

Notice d'information

Régime complémentaire frais de santé

Date d'effet 1er janvier 2022



MUTUELLE D'OUEST-FRANCE



Préambule

La mutuelle d'Ouest-France est obligatoire depuis le 03 juin 1999. Jusqu'au 1^{er} juillet 2014, les salariés dont le taux d'activité était inférieur à 40% et les salariés sous contrat à durée déterminée de moins de six mois étaient exclus du régime. Le décret du 09 janvier 2012 a rendu la mutuelle obligatoire pour tous les salariés d'Ouest-France et de SIGL, sous réserve des dispenses prévues par la loi ou les statuts de la mutuelle d'Ouest-France.

La présente notice prend en compte les évolutions réglementaires, notamment :

- Le financement patronal du régime obligatoire de frais de santé au minimum à hauteur de la moitié, prévu au paragraphe III de l'article L911-7 du code de la Sécurité sociale,
- la généralisation de la portabilité des droits issue de l'article L 911-8 du code de la Sécurité sociale introduit par la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013,
- la modification de l'article 4 de la loi Evin introduite par l'article 1er de la loi relative à la sécurisation de l'emploi,
- la nouvelle Classification Commune des Actes médicaux (CCAM) au volet dentaire (hormis l'orthodontie), déterminée par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux du 21 juin 2018, approuvée par l'arrêté ministériel du 20 août 2018,
- les nouvelles dispositions du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 déterminant les règles attachées aux « Contrats responsables », amendées par les dispositions de la circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales « contrat responsable »,
- la mise en œuvre du 100% santé prévu par l'article 51 de la loi 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale,
- les nouvelles dispositions du décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pour l'application de l'article 34 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016
- le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires (nouveaux contrats responsables).
- le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé (ANI)

Nous mettons tout en œuvre pour vous assurer une protection sociale de qualité.

Pour tout renseignement, n'hésitez pas à contacter la Mutuelle d'Ouest-France.



Sommaire

BÉNÉFICIAIRES DU RÉGIME	4
Bénéficiaires à titre obligatoire	4
Adhésion à titre obligatoire	8
Adhésion à titre facultatif	9
Bénéficiaires à titre facultatif	11
Résiliation de l'adhésion facultative	11
TIERS PAYANT	12
Carte de tiers-payant	12
GARANTIE	12
Description de la garantie « frais de santé »	12
Contrat responsable	13
Prise d'effet de la garantie	13
Terme de la garantie	14
Comment vous faire rembourser ?	14
Pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements	15
Territorialité	17
Tableau des garanties	18
COTISATIONS	21
Assiette de cotisations	21
Modalités de paiement des cotisations	22
Evolution des cotisations	22
Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif	22
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	23
LEXIQUE	25
ANNEXES	34



Bénéficiaires du régime

Bénéficiaires à titre obligatoire

Le régime frais de santé à adhésion obligatoire concerne, sans délai de carence, l'ensemble du personnel sous contrat de travail inscrit à l'effectif des sociétés figurant dans l'annexe 1.

Chaque salarié dûment affilié au régime est appelé « Assuré ».

Chaque personne qui bénéficie de vos garanties du fait de ses liens avec vous est appelée « Ayant droit ».

Assuré

Vous-même, en qualité de salarié, que vous soyez sous contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée.

Toutefois, vous pouvez être dispensé d'adhésion au présent dispositif, dès lors que vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes:

- ◆ Salarié bénéficiaire d'un contrat de travail à durée déterminée d'une durée de couverture santé inférieure à trois mois, couvert par un contrat individuel répondant au cahier des charges des contrats responsables. Dans ce cas, vous bénéficiez en lieu et place du versement santé.
- ◆ Salarié bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée ou d'apprentissage d'une durée inférieure à six mois
- ◆ Bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire, avec ou sans contribution
- ◆ Salarié à temps partiel que l'adhésion au régime collectif et obligatoire de frais de santé conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de sa rémunération brute
- ◆ Salarié couvert par une couverture individuelle frais de santé au moment de l'embauche en contrat de travail à durée indéterminée.
- ◆ Salarié bénéficiaire d'une couverture santé collective et obligatoire dans le cadre d'un autre emploi (employeur multiple)
- ◆ Salarié bénéficiaire de la couverture santé collective et obligatoire de mon conjoint, dans le cadre de son activité professionnelle et **UNIQUEMENT** lorsque ce dispositif prévoit explicitement la couverture obligatoire des ayants droit et que la couverture préexiste au moment de mon embauche

Si vous souhaitez demander la dispense d'adhésion pour l'un des motifs ci-dessus, vous devez remplir, signer et remettre le formulaire de demande de dispense, qui vous a été remis en même temps que votre contrat, au responsable des ressources humaines ou au service Emploi. Un modèle de formulaire de demande de dispense est en annexe à la fin de la présente notice.

