

Notice d'Information

GAMME HOSPI

Notice d'information du contrat Frais de santé passé entre :

L'ASSOCIATION PAVILLON PRÉVOYANCE
90 AVENUE THIERS – 33072 BORDEAUX CEDEX

ci-après dénommée « le SOUSCRIPTEUR »

et

La Mutuelle Solidarité d'Aquitaine,
SIREN N°781 848 221,
Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II,
substituée par :

PAVILLON PREVOYANCE

SIREN n°442 978 086,

Union régie par le Code de la Mutualité et ses dispositions du Livre II

Sises 90 avenue Thiers 33072 Bordeaux Cedex,

ci-après dénommée « LA MUTUELLE »

par l'intermédiaire de :

Sommaire

CHAPITRE I : OBJET

Article 1 : Objet du contrat et de la Notice d'information

CHAPITRE II : PRISE D'EFFET, MODIFICATION ET CESSATION DE LA GARANTIE

Article 2 : Prise d'effet de la garantie

Article 3 : Modification de la garantie à l'initiative de LA MUTUELLE

Article 4 : Cessation de la garantie

Article 5 : Suspension de la garantie

CHAPITRE III : GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 6 : Risques couverts

Article 7 : Risques exclus

Article 8 : Prestations

Article 9 : Justificatifs à produire

Article 10 : Modalités de versement des prestations

Article 11 : Tiers Payant

Article 12 : Forclusion et prescription

CHAPITRE IV : COTISATIONS

Article 13 : Fixation et évolution des cotisations

Article 14 : Paiement des cotisations

Article 15 : Défaut de paiement

CHAPITRE V : CHANGEMENT DE SITUATION

Article 16 : Changement de situation

Article 17 : Subrogation

Article 18 : Contrôle médical

CHAPITRE VI : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 19 : La notice d'Information

Article 20 : Les Statuts et règlements

CHAPITRE VII : ACTION SOCIALE

Article 21 : Commission d'aide sociale

CHAPITRE VIII : MEDIATION MUTUALISTE ET TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

Article 22 : Médiation et traitement des réclamations

CHAPITRE IX : INFORMATIONS LEGALES

Article 23 : Informatique et libertés

Article 24 : Convention de substitution

Article 25 : Prise d'effet et durée du contrat collectif

Article 26 : Résiliation du contrat collectif

CHAPITRE X : DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 27 : Bénéficiaires de la garantie

Article 28 : Ayants droit

Article 29 : Descriptif des prestations

29.1 Hospitalisation chirurgicale

29.2 Hospitalisation médicale

29.3 Assistance à domicile

CHAPITRE I : OBJET

Article 1 : Objet du contrat et de la Notice d'information

Les dispositions du contrat et de la présente Notice d'information déterminent les conditions dans lesquelles LA MUTUELLE assure des garanties frais de santé, dans un cadre collectif facultatif, au profit des membres participants (dits adhérents) de la personne morale souscriptrice (dite souscripteur), définies dans le respect des dispositions prévues par l'article L. 114-1 du code de la mutualité.

CHAPITRE II : PRISE D'EFFET, MODIFICATION ET CESSATION DE LA GARANTIE DE L'ADHERENT

Article 2 : Prise d'effet de la garantie de l'adhérent

La garantie prend effet à l'égard de l'adhérent **le lendemain de la réception du bulletin d'affiliation par la MUTUELLE ou à la date indiquée sur le bulletin d'affiliation si celle-ci est postérieure à la date de réception du bulletin d'affiliation par la mutuelle.**

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date de prescription et la date des soins sont postérieures à la date d'effet de l'affiliation de l'adhérent peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat. Les hospitalisations en cours ou déjà prescrites au moment de l'adhésion ne sont donc pas garanties.

L'adhérent âgé de 65 ans et plus ne bénéficie de la garantie qu'après avoir payé ses cotisations et respecté un délai d'attente (délai fixé à 3 mois pour toutes les prestations avant le versement des prestations objet de la garantie) sauf si l'adhérent et/ou ses ayants droit peuvent produire au moment de la signature du bulletin d'adhésion un certificat de radiation en provenance d'un autre organisme faisant apparaître une garantie équivalente et dans la mesure où l'adhésion intervient dans un délai de deux mois après la radiation.

Article 3 : Modification de la garantie à l'initiative de la Mutuelle

Dans le cas d'une modification de la garantie, le souscripteur est tenu de remettre aux adhérents une notice comportant les modifications apportées.

