

NOTICE D'INFORMATION AU 1^{ER} JANVIER 2021
RELATIVE AU CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCE A ADHESION FACULTATIVE
ACTIONM MCMS 2021
N° 2021 / 002

Souscrit par l'association **ACTIOM** – association sans but lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901 - 8 avenue Roger LAPEBIE - 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, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 784 238 982, ci-après dénommée : « la Mutuelle ».

Toute personne qui adhère au présent contrat collectif (dénommée ci-après « adhérent ») acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle, conformément aux statuts de cette dernière.

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.

La commercialisation du contrat a été confiée à titre exclusif à **Groupe SOFRACO, 45 rue de TAUZIA, 33800 BORDEAUX** qui le distribue via son propre réseau d'intermédiaires d'assurance partenaires.

INTRODUCTION

Le contrat collectif n° 2021 / 002 a été souscrit à effet du 1^{er} Janvier 2021 entre ACTIOM et la Mutuelle.

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 le bulletin d'affiliation, 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 2021 né le 2 août 1977, sera considéré avec un âge de 44 ans (2021 – 1977 = 44), et lors du renouvellement de son adhésion au 1^{er} janvier 2022, avec un âge de 45 ans en 2022.*

Année d'assurance : Pour l'année de la souscription, cela correspond à la période entre la date d'effet de l'adhésion indiquée sur l'appel de cotisation valant 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 au bulletin d'affiliation 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.

- 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 sur l'appel de cotisation valant 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 18ème anniversaire. La garantie cessera à leur égard, au plus tard à la fin de l'année suivant leur 25ème anniversaire s'ils poursuivent des études. A compter de 18 ans les enfants peuvent continuer à être assurés dans le cadre de l'adhésion de l'adhérent moyennant l'acquittement 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.

Médicaments non remboursés : Pour l'application des garanties prévoyant des forfaits pour médicaments prescrits non remboursés, seuls sont pris en charge les médicaments définis comme tel dans le « dictionnaire VIDAL »

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'Ophtalmologie, 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.

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 au bulletin d'affiliation 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 de la présente notice.

ART.2 - NATURE DES GARANTIES DU CONTRAT

e tableau de garanties et la notice d'information remis aux adhérents précisent la nature des garanties offertes :

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 » :

2.1 : Contrat responsable

Les différentes formules de garantie 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 relatives aux contrats responsables.

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) et sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 2.3 et 2.5 ci-après.

Est également prise en charge, la participation forfaitaire de 24 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 dépendantes (EHPAD).

Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du « 100% Santé », selon les conditions et modalités définies ci-après, les dépenses d'acquisition des équipements d'optique médicale, des aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques.

2.2 : Réforme 100% Santé

• Définition :

Cette réforme a notamment pour objet de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour **certains actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques**. Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soins spécifique à chaque domaine, déterminé par voie réglementaire.

La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables.

Le présent contrat respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose donc des garanties couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge (« 100 Santé ») définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
- équipements de classe 1 pour les aides auditives
- actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques.

• Prix Limite de vente (PLV) :

Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% santé » dans les secteurs de l'optique et l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale, prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP).

• Honoraires limites de facturation (HLF) :

Honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie du 21 juin 2018 modifiée.

• Listes des actes, produits et prestations remboursables :

Ces listes prévues aux articles L.165-1 (LPP) et L.162-1-7 (LAP) du code de la sécurité sociale déterminent les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100 Santé »).

2.3 : Optique :

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du code de la santé publique, sont composés de deux verres correcteurs et d'une monture.

Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Les verres et montures relevant de la classe A bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

Les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

A. Equipement lunettes « 100% Santé » (Classe A)

La garantie permet le remboursement, **dans la limite des prix limites de vente**, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe A :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents
- du supplément applicable pour les verres avec filtre,

dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

B. Equipement lunettes hors 100 % Santé (Classe B)

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe B :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus du Ticket Modérateur, dans les limites définies au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros (inclus dans les plafonds limites).