Vous devez justifier avant le 31 décembre de chaque année auprès du service rémunérations que vous continuez à remplir les conditions permettant une dispense d'adhésion, quand le motif de dispense le prévoit.



Dès lors que les conditions ayant justifié votre dispense d'adhésion cessent, vous êtes affilié obligatoirement au régime à compter du 1er jour du mois suivant la modification de votre situation.

Versement santé (ou chèque santé)

Si votre contrat, et ses prolongations éventuelles, dure au maximum deux mois, et que vous justifiez être couvert à titre individuel par un régime de frais de santé conforme au cahier des charges des contrats responsables, tel que défini par le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 modifié par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019, vous bénéficiez du versement santé.

Ce versement est une participation de l'employeur au financement de votre couverture individuelle. Il se traduit par le paiement, via le bulletin de salaire, d'un montant égal au montant mensuel de la cotisation patronale due, si vous aviez adhéré au contrat de frais de santé de la mutuelle d'Ouest-France, majoré de 25% pour tenir compte de la portabilité à laquelle vous n'êtes pas éligible.

Disposition particulière pour les couples travaillant dans la même entreprise

Si vous et votre conjoint (ou assimilé tel que défini ci-dessous) travaillez dans la même société, que vous ayez ou non des enfants à charge, vous avez le choix de cotiser ensemble ou séparément.

Ayants droit

Vos ayants droit, sont :

- ◆ Votre conjoint (ou assimilé):
 - votre conjoint marié,
 - votre concubin,
 - votre partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).

On entend par concubin la personne vivant en couple avec l'assuré dans le cadre d'une union de fait s'il peut être prouvé la vie commune sous la forme d'un justificatif (notamment, quittance de loyer, ou justificatif d'un domicile fiscal commun aux deux concubins).

On entend par partenaire de PACS la personne liée à l'Assuré par un pacte civil de solidarité tel que défini par les textes en vigueur.

- ◆ Votre enfant légitime ou celui de votre conjoint (ou assimilé) âgé de moins de 26 ans.

Salarié dont le contrat de travail est suspendu

Dans tous les cas de suspension de contrat de travail, l'adhésion au régime est facultative (cf. les formalités d'adhésion au paragraphe « Bénéficiaires à titre facultatif ») page 8.

Les garanties vous sont maintenues, sans participation de l'employeur dès lors que vous vous trouvez en suspension de contrat de travail dans les cas suivants :

- arrêt de travail pour maladie ou accident du travail non rémunéré ;
- congé de maternité ou d'adoption non rémunéré ;
- congé parental d'éducation;
- congé de formation non rémunéré;
- congé de solidarité familiale ;
- congé de soutien familial ;



- congé de présence parentale ;
- congé sabbatique ;
- congé sans solde supérieur ou égal à un mois.

Les modalités de calcul des cotisations diffèrent de celles des salariés. Veuillez vous reporter au chapitre « Cotisations » page 24 de la présente notice.

A l'issue de la suspension de votre contrat de travail, vous retrouvez les effets de l'affiliation au régime obligatoire, sans délai de carence.

En cas de rupture de votre contrat de travail

En cas de rupture de votre contrat de travail, vous pouvez bénéficier du maintien de la garantie, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit dans les conditions ci-dessous.

Conditions du bénéfice de la portabilité des droits

Vous devez satisfaire aux conditions cumulatives suivantes :

- ◆ le contrat de travail doit avoir été rompu : l'ensemble des motifs de cessation du contrat de travail sont concernés (licenciement à titre individuel ou pour motif économique, rupture conventionnelle, fin de contrat à durée déterminée, démission pour motif légitime, convention de reclassement personnalisé notamment), à l'exception de la faute lourde ;
- ◆ la rupture de ce contrat de travail doit ouvrir droit à indemnisation par le régime d'Assurance chômage ;
- ◆ les droits à prestations doivent avoir été ouverts dans l'une des sociétés figurant à l'annexe 1 avant la cessation du contrat de travail. Ce maintien vous est accordé à titre gratuit et le cas échéant à vos ayants droit qui bénéficiaient effectivement des garanties au moment de la cessation du contrat de travail, ainsi qu'à ceux nés ou adoptés pendant la période de maintien ;
- ◆ chaque mois, vous devez justifier de votre indemnisation par l'assurance chômage, sous peine de mettre fin à la portabilité

Le financement de ce maintien dans le régime est assuré par mutualisation.