L'adhérent a la possibilité de changer de garantie tous les ans (à la hausse ou à la baisse) à partir de la 2^e année d'adhésion. Le changement de garantie prend effet au 1^{er} janvier qui suit l'année de la demande de changement de garantie.

Article 4 : Cessation de la garantie

Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date des soins est antérieure à la date d'effet de la résiliation seront pris en charge.

Article 5 : Suspension de la garantie

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie dans les conditions prévues à l'article 17 « Défaut de paiement » ci-après.

Effets de la suspension de la garantie : Les frais médicaux et chirurgicaux dont la date des soins se situe dans cette période ne peuvent donner lieu à prise en charge.

CHAPITRE III : GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 6 : Risques couverts

La garantie complémentaire santé a pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit inscrits sur le bulletin d'affiliation, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés en complément des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Le total des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire et la MUTUELLE ne peut excéder les frais engagés.

La garantie s'exerce dans tous les pays, à partir du moment où l'Assurance Maladie Obligatoire intervient.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et dans la monnaie légale de l'Etat Français.

Article 7 : Risques exclus

Sont exclus des remboursements accordés par LA MUTUELLE :

- **La participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L322-2 du code de la Sécurité Sociale**
- **La majoration de participation appliquée par le régime obligatoire et les dépassements d'honoraires des médecins en cas de non-respect du parcours de soins ou de refus d'autoriser le professionnel de santé auquel le bénéficiaire de la Garantie a recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter, conformément au décret n°2005-1226 du 29/09/05 et ses textes d'application**

Les interventions, hospitalisations, soins résultant de la part du bénéficiaire de la Garantie :

- **D'un fait intentionnel provoquant une incapacité temporaire ou permanente**
- **De l'état d'ivresse si le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite fixée par le code de la route ou de délire alcoolique, de l'utilisation de drogues, stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement**
- **De la participation à une rixe sauf en cas de légitime défense**
- **De la détention ou manipulation consciente d'engins de guerre**
- **De faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires, de grèves ou de lock-out, de cataclysmes, d'explosions liées à la technologie nucléaire**
- **De fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent : ce dernier est informé des faits qui lui sont reprochés et est invité à fournir des explications ; l'annulation des droits aux prestations peut alors être prononcée, le recouvrement des sommes indûment payées engagé**
- **De sport professionnel et de sport amateur pour lesquels une assurance spécifique est obligatoire.**

Ces exclusions ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge du contrat responsable définies à l'article R 871-2 du code de la Sécurité Sociale.

Article 8 : Prestations

Les prestations du contrat sont définies pour chaque garantie dans le descriptif de garantie remis à l'adhérent.

La participation de LA MUTUELLE est calculée par différence entre la base de remboursement et la participation du régime d'affiliation de l'Assurance Maladie Obligatoire, sans que le total des prestations versées ne puisse excéder les frais réels engagés.

La participation de LA MUTUELLE peut être également :

- calculée en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation ;
- exprimée en forfait, c'est-à-dire, hors participation du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire d'affiliation ;
- définie selon les modalités décrites dans le descriptif de garantie.

Article 9 : Justificatifs à produire

Le versement des prestations par PAVILLON PREVOYANCE s'effectue :

- sur présentation du décompte transmis par l'Assurance Maladie Obligatoire
- ou sur présentation de l'original du décompte transmis par l'adhérent ou l'ayant droit.

Dans les autres cas, le versement des prestations s'effectue sur présentation de l'original de la facture acquittée ou de tout autre justificatif nécessaire au déclenchement de la prestation.

Dans le cas où l'adhérent ou l'ayant droit est garanti auprès d'un autre organisme le règlement de PAVILLON PREVOYANCE s'effectue sur présentation du décompte de cet organisme et d'un duplicata des factures des professionnels ou établissements de santé, dans la limite des dépenses réelles.

Le versement des prestations se prescrit par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Article 10 : Modalités de versement des prestations

Les prestations sont réglées par PAVILLON PREVOYANCE :

- soit directement à l'adhérent ou l'ayant droit,
- soit directement aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base des conventions de tiers payant conclues à cet effet avec PAVILLON PREVOYANCE.

Lorsque les prestations sont réglées par virement, un relevé détaillé est adressé ou mis à disposition de l'adhérent.

Lorsqu'elles sont réglées par chèque, le détail des prestations apparaît sur la lettre chèque.

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Article 11 : Tiers Payant

Pour faciliter l'accès aux soins, LA MUTUELLE a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de la santé.