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique.

La prise en charge des tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds limites.

Les limites incluent la part des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et le Ticket Modérateur.

C. Dispositions communes aux verres et montures de classes A et B :

- Quelle que soit la garantie choisie, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période :

- de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
- d'1 an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dérogations :

- la période de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus est réduite à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement complet (deux verres et une monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visées dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription

médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation de ces périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant lesdites périodes.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les assurés ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
 - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

Les règles d'application des garanties du présent contrat sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement.

- La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement d'optique médicale composé de verres de classe A et d'une monture de classe B ou inversement.

Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente.

2.4 : Dentaire

Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ».

Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation et sans reste à charge (panier 100 % Santé),
- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation (panier reste à charge maîtrisé),
- les actes pour lesquels l'entente directe reste libre (panier libre).

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge (panier 100 % Santé) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré aux dates d'application fixées par voie réglementaire.

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ou libre (panier reste à charge maîtrisé et panier libre) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la formule de garantie choisie. Les limites de remboursement sont fixées dans les tableaux de garanties en annexe à la présente notice.

2.5 : Aide auditive - Dispositions applicables à compter du 1^{er} janvier 2021

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire.

Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré.

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la formule de garantie choisie.

A. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, cette garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente.

B. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et,
- **au maximum d'une somme égale à 1.700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et le Ticket Modérateur.** Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

C. Dispositions communes aux dispositifs relevant de la classe 1 et de la classe 2

Quelle que soit la formule de garantie choisie, **la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.** L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

2.6 : Evolutions législatives et réglementaires relatives au « contrat responsable » et modifications du contrat

Les modifications proposées par la mutuelle au présent contrat collectif visant à le mettre en conformité avec les règles relatives au « contrat responsable » fixées par l'article [L. 871-1](#) du code de la sécurité sociale et ses textes d'application sont réputées acceptées à défaut d'opposition de la Contractante. La mutuelle informe par écrit la Contractante des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix. La Contractante dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des membres participants par la Contractante.

ART.3 - QUI PEUT ADHERER AU CONTRAT ?

Seuls peuvent adhérer au contrat mis en place dans le cadre du dispositif dit « Loi Madelin », les **TRAVAILLEURS NON SALARIES**, membres de l'association **ACTIOM**, à jour du paiement de leurs cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Le **TRAVAILLEUR NON SALARIE** doit joindre à son bulletin d'affiliation, et à chaque renouvellement de son adhésion, une attestation attestant qu'il est à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.

Le non-paiement des cotisations obligatoires interdit l'adhésion à un contrat « Loi Madelin » et expose son débiteur à des sanctions civiles et pénales (article L.652-4 du Code de la sécurité sociale).

Sont assurables les adhérents **TNS** à **ACTIOM** et par extension s'ils sont désignés sur l'appel de cotisation valant 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 formules 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(vent) être désigné(s) sur le bulletin d'affiliation

- **Être à jour de ses cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse dès lors que l'on souhaite bénéficier des dispositions de la loi Madelin.**

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

L'adhésion prend effet à la date mentionnée sur l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année (*échéance principale*) pour une durée d'un an, sauf résiliation par vous, notifiée à **Pavillon Prévoyance** au moins deux mois avant cette date (soit au plus tard le 31 octobre), selon l'une des modalités fixées à l'article 13.2.

Pavillon Prévoyance confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

La résiliation de l'adhésion peut également être effectuée par vous ou nous selon les conditions et modalités mentionnées à l'article « 13 – Résiliation » de cette notice d'information.

Vous ne pourrez toutefois demander la résiliation que si votre adhésion a une durée effective minimum de 12 mois à compter de la date d'effet.

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 prise d'effet est indiquée sur l'appel de cotisation valant 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 l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion à l'égard de chaque personne assurée.

Délai d'attente

Un délai d'attente de 6 mois pour la formule 250 et de 9 mois pour la formule 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.