Si vous aviez renoncé au bénéfice du régime frais de santé du fait d'une dispense d'affiliation, vous ne pourrez pas, ainsi que vos ayants droit, prétendre au bénéfice de la portabilité des garanties.

Prise d'effet et durée du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend effet dès le lendemain de la date de cessation effective du contrat de travail (terme du préavis effectué ou non) pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs, sans interruption, chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois entiers, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois, à compter de la date de cessation du contrat de travail.

La suspension des allocations chômage n'a pas pour conséquence de prolonger d'autant la période de maintien des droits.



Définition des garanties

Les garanties maintenues sont identiques à celles en vigueur pour les salariés actifs avant la rupture de leur contrat de travail.

Modifications contractuelles

Toutes les modifications apportées aux dispositions contractuelles applicables aux salariés en activité (modification du niveau des prestations, des conditions réglementaires, notamment), pendant la période de maintien des droits, seront opposables aux anciens salariés dans les mêmes conditions ainsi qu'à leurs ayants droit.

Modalités d'information

L'employeur doit informer la Mutuelle d'Ouest-France dans les plus brefs délais de la cessation du contrat de travail de ses anciens salariés.

Vos obligations

Vous devez justifier auprès de la Mutuelle d'Ouest-France, à l'ouverture et chaque mois au cours de la période du maintien des garanties, des conditions cumulatives énoncées ci-avant (*voir § conditions de bénéficiaire de la portabilité*) et notamment de votre indemnisation par le régime d'Assurance chômage, si vous souhaitez bénéficier du maintien des garanties.

Vous devez signaler également toute modification de votre situation (fin d'indemnisation chômage, reprise d'une activité professionnelle...) à la Mutuelle d'Ouest-France et plus généralement, vous devrez informer immédiatement la Mutuelle d'Ouest-France de toute évolution de votre situation justifiant la cessation du bénéfice de la portabilité.

Fin du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend fin :

- ◆ à la date de cessation de l'indemnisation de l'ancien salarié par le régime d'Assurance chômage (reprise d'activité professionnelle à temps plein ou partiel) ou dès lors que l'ancien salarié n'apporte plus la preuve de bénéficier de cette indemnisation ;
- ◆ à la date de liquidation de la pension de retraite de base, notamment,
- ◆ à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion souscrite par votre employeur ou à l'issue de la date de dénonciation de l'accord du 29 décembre 2017,
- ◆ en tout état de cause, à l'issue de la période de maintien à laquelle l'ancien salarié peut prétendre et au plus tard au terme d'un délai de douze mois suivant la date de cessation du contrat de travail ;
- ◆ au jour du décès de l'assuré.

Seuls les soins ou actes médico-chirurgicaux dont la date est antérieure à la date d'effet de la cessation des garanties pourront être pris en charge.

A l'issue de la période de maintien de la garantie, vous pouvez, si les conditions sont réunies, bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés décrit à la page 9.



A ce titre, vous recevrez de la Mutuelle d'Ouest-France une proposition de maintien de la couverture au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits. Vous devrez l'accepter ou non dans un délai de six mois à compter de la date de fin de la période de maintien des garanties au titre de la portabilité des droits. L'adhésion dans ce cadre prendra effet

- ◆ au premier jour du mois de la réponse d'acceptation, si elle intervient au plus tard le 15,
- ◆ au premier jour du mois suivant la réponse d'acceptation, si elle intervient après le 15.