LA MUTUELLE assure ainsi directement, en fonction de la garantie souscrite, la prise en charge des frais engagés par l'adhérent ou l'ayant droit. Celui-ci doit pour en bénéficier

présenter sa carte de tiers payant, en cours de validité, attestant de son appartenance à LA MUTUELLE et de ses droits.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un adhérent ou ayant droit ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire, l'adhérent est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par LA MUTUELLE pour son compte.

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

Article 12 : Forclusion et prescription

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, pour être recevables, être produites dans un délai de deux ans à compter de la date de réalisation définitive de l'acte ou des dépenses consécutives à la maladie.

Toute action dérivant du contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court que du jour :

1° où LA MUTUELLE en a eu connaissance, en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent;

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

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

CHAPITRE IV : COTISATIONS

Article 13 : Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont communiquées à l'adhérent préalablement à son adhésion.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé ou du sexe de l'adhérent, ni en fonction de la nature de son emploi.

Les cotisations varient d'une part, en fonction de la garantie souscrite par l'adhérent et ses ayants droit au moment de l'émission de l'appel de cotisations, d'autre part en fonction de leur âge et de leur département de domiciliation. En cas de modification d'une des situations ci-dessus, le montant de la cotisation est modifié au premier jour de l'année qui suit la date de l'évènement.

A partir du 3^{ème} enfant à charge, l'enfant à charge ayant droit de l'adhérent est exonéré de cotisation.

La cotisation est susceptible d'évoluer en cours d'année ou au 31 décembre de l'année, notamment pour les motifs suivants :

- modification des remboursements des régimes obligatoires
- accroissement de la sinistralité de la garantie
- modification législative ou règlementaire (*exemple : hausse des taxes et contributions*).

Article 14 : Paiement des cotisations

Les cotisations sont dues pour l'année civile.

Les cotisations sont appelées par un avis d'appel de cotisation annuel adressé à l'adhérent, celles-ci sont payées par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal.

L'adhérent peut choisir lors de son adhésion la date du prélèvement entre le 5, le 10 ou le 15 du mois concerné. Les dates des prélèvements sont portées à la connaissance de l'adhérent par le biais d'un échéancier.

Article 15 : Défaut de paiement

En vertu des dispositions de l'article L. 221-8-II du code de la mutualité, à défaut de paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, la garantie peut être suspendue 30 jours après la mise en demeure de l'adhérent. La garantie suspendue reprend effet à midi le lendemain du jour où (sauf décision différente de LA MUTUELLE) ont été payées les cotisations dues, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

L'adhérent est informé, dans la lettre de mise en demeure, des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner : à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de sa garantie.

La radiation de l'adhérent peut être prononcée 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours mentionné au 2^{ème} alinéa.

CHAPITRE V : CHANGEMENT DE SITUATION

Article 16 : Changement de situation

L'adhérent et/ou l'ayant droit s'engage à transmettre à PAVILLON PREVOYANCE dans le délai d'un mois de sa survenance, toute modification intervenant dans sa situation, adresse, affiliation, état civil, etc...

Article 17 : Subrogation

LA MUTUELLE est subrogée de plein droit à l'adhérent dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

Parallèlement, l'adhésion à LA MUTUELLE entraîne -ipso facto- délégation de l'adhérent ou de l'ayant droit au profit de LA MUTUELLE dans le cadre de la convention de substitution permettant à cette dernière de percevoir en ses lieux et place, les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et les autres organismes de Prévoyance dont LA MUTUELLE a fait l'avance.

Article 18 : Contrôle médical

LA MUTUELLE se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout adhérent qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du contrat Frais de santé. En cas de refus de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de LA MUTUELLE.

Avant ou après le paiement des prestations, LA MUTUELLE afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

CHAPITRE VI : INFORMATION DES ADHERENTS

Article 19 : La Notice d'information

Conformément à l'article L. 221-6 du code de la mutualité, dans le cadre des opérations collectives, LA MUTUELLE établit une notice décrivant les garanties souscrites.

Le souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de LA MUTUELLE à chaque adhérent.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des adhérents, le souscripteur est également tenu d'informer chaque adhérent en lui remettant une notice établie à cet effet par LA MUTUELLE.

La preuve de la remise de la notice et des statuts à l'adhérent et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au souscripteur.

Article 20 : Les Statuts et Règlements

Toute modification des statuts et règlements de LA MUTUELLE décidée par l'assemblée générale de LA MUTUELLE doit être portée à la connaissance de ses adhérents.