Il est précisé que les prestations ne sont garanties que lorsque les séjours en dehors du territoire français ne dépassent pas trois mois par an en une ou plusieurs périodes. Ces dispositions 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.

ART.7 - EXCLUSIONS ET 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 thalassothérapie,
- 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 7.2 à 7.4 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

Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé

est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 (LPP), notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (voir article 8.3 du contrat) En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. La définition des verres simples, verres complexe et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale). Elle est reprise dans le tableau de garanties.

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 la formule choisie.

Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements s'effectueront sur la base i) de 100% du ticket modérateur tant pour les soins dentaires que pour les autres postes dentaires (prothèses dentaires hors 100% santé, inlay core hors 100% santé, orthodontie) et ii) 100% des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale pour les postes du 100% santé.

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.

Aides auditives

Les garanties figurant dans le tableau sont celles applicables à compter du 01 / 01 / 2021. La Mutuelle prend en charge les Aides auditives remboursées par la Sécurité Sociale.

Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1

ART. 8 - DECLARATIONS

8.1 - A l'adhésion

Pour souscrire l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat **ACTIOM MCMS 2021** 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 sur l'appel de cotisation valant 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 Pavillon Prévoyance 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.

Fausse déclaration non intentionnelle : Conformément aux dispositions de l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, lorsque l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin 10 jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée. La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

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

Nullité de l'adhésion pour fausse déclaration intentionnelle : Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée par la Mutuelle à l'adhérent est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

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 vous-même dans un document écrit lorsque vous aurez informé Pavillon Prévoyance par un autre moyen.

ART.9 – COTISATIONS

9.1 - La base de calcul et le montant des cotisations

En début d'adhésion :

Le montant de la cotisation est mentionné sur l'appel de cotisation valant 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 nouvel appel de cotisation valant 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 un 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.

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

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 au présent contrat devra être émis et les adhérents en seront informés trois 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 dans le délai de 1 mois à compter de la réception de cette information relative à la majoration tarifaire, selon l'une des modalités fixées à l'article 13.2.

Pavillon Prévoyance confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation

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 l'appel de cotisation valant Certificat d'adhésion

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 sur son appel de cotisation valant 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 - MODIFICATION ET CESSATION DE 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 bulletin d'affiliation 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 bulletin d'affiliation) :

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 (sauf dispositions contraires propres à certaines prestations prévues par le présent contrat) 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 de la présente notice.

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), de la Liste des Actes et Prestations (LAP) 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 bulletin d'affiliation lors de l'adhésion.

Il en est ainsi par exemple du cas particulier suivant :

Cas particulier des Praticiens de santé non pris en charge par le Régime Obligatoire : Les actes non pris en charge par le régime de base et listés dans le tableau des garanties sont pris en charge dans la limite de la prestation maximale par consultation et dans la limite annuelle précisée dans la formule de garantie souscrite. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé.

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 **EUROP 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 **EUROP ASSISTANCE**.

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

EUROP 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.

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.

Les médicaments non remboursés : l'original de la facture du pharmacien mentionnant les dates d'achat, le nom des produits, le bénéficiaire des fournitures, et le montant ainsi que la prescription médicale.

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 3e 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 3e 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 cas visés à l'article 13.1.

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

13.1 - L'adhésion peut être résiliée :

PAR L'ADHÉRENT :

A l'issue de la première année (12 mois complets d'assurance) :

- A chaque échéance annuelle, selon les conditions et modalités fixées à l'article 13.2 de la présente notice ;
- En cours d'année, selon les conditions et modalités suivantes :

L'adhérent peut résilier son adhésion au présent contrat, après expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la prise d'effet de son adhésion, sans frais ni pénalités.

La résiliation doit être notifiée à Pavillon Prévoyance selon l'une des modalités fixées à l'article 13.2.

La résiliation de l'adhésion prend effet un mois après que Pavillon Prévoyance en a reçu notification par l'adhérent.