Adhésion à titre obligatoire

Votre adhésion prend effet à la date de votre embauche dans l'une des sociétés figurant en annexe. Une faculté de dispense d'affiliation est autorisée pour les motifs énoncés ci-avant (*voir § Assuré*). La demande de dispense doit être concrétisée par le remplissage et la signature du formulaire de dispense, dont le modèle est en page 34 de la présente notice, accompagné des justificatifs nécessaires. Il doit être retourné à l'employeur, en même temps que le contrat de travail signé. En tout état de cause, aucun effet rétroactif ne sera effectué pour une fourniture tardive du formulaire de dispense et/ou des justificatifs nécessaires. Dans une telle hypothèse, celle-ci sera prise en compte le 1^{er} du mois suivant la réception des documents.

Formalités d'adhésion

Afin d'assurer dans les meilleurs délais l'enregistrement de votre adhésion et celle de vos ayants droit éventuels, vous devez accomplir certaines formalités :

- ◆ remplir le bulletin d'adhésion remis par le responsable ressources humaines ou le service Emploi, pour vous-même ainsi que pour vos ayants droit,
- ◆ retourner en même temps que le contrat de travail signé le document complété et signé au responsable ressources humaines ou au service Emploi, accompagné des pièces justificatives mentionnées en annexe de la présente notice.

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par la Mutuelle d'Ouest-France, vous recevrez de celle-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-après.

Seuls les frais médicaux et chirurgicaux dont la date est postérieure à celle du 1^{er} jour de votre contrat de travail, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent régime.

Modification de situation familiale

Tout changement de situation de famille (nouvel ayant droit, perte de la qualité d'ayant droit, mariage, décès...), doit être porté à la connaissance de votre employeur, qui vous fera compléter un bulletin de modification. Ce dernier est disponible sur l'intranet de l'entreprise (rubrique Manuel social / Mutuelle) ou auprès du service rémunérations. Vous devrez ensuite le lui retourner accompagné des pièces justificatives, dans les quinze jours qui suivent l'événement.

Si nécessaire, une nouvelle carte de tiers payant vous sera alors envoyée par votre organisme assureur.



Modification de situation administrative

Il convient également de signaler très rapidement à la Mutuelle d'Ouest-France toute modification relative à la gestion de votre dossier (changement d'adresse, de Caisse primaire d'assurance maladie, en cas de mutation professionnelle notamment, de coordonnées bancaires...)

Adhésion à titre facultatif

Votre adhésion est facultative si vous êtes concernés par l'une des situations énumérées ci-dessous :

- ◆ les salariés dont le contrat de travail est suspendu et ne répondant pas aux conditions d'affiliation obligatoire, ainsi que leurs ayants droit ;
- ◆ les salariés reconnus en invalidité par la Sécurité sociale, qui ne travaillent plus et dont le contrat de travail n'est pas rompu, ainsi que leurs ayants droit ;
- ◆ les anciens salariés retraités ;
- ◆ les anciens salariés ayant quitté l'entreprise pour un autre motif que la retraite, le cas échéant après la période de portabilité.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit la date de suspension de votre contrat de travail, matérialisée par un bulletin d'adhésion prévu à cet effet.

Vous devrez faire votre demande auprès du service rémunérations, à la date de suspension de votre contrat de travail.

Les salariés reconnus en invalidité, dont le contrat de travail est suspendu

L'adhésion prend effet au premier jour du mois qui suit votre mise en invalidité, matérialisée par un bulletin d'adhésion prévu à cet effet.

Vous devrez faire votre demande auprès du service rémunérations à la date de votre mise en invalidité.

Votre adhésion prend fin à la date de la rupture de votre contrat de travail. Vous pouvez, si les conditions sont réunies, bénéficier du « Régime d'accueil » décrit ci-après.

Régime d'accueil des anciens salariés retraités

Le régime d'accueil des anciens salariés retraités vous est proposé, dès lors que vous bénéficiez d'une pension de retraite et que vous n'exercez pas d'activité professionnelle sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite et à votre dernier jour d'activité, vous étiez salarié d'une des entreprises figurant dans l'annexe 1.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut tant que vous ne reprenez pas une activité professionnelle rémunérée, que vous conservez le bénéfice des prestations et pensions visées ci-dessus et que vous vous acquittez de la cotisation.



Le maintien facultatif de l'adhésion vaut, à votre choix, soit uniquement pour vous-même, soit pour vous-même et vos ayants droit.

Formalités d'adhésion

Vous devez en faire la demande en remplissant un bulletin d'adhésion au régime des anciens salariés retraités, dans les six mois qui suivent votre départ de l'une des sociétés figurant dans l'annexe 1. Le bulletin d'adhésion vous est remis par le responsable des ressources humaines de votre entreprise. Vous pouvez aussi vous procurer le bulletin d'adhésion au régime auprès de la Mutuelle d'Ouest-France.

