié BPS ou CSE. S'il devient adhérent du régime retraité, le ou les enfants affiliés seront rattachés au dernier actif, qui est ou deviendra cotisant "famille".

- De même, lorsque l'un d'entre eux se trouvant en suspension de contrat de travail non indemnisée demande à ne plus être couvert par le régime, il ne peut en aucun cas être affilié à titre facultatif en tant que bénéficiaire de son conjoint.

- Lorsque les deux conjoints ou assimilés collaborateurs BPS ou CSE seront à la retraite, la cotisation en % et éventuellement la majoration pour enfant seront appliquées à la pension de retraite la plus élevée, et la cotisation forfaitaire à l'autre conjoint.

Art.3 - SUSPENSION DES GARANTIES

Les effets de la démission, de la radiation, et de l'exclusion sont définis au TITRE I Chapitre 2 Art 11 des Statuts.

Les garanties et le droit au paiement des prestations cesse :

- Pour les salariés de la BPS et du CSE BPS, et leurs bénéficiaires*, quelle que soit leur qualité, dès la rupture du contrat de travail, ou à la fin de la période de maintien des garanties dont ils pourraient bénéficier conformément à l'accord collectif complémentaire santé de leur employeur et à la réglementation en vigueur.
- Pour les conjoints ou assimilés et leurs enfants :
 - le 1^{er} jour du mois suivant la demande de radiation formulée par l'adhérent actif ou retraité :
 - ➔ en cas de changement de situation familiale,
 - ➔ dans le trimestre suivant le passage d'un régime obligatoire de salarié à un régime non salarié,
 - ➔ dans le trimestre suivant la mise en place d'une couverture complémentaire santé obligatoire au sein de son entreprise.
 - Ou à la fin de chaque année civile, avec un préavis de 2 mois.

- Pour les adhérents retraités, les anciens salariés en dispositif Evin, et les veufs, veuves et assimilés, sous réserve des dispositions de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, à la fin de chaque année civile (date de prise d'effet de leur demande de radiation), avec un préavis de 2 mois.
- En cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'Art L.221-7 du Code de la Mutualité.

En outre et conformément à l'article L221-10-2 du code de la mutualité, les adhérents retraités, les anciens salariés et les conjoints peuvent dénoncer leur adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle ou l'union en a reçu notification par l'adhérent.

La suspension des garanties, quel que soit le cas de figure, sera notifiée individuellement et se formalisera à l'aide d'un certificat de radiation émis par la Mutuelle.

Cas de la suspension du contrat de travail des actifs :

- Suspension en raison d'une maladie, d'une maternité, d'un accident du travail ou de trajet indemnisée ou non : Les collaborateurs dont le contrat de travail est suspendu pour ces raisons, continuent à bénéficier du régime complémentaire santé, que cette période de suspension donne lieu ou non à une indemnisation par l'Assurance Maladie, par la BPS ou le régime de prévoyance groupe.

- Autre suspension donnant lieu à indemnisation : les garanties du régime sont maintenues à titre obligatoire au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu et qui bénéficient d'un revenu de remplacement versé par l'employeur pendant les périodes d'activité partielle ou toutes périodes de congé rémunéré par l'employeur telles que définies par la réglementation sociale.

- Autre suspension ne donnant pas lieu à indemnisation : Les collaborateurs absents pour un motif autre que ceux décrits ci-dessus, peuvent demander à ne plus être couverts par le régime complémentaire santé durant la période de suspension de leur contrat de travail. Cette demande doit être formalisée par écrit auprès du souscripteur qui en informe la mutuelle.

* Définition en annexe

Art.4 - PRESTATIONS

Elles sont conformes aux dispositions réglementaires régissant les contrats collectifs complémentaires santé dits « responsables » (Art. L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale).

A ce titre, le contrat permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier du mécanisme de Tiers-Payant (dispense d'avance de frais) sur les garanties souscrites au moins à hauteur de la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Dans le cadre du « 100% Santé », le tiers payant s'applique intégralement sur les paniers de soins optique, dentaire, et audio sans reste à charge, c'est à dire à hauteur des prix



MUTUELLE DU PERSONNEL de la Banque Populaire du Sud

L'ÉCHANGE, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCIÉTÉ

limites de vente et des honoraires limites de facturation définis réglementairement.