L'adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde à l'adhérent dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dès réception de la demande de résiliation, Pavillon Prévoyance communique, par écrit ou tout support durable, à l'adhérent, un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la résiliation. Cet avis rappelle à l'adhérent son droit à être remboursé des sommes visées à l'alinéa précédent dans un délai de trente jours à compter de cette date.

Dans le cas où l'adhérent souhaite résilier son adhésion au présent contrat pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation et s'assure ainsi de la continuité de la couverture de l'adhérent : le nouvel organisme notifie à Pavillon Prévoyance la résiliation de l'adhésion de l'adhérent par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique (à l'adresse suivante resiliation@pavillon-prevoyance.fr) . Dès réception de la demande de résiliation, Pavillon Prévoyance communique, par écrit ou tout support durable, à l'adhérent, un avis de résiliation l'informant de la date de prise d'effet de la résiliation. Cet avis rappelle à l'adhérent son droit à être remboursé des sommes visées au cinquième alinéa du présent b). Le nouveau contrat ne peut prendre effet avant la prise d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent contrat.

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

c) L'adhérent peut également résilier son adhésion 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. Dans ce cas, l'adhérent notifie la résiliation de son adhésion à Pavillon Prévoyance selon l'une des modalités fixées à l'article 13.2.

Pavillon Prévoyance confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation.

d) La radiation d'un assuré n'est possible qu'à l'issue de 12 mois complets d'assurance pour l'assuré concerné. Au terme de ce délai, l'adhérent peut, chaque année, notifier à Pavillon Prévoyance au moins deux mois avant l'échéance annuelle (soit au plus tard le 31 octobre) la radiation d'un assuré selon l'une des modalités fixées à l'article 13.2.

Pavillon Prévoyance confirme par écrit la réception de la notification de la radiation.

L'adhérent qui, après son adhésion au présent contrat, bénéficie d'un régime collectif complémentaire Frais de santé à adhésion obligatoire par son entreprise ou qui est couvert à titre obligatoire en qualité d'ayant droit par un régime collectif complémentaire Frais de santé à adhésion obligatoire de l'entreprise de son conjoint, peut résilier son

adhésion au présent contrat à condition de produire à Pavillon Prévoyance une attestation de son employeur certifiant de son adhésion au contrat collectif complémentaire Frais de santé à adhésion obligatoire souscrit par son entreprise ou une attestation de l'employeur de son conjoint certifiant de son adhésion à titre obligatoire en qualité d'ayant droit au contrat collectif complémentaire Frais de santé à adhésion obligatoire souscrit par l'entreprise et mentionnant la date d'effet de cette adhésion. Dans ce cas, l'adhérent notifie la résiliation de son adhésion à Pavillon Prévoyance selon l'une des modalités fixées à l'article 16.2. Pavillon Prévoyance confirme par écrit la réception de la notification de la résiliation. La résiliation de l'adhésion prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par Pavillon Prévoyance de la notification par l'adhérent.

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 3 de la présente notice.

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

L'adhésion prend également fin en cas de résiliation du contrat collectif par l'association UGIP, laquelle en informe les adhérents dans les conditions énoncées à l'article 18.

13.2 - Les modalités de la résiliation

- Par l'Adhérent

La résiliation par l'adhérent doit être notifiée au siège de Pavillon Prévoyance 90, avenue THIERS, CS 21004 33072 BORDEAUX CEDEX, soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège de Pavillon Prévoyance, soit par acte extrajudiciaire, soit lorsque l'adhésion au présent contrat a été effectuée par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La résiliation à échéance annuelle peut également être notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou envoi recommandé électronique (à l'adresse suivante resiliation@pavillon-prevoyance.fr) et adressée au siège de Pavillon Prévoyance 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 Prévoyance les originaux des cartes de tiers payant en cours de validité.

13.3 - 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 ou par envoi recommandé électronique

avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'affiliation 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 ou un envoi recommandé électronique 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 **ACTION MCMS 2021** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature du bulletin d'affiliation*).