Régime d'accueil des anciens salariés (Art. 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989)

Le régime d'accueil des anciens salariés vous est proposé, dès lors que vous vous trouvez dans une des situations suivantes :

- vous bénéficiez d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ou d'une allocation chômage et vous n'exercez pas d'activité professionnelle, sauf dans le cadre d'un cumul emploi-retraite et à votre dernier jour d'activité, vous étiez salarié d'une des entreprises figurant dans l'annexe 1 ;
- en cas de décès d'un salarié actif, vos ayants droit peuvent bénéficier du régime d'accueil des anciens salariés ;
- en cas de décès d'un ancien salarié, hors retraité, les ayants droit peuvent également bénéficier du présent régime. La garantie est identique à celle du régime des actifs. La cotisation correspondante est à votre charge. Elle ne comporte pas de participation de l'employeur.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut tant que vous ne reprenez pas une activité professionnelle rémunérée, que vous conservez le bénéfice des prestations et pensions visées ci-dessus et que vous vous acquittez de la cotisation.

Le maintien facultatif de l'adhésion vaut, à votre choix, soit uniquement pour vous-même, soit pour vous-même et vos ayants droit.

Formalités d'adhésion

La Mutuelle d'Ouest-France vous adressera une proposition de maintien de couverture au régime des anciens salariés, au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou, le cas échéant, de la période de portabilité des droits, dès lors qu'elle en aura eu connaissance. Vous devrez y répondre dans un délai de six mois à compter de la date de cessation du contrat de travail ou, le cas échéant, de la période de portabilité des droits, en remplissant un bulletin d'adhésion au régime des anciens salariés.

En cas de décès du salarié ou de l'ancien salarié, la Mutuelle d'Ouest-France adressera un courrier pour proposer le maintien de la couverture à l'ayant droit du salarié ou de l'ancien salarié décédé au plus tard dans un délai de deux mois suivant le décès. Le ou les ayants droit pourront s'affilier à la Mutuelle d'Ouest-France en remplissant le bulletin d'adhésion prévu à cet effet, dans les six mois suivant le décès. L'adhésion prend effet le premier jour du mois de la réception du bulletin



d'adhésion par la Mutuelle d'Ouest-France, s'il est parvenu au plus tard le 15 du mois, ou le premier du jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion, s'il est parvenu après le 15.

Bénéficiaires à titre facultatif

Indépendamment du type de contrat de l'adhérent (contrat collectif obligatoire ou contrat individuel facultatif), peuvent adhérer à titre facultatif, sans participation financière de l'employeur, en contrepartie d'une cotisation spécifique :

- ◆ votre conjoint, couvert en qualité d'assuré social à titre personnel par un régime de Sécurité sociale offrant des prestations en nature, ainsi que ses enfants qui remplissent les conditions définies au paragraphe « Ayants droit » page 5 ;
- ◆ vos enfants à charge âgés de moins de 26 ans.

Formalités d'adhésion

L'adhésion prend effet concomitamment à celle du salarié ou de l'ancien salarié ou dès la survenance d'un événement tels que mariage, pacte civil de solidarité et concubinage ou naissance.

De même, vous pouvez modifier votre choix en cours d'année lors de la survenance d'un des événements suivants :

- divorce, dissolution du pacte civil de solidarité, fin de concubinage ;
- changement de situation professionnelle du conjoint (ou assimilé) entraînant l'adhésion ou la perte de qualité d'adhérent à un contrat collectif de santé à adhésion obligatoire ;
- changement de situation d'un enfant ne satisfaisant plus à une définition d'ayant droit au sens du présent régime,
- décès d'un ayant droit.

Vous devrez faire votre demande auprès du service rémunérations. Sur présentation des justificatifs, la modification s'appliquera, au plus tôt, le 1er du mois suivant la date de réception.

Résiliation de l'adhésion facultative

La faculté de résiliation s'exerce par l'envoi d'une lettre moyennant le respect d'un préavis d'un mois au moins avant la date de radiation choisie.

Cette adhésion est souscrite pour une durée d'un an. Elle est renouvelable au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction, sauf dans les cas suivants :

- résiliation par l'adhérent dans les conditions susvisées ;
- résiliation par la Mutuelle d'Ouest-France, en cas de non-paiement de cotisation par l'adhérent ;
- adhésion justifiée de l'adhérent à un régime obligatoire.