Les prestations sont définies dans le tableau des garanties annexé au présent Règlement.

Elles sont décomptées grâce à la mise en place de la télétransmission avec les organismes gestionnaires du régime obligatoire ou les organismes concentrateurs techniques des professions de santé, sauf renonciation de l'adhérent ou de ses ayants droits.

A défaut, elles sont liquidées sur présentation des pièces justificatives suivantes (*Les justificatifs dématérialisés sont acceptés : courriel, site : notre-mutuelle.fr...*):

- Décompte de prestations établi par les régimes obligatoires,
- Factures ou notes d'honoraires acquittées pour les frais et soins hospitaliers et les actes non remboursés par le régime obligatoire,
- Facture acquittée des prestations d'optique accompagnée de l'ordonnance de prescription,
- Certificat de naissance pour le forfait naissance,
- Facture acquittée de frais d'obsèques accompagnée d'un certificat de décès pour le forfait de participation funéraire.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de prestation des régimes d'assurance obligatoire. Les limites de prise en charge par périodes, prévues par le cahier des garanties, s'apprécient en fonction de la date de soin telle que définie ci-dessus.

Le paiement des prestations est effectué par virement sur le compte bancaire de l'adhérent ou du bénéficiaire.

Les adhérents et leurs ayants droits bénéficiaires de prestations, autorisent la Mutuelle à procéder par débit de leurs comptes bancaires à la régularisation de toutes sommes indues que la Mutuelle leur aurait versées. A cet effet, l'adhérent non titulaire d'un compte BPS, signera une autorisation de prélèvement à la mutuelle lors de son affiliation (*ainsi qu'à chaque changement de RIB*).

Les montants et taux de prestations peuvent être révisés par le Conseil d'Administration. Ces modifications sont applicables dès qu'elles ont été notifiées à la BPS et aux adhérents (*Art L 114-7-1 du Code de la Mutualité*).

Art.5 - ENGAGEMENTS RECIPROQUES

- L'adhérent s'engage à porter à la connaissance de la Mutuelle tous les changements susceptibles d'entraîner pour lui-même et ses bénéficiaires des modifications concernant les cotisations, les prestations, la prise d'effet ou la suspension des garanties, telles que définies aux Articles 3 et 4 du présent règlement.
- La Mutuelle s'engage à prendre en compte toutes les informations portées à sa connaissance dans les délais nécessaires au respect des engagements pris par elle et dans la plus stricte confidentialité.

ANNEXE BÉNÉFICIAIRES :

ENFANT AFFILIÉ

Sont affiliés obligatoirement les enfants du salarié jusqu'à leur 20^{ème} anniversaire (*facultatif dans le régime des retraités*).

Cette affiliation obligatoire est prorogée jusqu'au 26^{ème} anniversaire de l'enfant du salarié qui :

➔ Soit remplit l'une des conditions suivantes de "poursuite d'études" :

- suivre des études dans un établissement d'enseignement secondaire, supérieur ou professionnel et justifier d'une inscription au régime de sécurité sociale française ,
- être en apprentissage ou poursuivre une formation professionnelle en alternance dans le cadre d'un contrat d'aide à l'insertion professionnelle des jeunes.

Cette prorogation de l'adhésion obligatoire suppose que l'enfant ne connaisse pas de période d'interruption dans la poursuite de ses études. Ainsi, dès lors que l'enfant ne remplit plus la condition de "poursuite d'études", il perd la qualification d' «adhérent à titre obligatoire», et ce tant qu'il ne remplit pas à nouveau la condition de couverture ci-dessus, le régime et la cotisation du salarié sont ajustés en conséquence au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation.

➔ Soit est en situation d'handicap et perçoit à ce titre une des allocations pour adultes handicapés (*en application de la loi du 30 juin 1975*).

"ASSIMILÉ CONJOINT"

Il convient d'entendre par "assimilé conjoint" :

- la personne avec laquelle le salarié a signé un pacte civil de solidarité (*PACS*).
- le concubin notoire du salarié sous réserve de la production d'un justificatif de domicile commun (*à défaut produire un justificatif - quittance EDF, téléphone, loyer, contrat de prêt bancaire - séparément avec adresse identique et attestation sur l'honneur*).