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 ou de l'envoi recommandé électronique 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 ou un envoi recommandé électronique avec avis de réception rédigé 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 **ACTION MCMS 2021** (*indiquez le nom de la formule du contrat Santé choisie*) effectuée en date du (*date de la signature du bulletin d'affiliation*).

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 reçue 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.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;

2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visée à l'alinéa précédent sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou d'un acte d'exécution forcée ;
- La demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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- TRAITEMENT ET PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Conformément au règlement général sur la protection des données n°2016/679 du 27 avril 2016, les informations à caractère personnel

recueillies par la Mutuelle, responsable du traitement, ou son organisme gestionnaire par délégation – cf ci-dessous - sont nécessaires aux fins de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat et peuvent également être réalisés aux fins d'opérations relatives à la gestion des clients et à la prospection commerciale.

De plus, ces traitements sont mis en œuvre en vue de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que la lutte contre la fraude.

Ces informations pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées

Les destinataires de ces données sont, dans le strict cadre des finalités précitées, les personnels habilités du responsable de traitement ou de l'organisme gestionnaire par délégation, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs, et s'il y a lieu les intermédiaires d'assurance. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales, et ce, en fonction du type de données collectées.

En application de la législation en vigueur, toute personne physique partie ou intéressée au Contrat dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de ses données, d'un droit d'opposition aux traitements, d'un droit à la portabilité de ses données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de ses données après le décès, qui s'exercent en adressant une demande écrite à l'attention du Délégué à la protection des données personnelles (DPO) du délégataire, en précisant les nom, adresse et référence client, accompagnée d'un justificatif d'identité à :

PAVILLON PREVOYANCE
Délégué à la Protection des données personnelles
90 Avenue Thiers CS 21004
33072 BORDEAUX CEDEX

Enfin, elle dispose du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés CNIL – 3, Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Conformément à l'article L.223-1 du Code de la consommation, l'Adhérent qui ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, en dehors de sa relation avec le Distributeur, le Gestionnaire ou l'Assureur, peut s'inscrire, gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site www.bloctel.gouv.fr.

Art.18 – INFORMATIONS DES ADHERENTS

La Contractante s'engage :

- A remettre à chaque adhérent la présente notice d'information
- A remettre à chaque adhérent les statuts de la Mutuelle.
- Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, la Contractante est également tenue d'informer chaque adhérent en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle. Tout adhérent peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications selon les modalités précisées à l'article 13.2.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, la preuve de la remise de la notice et des statuts de la Mutuelle aux adhérents ainsi que des informations relatives aux modifications apportées au contrat incombe à la Contractante.

- A informer chaque adhérent de la résiliation du contrat collectif :

- ✓ au moins deux mois avant l'échéance en cas de résiliation à échéance annuelle (au 31 décembre).
- ✓ au moins un mois avant la prise d'effet de la résiliation en cas de résiliation infra-annuelle.

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.

ART.19 - RECLAMATION – 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

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.20 - AUTORITE DE TUTELLE

Le contrôle de la Mutuelle est effectué par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 4, Place de Budapest CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 (France)

TABLEAU DES GARANTIES 2021 DU CONTRAT ACTIOM MCMS 2021

Les différentes formules du contrat ACTIOM MCMS 2021 respectent l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit "Responsable", dont notamment, 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). Elles couvrent l'intégralité des frais engagés pour les actes inclus dans le panier « 100% Santé », conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

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 ou de l'application des délais d'attente : se reporter au renvoi (9) en bas de ce tableau.