Toute demande de résiliation dans le cadre d'une adhésion facultative est considérée comme définitive, sauf pour les ayants droit.



Tiers Payant

Le tiers payant est un accord passé entre la Mutuelle d'Ouest-France et les professionnels de santé, qui vous dispense de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties.

Pour bénéficier de ce service, vous présentez aux professionnels de santé votre carte de tiers payant et votre attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale ou votre carte Vitale.

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les cabinets dentaires et auprès des opticiens.

Si vous réglez au professionnel de santé une partie des soins, vous devez réclamer un justificatif de paiement et l'adresser à la Mutuelle d'Ouest-France.

Carte de Tiers Payant

Suite à l'enregistrement de votre adhésion par la Mutuelle d'Ouest-France, vous recevrez de celle-ci une carte de tiers payant sur laquelle figureront les bénéficiaires inscrits. Cette carte vous permet de bénéficier du tiers payant tel que défini ci-dessus.

Si vous quittez votre entreprise et, dans tous les cas, si vous ne remplissez plus les conditions pour bénéficier du présent régime, vous devez restituer votre ou vos carte(s) de tiers payant au service rémunérations sans délai.

Garantie

Description de la garantie « frais de santé »

La garantie « frais de santé » telle que prévue par la présente notice, consiste à vous faire bénéficier ainsi qu'à vos ayants droit éventuels de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident, prescrits par une autorité médicale qualifiée et remboursés par la Sécurité sociale.

Les frais médicaux pris en charge par la Sécurité sociale font l'objet d'un remboursement complémentaire à l'exception des soins hors nomenclature, sauf cas expressément indiqués dans le tableau de garanties ci-après.

Les prestations sont dues au titre des soins de santé intervenant à compter de la date d'effet de l'adhésion, et pendant la période durant laquelle le bénéficiaire adhère au régime.



Le remboursement des prestations est dans tous les cas limité pour chaque acte aux frais réels restant à la charge du bénéficiaire après intervention de la Sécurité sociale et, le cas échéant, d'un autre organisme complémentaire.

Contrat responsable

Les prestations garanties au présent régime sont conformes aux dispositions de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et à ses décrets d'application, notamment l'article R. 871-2 issu du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, modifié par le décret 2019-21 du 11 janvier 2019, relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

En conséquence, le présent régime prend en charge les niveaux minimaux de remboursements suivants :

- ◆ l'intégralité du ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par l'Assurance maladie obligatoire, sauf pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé comme faible ou modéré;
- ◆ l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée ;
- ◆ la prise en charge d'équipements d'optique médicale (verres et monture) ; elle doit respecter les périodes définies pour leur renouvellement ainsi que les minima et maxima énoncés à l'article R871-23 du Code de la Sécurité sociale, incluant le ticket modérateur ;
- ◆ l'intégralité des dépassements d'honoraires dans le cadre du panier 100% santé pour les dépenses d'audiologie, d'optique et de prothèses dentaires, tel que défini par l'instruction n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019.

Toutefois, le présent régime ne prend pas en charge :

- ◆ la participation forfaitaire pour les actes et consultations réalisés par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (hors hospitalisation) et pour les actes biologiques ainsi que les franchises médicales applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (article L.322.2 du Code de la Sécurité sociale) ;
- ◆ la majoration du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (sans prescription du médecin traitant ou sans désignation du médecin traitant) ou, à compter de sa mise en place, de non autorisation au dossier médical personnel (article L.1111-15 du code de santé publique) ;
- ◆ les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés ou non sans prescription préalable du médecin traitant (non-respect du parcours de soins coordonnés).

Les taux, montants et plafonds indiqués dans le tableau de garantie ci-après sont susceptibles d'évoluer en fonction des textes en vigueur. Ainsi, toute contribution forfaitaire, majoration de participation ou autre mesure dont la prise en charge serait exclue par les dispositions régissant les contrats responsables, ne sera pas remboursée au titre du présent régime. De même, toute nouvelle obligation de prise en charge sera intégrée au régime.

Prise d'effet de la garantie

Pour tous les salariés présents à l'effectif à la date d'effet du régime, la garantie prend effet à cette même date.