MUTUELLE DU PERSONNEL de la Banque Populaire du Sud

L'ÉCHANGE, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCIÉTÉ

ANNEXE COTISATIONS :

Tableau des Cotisations du Régime Complémentaire Santé

Contrat Complémentaire Santé dit «Responsable», conformément aux Art. L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

Droit d'entrée 0 €

RÉGIME DES ACTIFS					
COTISATIONS		ISOLÉ	FAMILLE	MODALITÉS	
Part patronale (entreprise)		1.10 %	1.85 %	% appliqués sur le traitement mensuel brut reconstitué temps plein. (13° mois compris)	
Part salariale (adhérent)		1.10 %	1.85 %		
TOTAL		2.20 %	3.70 %		
Conjoint (facultatif) Forfait mensuel		42 €	42 €		
Conjoint avec enfant (facultatif) Forfait mensuel		42 € + 0.75 %	42 € + 0.75 %		

RÉGIME DES RETRAITÉS					
COTISATIONS		ISOLÉ	FAMILLE	MODALITÉS	
Part adhérent		3.96 %	4.71 %	% appliqués sur le montant des retenues et pensions perçues et déclarées.	
Conjoint (facultatif) Forfait mensuel		65 €	65 €	Conformément à la réglementation en vigueur, la cotisations de l'assuré est plafonnée à 100 % du tarif global salarié (part salariale+employeur) la 1 ^{ère} année.	
Conjoint avec enfant (facultatif) Forfait mensuel		65 € + 0.75 %	65 € + 0.75 %	Calcul du plafonnement éventuel, individualisé sur la base du dernier salaire brut reconstitué temps plein du salarié sortant.	

A.N.I. 2013 (maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail)					
COTISATIONS		ISOLÉ	FAMILLE*	MODALITÉS	
Part patronale (entreprise)		Néant	Néant	Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013, applicable en cas de cessation du contrat de travail ouvrant droit à indemnisation de l'assurance chômage.	
Part adhérent		Gratuit	Gratuit	* seulement si bénéficiaires déjà couverts avant cessation du contrat de travail.	
Conjoint*		Gratuit	Gratuit	Détails sur www.notre-mutuelle.fr / rubrique "comment ça marche"	

Article 4 - LOI EVIN (maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail)					
COTISATIONS		ISOLÉ	FAMILLE*	MODALITÉS	
Part adhérent 1 ^{ère} année		2.30 %	3.42 %	Conformément à la réglementation en vigueur, plafonds de cotisations des 3 premières années exprimés en % du dernier salaire brut BPS reconstitué temps plein.	
Part adhérent 2 ^{ème} année		2.87 %	4.00 %		
Part adhérent 3 ^{ème} année		3.45 %	4.57 %		
Conjoint*		Forfait mensuel	nous consulter	* seulement si bénéficiaires déjà couverts avant cessation du contrat de travail. Détails sur www.notre-mutuelle.fr / rubrique "comment ça marche"	

Tarif **ISOLÉ** : Adhérent célibataire ou marié sans enfant
 Tarif **FAMILLE** : Adhérent célibataire ou marié avec enfant
 Tarif conjoint avec enfant : exclusivement si le conjoint lui-même affilié à titre facultatif



MUTUELLE du PERSONNEL BPS
 38, bd Georges Clemenceau -66966 Perpignan Cedex 09
 Soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - SIREN n° 442634564 -
 Tél. : 04.68.38.22.27 - contact@notre-mutuelle.fr - www.notre-mutuelle.fr





ANNEXE PRESTATIONS :

Tableau des Garanties du Régime Complémentaire Santé

Contrat Complémentaire Santé dit « Responsable », conformément aux Art. L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la Sécurité Sociale.