| | | Formule 100 | Formule 150 | Formule 250 | Formule 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 24 € | | 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 24 € | | 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% par le RO | | 100 % BR | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Médicaments remboursés à 30% et 15% par le RO | | - | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Médicaments prescrits non remboursés | | - | - | 100€/an | 200€/an |

| Optique (5) | | | | |
|--|-------------|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| 100% santé : verres, monture, prestations d'appairage et d'adaptation, supplément pour les verres avec filtre*** | 100% PLV | 100% PLV | 100% PLV | 100% PLV |
| Hors 100% santé (5a) | | | | |
| Forfait - Par verre simple | 50 € | 60 € | 80 € | 110 € |
| - Par verre complexe | 80 € | 100 € | 125 € | 200 € |
| - Par verre hypercomplexe | 90 € | 110 € | 135 € | 210 € |
| - Par monture | 30 € | 60 € | 80 € | 100 € |
| 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 |
| Autres prestations Optique | 100 % BR | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Dentaire | | | | |
| 100% santé : soins et prothèses 100% santé*** | 100% HLF | 100% HLF | 100% HLF | 100% HLF |
| Hors 100% santé | | | | |
| Consultations, Soins dentaires, chirurgie dentaire | 150% BR | 200% BR | 300% BR | 300%BR |
| Prothèses remboursées hors 100% santé | 100% BR | 150% BR | 250% BR | 300% 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€ |
| Aides auditives (7) | | | | |
| 100% Santé : Prothèse auditive de Classe 1 (à compter du 01 / 01/ 2021) *** | 100% PLV | 100% PLV | 100% PLV | 100% PLV |
| Hors Réforme 100 % Santé : | | | | |
| Prothèses auditives pour les assurés de 20 ans et plus (par oreille) | 100% BR | 150% BR | 200%BR +200€/an | 300%BR +300€/an |
| Prothèses auditives pour les assurés de moins de 20 ans (par oreille) | 100% BR | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Autre (consommable, piles, accessoires ...) | 100% BR | 100% BR | 100% BR | 100% BR |
| Orthopédie / Appareillages | | | | |
| Orthopédie | 100% BR | 150% BR | 200% BR | 300% BR |
| Autres appareillages, semelles, orthèses | 100% BR | 150% BR | 200% BR | 250% BR |
| Autres garanties | | | | |
| Médecine douce : Acupuncture, Ostéopathie, Chiropractie, étio-pathie, 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 (8) | - | 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

*** Les garanties couvrent l'intégralité des frais engagés pour les produits, prestations et actes inclus dans le panier « 100% Santé », conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Le 100% santé permet d'accéder à des offres sans reste à charge pour certains produits, prestations et actes définis par la réglementation au niveau des postes dentaire, optique et audiologie. Dans la limite du Prix limite de vente (P.L.V.) ou des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale

(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) Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, ces garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans, à l'exception des cas pour lesquels un renouvellement anticipé est prévu dans la liste mentionnée à l'article L. 165-1 (LPP), notamment pour les enfants de moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (voir article 8.3 du contrat)

En cas d'acquisition de l'équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période de renouvellement s'apprécie à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

(5a) La définition des verres simples, verres complexe et verres hypercomplexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

Verres simples (cf a) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ;

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries

-verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;

Verres complexes (cf c) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ;

-verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

-verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

-verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries

Verres hypercomplexes (cf f) du 3° de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale modifié par le Décret n° 2019-21 du 11 Janvier 2019)

-verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;

-verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

(6) **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 la formule choisie. Dans le cas où le plafond annuel serait atteint, les remboursements s'effectueront sur la base i) de 100% du ticket modérateur tant pour les soins dentaires que pour les autres postes dentaires (prothèses dentaires hors 100% santé, inlay core hors 100% santé, orthodontie) et ii) 100% des honoraires limites de facturation (HLF) sous déduction du Remboursement de la Sécurité Sociale pour les postes du 100% santé. Pour les implants, un délai d'attente de 6 mois pour la formule 250 et de 9 mois pour la formule 300 est appliqué pour les montants excédant 300€

(7) Conformément à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale, les garanties s'appliquent aux frais exposés pour l'acquisition d'une aide auditive par période de 4 ans dans les conditions précisées dans la liste prévue à l'article L 165-1

(8) **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.

(9) Les exclusions mentionnées aux articles 7.2 à 7.4 de la présente notice 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.