CHAPITRE VII : ACTION SOCIALE

Article 21 : Commission d'aide sociale

Des recours exceptionnels peuvent être accordés par la Commission d'Aide Sociale dès lors que l'adhérent ou ses ayants droit se trouvent dans une situation de difficulté avérée et qu'ils auront expressément saisi PAVILLON PREVOYANCE.

Cette Commission peut également examiner et statuer sur les réclamations formulées par l'adhérent ou ses ayants droit au sujet des décisions prises par PAVILLON PREVOYANCE en matière de prestations ou de cotisations.

Au regard des ressources du foyer de l'adhérent et de sa situation actuelle, la Commission d'Aide Sociale accorde :

- Pour les adhérents qui ont deux ans d'ancienneté : ACTION SOLIDARITE

La Commission informe l'adhérent ou l'ayant droit par courrier sous 15 jours de l'éventuelle diminution de sa cotisation.

- Pour les adhérents qui ont trois ans d'ancienneté : RECOURS GRACIEUX

Montant accordé selon les frais de santé engagés et sur présentation de la facture des dépenses réelles, ainsi que des aides obtenues d'autres organismes s'il y a lieu.

- Pour les adhérents de moins de - 28 ans :

- étudiants boursiers, sur présentation de l'attribution d'une bourse et de la carte d'étudiant
- demandeurs d'emploi non indemnisés, sur présentation d'une attestation Assedic, il est appliqué sur leur cotisation de l'année en cours, s'ils en font la demande, une réduction de 20 %.

CHAPITRE VIII : MEDIATION MUTUALISTE ET TRAITEMENT DES RECLAMATIONS

Article 22 : Médiation et traitement des réclamations

Les éventuelles réclamations doivent être adressées par lettre recommandée avec avis de réception accompagnée des justificatifs de votre demande à : PAVILLON PREVOYANCE – Service Réclamations – 90 avenue Thiers 33072 BORDEAUX CEDEX.

Tout différend survenant entre LA MUTUELLE et l'adhérent à la suite du traitement d'une réclamation sera soumis préalablement à toute action en justice, au médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française conformément à la procédure prévue aux Statuts de LA MUTUELLE.

Ce médiateur peut être saisi en transmettant le dossier objet de la demande, accompagné des justificatifs nécessaires :

- Soit par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur, 255 rue de Vaugirard 75 719 PARIS CEDEX
- Soit par mail à : mediation@mutualite.fr
- Soit directement via le site internet : <http://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/la-federation/la-mediation/>

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

Chapitre IX : informations légales

Article 23 : Informatique et libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de LA MUTUELLE conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales sans l'autorisation de l'adhérent.

L'adhérent ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de LA MUTUELLE, ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à LA MUTUELLE à l'adresse de son siège social.

Article 24 : Convention de substitution

En application de l'article L211-5 du code de la Mutualité, PAVILLON PREVOYANCE se substitue intégralement à LA MUTUELLE Solidarité d'Aquitaine pour la constitution des garanties d'assurance maladie et accident offertes aux membres participants de la Solidarité d'Aquitaine et à leurs ayants droit, ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1,2 ,20 et 21.

Si l'agrément accordé à PAVILLON PREVOYANCE lui est retiré, le contrat Frais de santé sera résilié le 40^{ème} jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie est alors restituée au souscripteur.

Article 25 : Prise d'effet et durée du contrat collectif

Le contrat a pris effet le 1^{er} juillet 2014. Il est souscrit, dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année, pour une durée d'1 an renouvelable.

Article 26 : Résiliation du contrat collectif

Résiliation à l'initiative du souscripteur

Le contrat prend fin en cas de résiliation par les représentants légaux du souscripteur, si elle est signifiée à LA MUTUELLE par lettre recommandée au moins 6 mois avant la date d'échéance.

Aucune résiliation ne peut être acceptée en cours d'année.

L'adhésion de l'adhérent prend fin en cas de demande de résiliation de ce dernier, signifiée à LA MUTUELLE par lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance.

Cependant, en cas de modification des droits et obligations des adhérents, ces derniers peuvent mettre fin à leur adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise, par le souscripteur, de la notice comportant des modifications. Dans ce cas, la résiliation de l'adhérent ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

Toute modification du contrat est constatée par un avenant signé des parties.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation du contrat de l'adhérent.