NATURE des PRESTATIONS		Remboursement Mutuelle Garantie contractuelle	Prise en charge totale A.M.O. + Mutuelle. à titre informatif
HOSPITALISATION (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Soins de Suite & Réadaptation, Psychiatrie)			
HONORAIRES			
	Honoraires de médecin (Maladie, Chirurgie, Obstétrique, Anesthésie)	Signataire DPTM TM + 70% BR	170% BR
		Non signataire DPTM TM + 50% BR	150% BR
	Autres honoraires (soins de suite et réadaptation, psychiatrie)	TM	100% BR
	Frais de séjour	TM	100% BR
	Participation forfaitaire sur acte lourd & forfait patient urgences	100% du forfait réglementaire	100% du forfait réglementaire
	FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (sans limite de durée)	100% du forfait réglementaire	100% du forfait réglementaire
AUTRES PRESTATIONS HOSPITALIERES			
	Chambre particulière (durée et nombre de séjours illimités)	65 € / jour	65 € / jour
	Frais accompagnant adulte 18 ans et + (nombre de séjours illimité)	23 € / jour pendant 3 jours au maximum	23 € / jour pendant 3 jours au maximum
	Frais accompagnant enfant -18 ans (durée et nombre de séjours illimités)	23 € / jour	23 € / jour
	Forfait Naissance ou Adoption (par enfant)	70 €	70 €
	Forfait F.I.V. non pris en charge par l'AMO	92 €	92 €
SOINS COURANTS			
HONORAIRES MEDICAUX			
	Consultation de Généraliste, de Spécialiste, Acte Technique	Signataire DPTM TM + dépassements d'honoraires	Frais réels
		Non signataire DPTM TM + 100% BR	200% BR
	Consultation de psychologues conventionnés (dispositif mon soutien psy)	TM	100% BR
	HONORAIRES PARAMEDICAUX : infirmiers, kinés, orthoptistes, orthophonistes...	TM	100% BR
ANALYSES et EXAMENS de LABORATOIRE		TM	100% BR
	Densitométrie osseuse	TM	100% BR
IMAGERIE MEDICALE			
	Radiologie, scanner, échographie	Signataire DPTM TM + 50% BR	150% BR
		Non signataire DPTM TM + 30% BR	130% BR
MEDICAMENTS			
	Médicaments pris en charge à 30% & 65%	TM	100% BR
	Vaccin anti grippe	Frais réels	Frais réels
MATERIEL MEDICAL			
	Petit appareillage et dispositifs médicaux	TM + 100% BR	200% BR
	Grand appareillage remboursé par l'A.M.O. (par période de 12 mois & par bénéficiaire)	TM + 100% PMSS (valeur 2025 : TM + 3925 €)	100% BR + 3925 €
	Prothèses mammaires et capillaires	TM + 275% BR	375% BR

Lexique :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire - BR : Base de Remboursement de l'AMO - AMC : Assurance Maladie Complémentaire - TM : Ticket Modérateur - DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO) - PMSS: Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur 2025: 3925 €)

OPTIQUE

Les garanties lunettes sont soumises à limite de fréquence, à compter de la date d'acquisition d'un précédent équipement:

- 6 mois, pour les enfants jusqu'à 6 ans (en cas de mauvaise adaptation monture),
- 1 an pour les assurés de moins de 16 ans,
- 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus ; sauf renouvellement anticipé prévu par l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment en cas d'évolution de la vue et de situations médicales particulières (détails sur notre-mutuelle.fr / rubrique «Comment ça marche?»).

LUNETTES 100% SANTE définies réglementairement⁽¹⁾

Verres et montures de classe A	Garantie sans reste à charge à hauteur du prix limite de vente (PLV)	100% Prix limite de vente (PLV)
Suppléments et prestations optiques : (adaptation de la correction, supplément filtre, appairage...)	Garantie sans reste à charge à hauteur du prix limite de vente (PLV)	100% Prix limite de vente (PLV)

AUTRES LUNETTES Equipement complet (2 verres & 1 monture)

Equipement complet comprenant 2 Verres Simples	265 € y compris A.M.O. (dont maximum 100 € pour la monture)	265 €
Equipement complet comprenant au moins 1 Verre Complexe	350 € y compris A.M.O. (dont maximum 100 € pour la monture)	350 €
Equipement complet comprenant au moins 1 Verre Très Complexe	400 € y compris A.M.O. (dont maximum 100 € pour la monture)	400 €
Suppléments et prestations optiques (adaptation de la correction, supplément filtre, appairage...)	TM	100% BR

LENTILLES : forfait par année civile et par bénéficiaire

Lentilles remboursées par l'A.M.O.	TM + 250 €	100% BR + 250 €
Lentilles non remboursées par l'A.M.O.	200 €	200 €

AUTRES PRESTATIONS OPTIQUES

Chirurgie réfractive	400 € par œil	400 € par œil
Prothèses oculaires	TM + 300% BR	400% BR

DENTAIRE

SOINS et PROTHESES 100% SANTE définis réglementairement⁽¹⁾ Garantie sans reste à charge à hauteur des Honoraires Limite de Facturation 100% HLF (Honoraires Limite de Facturation)

AUTRES SOINS et PROTHESES⁽²⁾

Soins conservateurs remboursés par l'A.M.O.	TM + 50% BR	150% BR
Soins prothétiques	Prothèses	TM + 300% BR
	Inlay - Onlay	TM + 150% BR
		400% BR
		250% BR

Le cumul de remboursements des prothèses et Inlay Onlay excédant TM + 25% BR est limité à 2500 € par période de 12 mois et par bénéficiaire. Cette limite tient compte des montants remboursés au titre des prothèses 100% santé.

IMPLANTOLOGIE

Implants : prise en charge limitée à 3 implants par bénéficiaire et par période de 12 mois	500 € / implant	500 € / implant
Couronnes sur implants	TM + 25% BR	125% BR

ORTHODONTIE prise en charge par l'A.M.O.

(forfait applicable par semestre de traitement et par bénéficiaire) TM + 25% BR + 550 € 125% BR + 550 €

AIDES AUDITIVES

AIDES AUDITIVES 100% SANTE définies réglementairement⁽¹⁾

Fréquence limitée à 1 aide auditive par oreille et par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition d'un précédent équipement. Garantie sans reste à charge à hauteur du prix limite de vente (PLV) 100% Prix limite de vente (PLV)

AUTRES AIDES AUDITIVES :

Fréquence limitée à 1 aide auditive par oreille et par période de 4 ans, à compter de la date d'acquisition d'un précédent équipement.	TM + 1100 € (par oreille)	100% BR + 1100 € (par oreille)
Accessoires pour prothèse auditive, remboursés par l'A.M.O. : garantie par période de 12 mois	TM + 70 €	100% BR + 70 €

(1) Décret no 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires pris en application de la Loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019

(2) Les soins et prothèses de Classe II sont en tout état de cause limités aux Prix Limite de Vente définis réglementairement.

Lexique :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire - BR : Base de Remboursement de l'AMO - AMC : Assurance Maladie Complémentaire - TM : Ticket Modérateur - DPTM : Dispositif de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM / OPTAM-CO) - PMSS : Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur 2025: 3925 €)

NATURE des PRESTATIONS	Remboursement Mutuelle Garantie contractuelle	Prise en charge totale A.M.O. + Mutuelle. à titre informatif
CURES THERMALES		
 Soins et surveillance	TM	100% BR
 Complément forfaitaire pour hébergement & transport par an et par bénéficiaire	10% du PMSS (392.50 € en valeur 2025)	392.50 €
TRANSPORT		
Accepté par l'A.M.O.	TM	100% BR
 Non pris en charge par l'A.M.O. : Garantie par trajet (aller-retour), avec un maximum de 2 trajets par année et par bénéficiaire	20 €	20 €
MEDECINES COMPLÉMENTAIRES :		
 Consultations Ostéopathes, Chiropracteurs, Microkinésithérapeutes, Homéopathes, Sophrologues, Acupuncteurs, Diététiciens, Psychomotriciens et Psychologues non remboursés par l'AMO. Forfait limité à 3 séances par an et par bénéficiaire	50 % de la dépense, plafonné à 25 € par séance	50 % de la dépense, plafonné à 25 € par séance
PREVENTION & SECOURS		
Actes de prévention	TM	100% BR
Participation frais d'obsèques <i>(prestation indemnitaire servie dans le cadre du contrat collectif souscrit auprès de MUTUELLES GENERALE de PREVOYANCE par Notre Mutuelle, au profit de nos adhérents et de leurs bénéficiaires)</i>	30 % du PMSS (1177,50€ valeur 2025)	1 177,50 €

Nos Remboursements :

Sont exclus et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle, tous les risques non prévus dans le tableau descriptif ci-dessus.

Nos prestations sont exprimées sur la base de remboursement (BR) de l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans le cadre du parcours de soins coordonné. Elles sont accordées dans la limite de la dépense réelle. Nos forfaits sont servis par année civile, sauf en dentaire, audio et forfait lunettes, auquel cas la périodicité s'apprécie à compter de la date de 1^{ère} consommation.