CHAPITRE X : DESCRIPTIF DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 27 : Bénéficiaires de la garantie

Les garanties sont à adhésion facultative pour l'ensemble des adhérents membres de la personne morale souscriptrice signataire. Ils sont désignés dans le contrat par « adhérents ». Les adhérents bénéficiant des prestations remplissent un bulletin d'affiliation et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Par ayants droit, il faut entendre les bénéficiaires définis ci-après et figurant sur le bulletin d'affiliation de l'adhérent.

Les adhérents et les ayants droit doivent choisir la même garantie.

Article 28 : Ayants droit

Sont considérés comme ayants droit :

28.1 Le conjoint, concubin, ou le signataire d'un PACS, et ses enfants à charge, s'ils figurent

sur le bulletin individuel d'affiliation de l'adhérent, et pour les enfants à charge conformément aux dispositions ci-après.

28.2 Les enfants :

- qui bénéficient de la Sécurité Sociale sur le compte de l'affilié ou de son conjoint ou concubin ou signataire d'un PACS, ou qui sont âgés de moins de 28 ans et bénéficient de la Sécurité Sociale en raison de leur propre assujettissement s'ils :
 - Poursuivent leurs études et sont inscrits à ce titre à la Sécurité Sociale des
 - étudiants ou à l'assurance personnelle.
 - Sont apprentis pour autant que leurs rémunérations n'excèdent pas les 55 % du S.M.I.C.
 - Sont demandeur d'emploi ou en emploi précaire et si leur rémunération perçue n'est pas supérieure à 55 % du S.M.I.C.
- qui sont atteints, quel que soit leur âge, d'une infirmité qui leur ouvre droit à l'allocation d'adulte handicapé.

Les enfants recueillis ou adoptés, les personnes dont la tutelle a été confiée à l'affilié, et les enfants du conjoint ou du concubin qui bénéficient de la Sécurité Sociale sur le compte de l'affilié sont reconnus à charge, tant qu'ils remplissent les conditions énumérées ci-dessus.

28.3 Les ascendants de l'affilié et du conjoint ou du concubin qui vivent sous le même toit que celui-ci.

LA MUTUELLE se réserve le droit d'effectuer tout contrôle qu'elle jugera utile concernant les dispositions ci-dessus.

Article 29 : Descriptif des prestations

Les bénéficiaires des garanties sont couverts dans le respect du parcours de soins coordonnés. **Selon votre niveau de garantie (se reporter au descriptif de votre garantie)**, vous bénéficiez des prestations ci-dessous :

29.1 - Hospitalisation Chirurgicale :

L'hospitalisation chirurgicale inclut l'hospitalisation ambulatoire.

LA MUTUELLE prend en charge au titre de la chirurgie les frais occasionnés par toute intervention chirurgicale correspondant à des actes inscrits à la nouvelle nomenclature de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

LA MUTUELLE n'intervient qu'après prise en charge de l'intervention chirurgicale par l'assurance maladie obligatoire.

Le tarif pris en charge par LA MUTUELLE varie selon qu'il s'agit d'un établissement conventionné ou non conventionné.

a) Frais d'hospitalisation :

- Frais de séjour : Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.
- Forfait Journalier : LA MUTUELLE rembourse le montant de la participation aux frais d'hospitalisation laissé à charge du malade en matière de forfait journalier. La durée de prise en charge est indiquée sur le descriptif de la garantie.

- Chambre Particulière avec nuitée : durée et tarif de prise en charge indiqués sur le descriptif de la garantie.

La chambre particulière n'est pas prise en charge en cas d'hospitalisation psychiatrique.

- Frais d'accompagnement : durée et tarif de prise en charge indiqués sur le descriptif de la garantie.
- b) Les Honoraires Médicaux :
 - Honoraires des médecins et auxiliaires médicaux intervenant pendant la durée de l'hospitalisation,
Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.
- c) Frais de transports
 - Frais de transport du malade « entrée » et « sortie » d'hospitalisation
Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir:

- Demande de prise en charge, sauf disposition particulière avec les établissements conventionnés par LA MUTUELLE,
- Facture acquittée de l'établissement,
- Justificatifs des frais d'accompagnant (détaillés par journée),
- Relevé d'honoraires en cas de dépassement précisant l'acte pratiqué (C.C.A.M.), montant total des honoraires, le montant du dépassement.

Exclusions :

Interventions chirurgicales dites « esthétiques » non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire.

d) Pharmacie

LA MUTUELLE prend en charge au titre de la pharmacie :

- les produits pharmaceutiques médicalement prescrits remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- le petit appareillage médicalement prescrit et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les taux de prise en charge sont indiqués sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir : Décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, Volet N° 2 de la facture subrogatoire en cas de tiers payant par l'Assurance Maladie Obligatoire, Facture Pharmacie Hospitalière (titre de recette).

e) Appareillage

LA MUTUELLE prend en charge au titre de l'appareillage les dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide à la vie figurant au T.I.P.S.