La garantie proposée par notre Mutuelle est dite «Responsable & Solidaire». Aussi, conformément à la loi, elle ne prend pas en charge :

- la majoration du ticket modérateur et les dépassements liés à des actes réalisés hors parcours de soin,
- la participation forfaitaire et les franchises médicales.

Prescription:

Le délai de prescription au-delà duquel les assurés ne sont plus fondés à faire valoir leurs droits aux prestations santé auprès de la Mutuelle est fixé à une durée de 2 ans à compter de la date de l'acte constituant le fait générateur de la prestation dans les conditions de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité.

Liaison de télétransmission avec l'Assurance Maladie Obligatoire :

Lors de votre adhésion, la Mutuelle intervient auprès de votre régime obligatoire, pour obtenir la télétransmission de vos actes. Dès que la procédure est valide, les données transmises à la Mutuelle tiennent lieu de justificatif pour cette dernière (Les aléas techniques de cette procédure étant par nature imprévisibles, il appartient aux personnes couvertes de s'assurer de la bonne liquidation des prestations dues par la Mutuelle).

IMPORTANT:

Le système informatique des régimes obligatoires ne peut établir le lien de télétransmission qu'avec une seule complémentaire.

Aussi, nous vous invitons à contrôler que votre ancienne mutuelle a fait les démarches nécessaires auprès de votre caisse d'assurance maladie pour supprimer tout lien de télétransmission. A défaut, nous ne recevons aucun de vos actes automatiquement.

Par contre, si vous souhaitez conserver votre complémentaire existante en 1^{er} rang, vous devez nous signaler votre refus d'échange et nous interviendrons alors en surcomplémentaire.

Retrouvez sur notre-mutuelle.fr à notre tableau des exemples de remboursement, le détail des conditions légales de renouvellement anticipé en option, et bien plus encore.

Lexique :

AMO : Assurance Maladie Obligatoire - BR : Base de Remboursement de l'AMO - AMC : Assurance Maladie Complémentaire - TM : Ticket Modérateur - DPTM: Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM / OPTAM-CO) - PMSS: Plafond Mensuel Sécurité Sociale (valeur 2025: 3925 €)



Liste des justificatifs à nous transmettre si vous n'avez pas bénéficié du tiers-payant :
Justificatifs dématérialisés acceptés

Nature des Prestations Garanties		Personnes protégées bénéficiant de la télétransmission	Personnes protégées ne bénéficiant pas de la télétransmission	
 HOSPITALISATION	Accepté AMO	Avis de somme à payer + titre de paiement (<i>Hopitaux</i>) ou facture acquittée (<i>cliniques</i>)		
	Refusé AMO (<i>dépassement d'honoraires</i>)	Facture détaillée de l'Etablissement acquittée		
 SOINS COURANTS	Accepté AMO	Néant	Décompte AMO	
 MEDECINE COMPLÉMENTAIRES	Refusé AMO	Facture ou note d'honoraires acquittée		
 PHARMACIE	Accepté AMO	Néant	Décompte AMO	
	vaccin anti grippe refusé par l'AMO	Facture pharmacie acquittée		
 OPTIQUE (<i>lunettes & lentilles</i>)	Accepté AMO	Facture acquittée + prescription médicale	Facture acquittée + prescription médicale + décompte AMO	
OPTIQUE (<i>lentilles & chirurgie réfractive</i>)	Refusé AMO	Facture acquittée + prescription médicale		
 DENTAIRE	Accepté AMO	Néant	Décompte AMO	
	Implant refusé par l'AMO	Facture détaillée acquittée		
 APPAREILLAGE	<i>Petit</i>	Accepté AMO	Néant	Décompte AMO
	<i>Grand</i>	Accepté AMO	Facture acquittée	Facture acquittée + décompte AMO
	<i>AUDIO</i>	Accepté AMO	Néant	Décompte AMO
 CURES THERMALES	Accepté AMO	Factures acquittées (<i>Etablissement + Hébergement éventuel</i>)		
 TRANSPORT	Accepté AMO	Néant	Décompte AMO	
	Refusé AMO	Facture acquittée + justificatif du RDV médical		

Les factures acquittées doivent mentionner le n° ADELI ou RPPS ou FINESS du professionnel de santé.
Lorsque notre Mutuelle intervient en tant que "surcomplémentaire", vous devez nous fournir le décompte de votre première mutuelle.