Conditions de prise en charge : Le taux de remboursement est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- Décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire,
- Facture détaillée du fournisseur, notamment en cas de dépassement de tarif.

f) Prothèses Capillaires, Mammaires, Oculaires

LA MUTUELLE intervient lors de l'achat de matériels d'aide à la vie, prothèse capillaire, prothèse mammaire, prothèse oculaire.

Le taux de remboursement est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- Facture acquittée,

- Décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

29.2 - Hospitalisation Médicale :

L'hospitalisation médicale inclut l'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation ambulatoire.

Le tarif pris en charge par LA MUTUELLE varie selon qu'il s'agit d'un établissement conventionné ou non conventionné.

LA MUTUELLE prend en charge au titre de l'hospitalisation médicale les hospitalisations ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. LA MUTUELLE n'intervient qu'après prise en charge de l'hospitalisation par l'assurance maladie obligatoire et rembourse :

a) Frais d'hospitalisation

- Frais de séjour : le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.
- Forfait Journalier :

LA MUTUELLE rembourse le montant de la participation aux frais d'hospitalisation laissé à charge du malade en matière de forfait journalier. La durée de prise en charge est indiquée sur le descriptif de la garantie.

- Chambre Particulière avec nuitée : Durée et tarif de prise en charge indiqués sur le descriptif de la garantie.

La chambre particulière n'est pas prise en charge en cas d'hospitalisation psychiatrique

- Frais d'accompagnant : Durée et tarif de prise en charge indiqués sur le descriptif de la garantie.

b) Les honoraires médicaux

- Honoraires des médecins et auxiliaires médicaux intervenant pendant la durée de l'hospitalisation,
- Taux de prise en charge : selon taux indiqué sur le descriptif de la garantie

c) Frais de transport

- Frais de transport du malade « entrée » et « sortie » d'hospitalisation
Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Exclusions : Les séjours en maison de retraite, les séjours dans les établissements spécialisés à caractère social avec hébergement (par exemple établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées), le séjour en établissement thermal sauf en cas de cure médicale justifiée

d) Pharmacie

LA MUTUELLE prend en charge au titre de la pharmacie :

- les produits pharmaceutiques médicalement prescrits remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- le petit appareillage médicalement prescrit et pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Les taux de prise en charge sont indiqués sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir : Décompte de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire, Volet N° 2 de la facture subrogatoire en cas de tiers payant par l'Assurance Maladie Obligatoire, Facture Pharmacie Hospitalière (titre de recette).

e) Appareillage

LA MUTUELLE prend en charge au titre de l'appareillage les dispositifs médicaux pour traitement et matériels d'aide à la vie figurant au T.I.P.S.

Conditions de prise en charge : Le taux de remboursement est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- Décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire,
- Facture détaillée du fournisseur, notamment en cas de dépassement de tarif.

f) Prothèses Capillaires, Mammaires, Oculaires

LA MUTUELLE intervient lors de l'achat de matériels d'aide à la vie, prothèse capillaire, prothèse mammaire, prothèse oculaire.

Le taux de remboursement est indiqué sur le descriptif de la garantie.

Pièces à fournir :

- Facture acquittée,
- Décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

29.3 – Assistance à domicile

Incluse selon information figurant sur le descriptif de la garantie.

Les conditions d'application de celle-ci font l'objet conformément aux dispositions légales de la notice d'information spécifique qui est remise en même temps que la notice d'information de la garantie santé choisie. Il peut être procédé à un changement du promoteur de la garantie assistance. Dans ce cas de figure l'adhérent sera informé par la notice de la garantie en résultant, ainsi que de la nouvelle dénomination de l'assisteur.

Lexique :

Hospitalisation : séjour en qualité de patient, prescrit par un médecin, dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident, d'une maternité

Régime obligatoire : régime légal de prévoyance social auquel est obligatoirement affilié l'assuré

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure

Transport : le transport sanitaire du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou la clinique) le (ou la) plus proche. L'assuré garde le libre choix de l'établissement hospitalier.

Tarif de convention : tarif servant de base au remboursement des honoraires et des soins dispensés par l'ensemble des professionnels de la santé ayant adhérer aux conventions nationales