Pour les salariés embauchés postérieurement à la mise en œuvre du régime, la garantie prend effet dès la date d'effet de leur contrat de travail.

Pour les adhérents à titre facultatif, l'adhésion prend effet le premier jour du mois de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle d'Ouest-France, s'il est parvenu au plus tard le 15 du mois, ou le premier du jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion, s'il est parvenu après le 15..

Terme de la garantie

Le terme de la garantie survient au plus tôt :

- ◆ à la date de résiliation de l'adhésion souscrite par votre employeur ;
- ◆ à la date de rupture de votre contrat de travail ;
- ◆ à la date du décès de l'adhérent.

Toutefois, dans ces deux derniers cas, vous pouvez, ainsi que vos ayants droit en cas de décès, demander le maintien de la garantie à titre facultatif dans les conditions décrites dans la présente notice (*voir plus haut, § régime d'accueil des anciens salariés – Art 4 loi Evin du 31 décembre 1989*).

Pour les adhésions facultatives, la garantie cesse :

- à la date de résiliation de l'adhésion par l'adhérent ;
- à l'issue de la procédure, en cas de non-paiement des cotisations, telle que prévue au paragraphe « Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif » page 22 ;
- à la date du décès de l'adhérent.

Dans tous les cas, le terme de la garantie prévu au régime entraîne purement et simplement la cessation immédiate des droits pour l'Assuré et ses ayants droit.

Comment vous faire rembourser ?

Dans la plupart des cas, le remboursement des prestations est automatique grâce au système de télétransmission (NOEMIE) entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la Mutuelle d'Ouest-France. Grâce à lui, vous n'avez plus besoin d'envoyer vos décomptes ; c'est la CPAM qui s'en charge dès qu'elle a traité la feuille de soins.

Le règlement des prestations de la Mutuelle d'Ouest-France s'effectue directement sur votre compte par virement bancaire avec transmission d'un relevé des remboursements effectués.

Cependant, pour certains actes (dentiste, optique, hospitalisation, cure...) l'envoi de pièces justificatives à la Mutuelle d'Ouest-France est nécessaire (voir ci-dessous paragraphe « pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements »).

Adhésion à plusieurs organismes complémentaires

La liaison NOEMIE ne fonctionne qu'entre la CPAM et un seul organisme complémentaire. En cas d'adhésion à plusieurs organismes, vous devrez choisir celui auprès duquel la connexion souhaitée sera établie et l'indiquer lors de votre adhésion.



Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses réellement engagées.

En cas de remboursement préalable d'un autre organisme complémentaire, il est nécessaire de présenter à la Mutuelle d'Ouest-France l'original du relevé de prestations de cet organisme, les copies des décomptes de la Sécurité sociale et tout justificatif des frais réels engagés.

Pièces justificatives à joindre à vos demandes de remboursements

Prothèses dentaires / Parodontologie/Implantologie/Orthodontie

- ◆ facture détaillée et acquittée du professionnel de santé, précisant :
 - la nature des travaux effectués (n° de dent, matériau utilisé), les actes remboursés et non remboursés par la Sécurité sociale et les codes CCAM dentaire (Classification Commune des Actes Médicaux) correspondants,
 - le montant des frais réels correspondant à chacun des actes effectués.

Médecines alternatives

- ◆ facture détaillée et acquittée sur laquelle figurent les coordonnées complètes du praticien ayant les diplômes requis, ainsi que la date, la nature et la personne bénéficiaire des soins.

Le professionnel doit être enregistré dans un répertoire agréé de type ADELI (Automatisation Des Listes), quand il existe. C'est un système d'information national sur les professionnels relevant du code de la santé publique, du code de l'action sociale et des familles.

Frais d'optique médicale

Depuis le 1er septembre 2015, la Mutuelle d'Ouest-France adhère au réseau de soins Kalivia. Dès lors, le suivi des relations et le règlement des professionnels de santé de l'optique est du ressort de TPHM, l'opérateur du tiers payant, que l'opticien fasse partie ou non du réseau de soins Kalivia. Pour cette raison, aucune prestation d'optique ne sera remboursée directement par la Mutuelle d'Ouest-France, aux professionnels de santé. Dans l'hypothèse du recours à un opticien qui refuse le tiers payant, la facture détaillée acquittée de la monture et des verres ainsi que la prescription médicale seront demandées afin de vous rembourser ;

Les autres pièces justificatives sont :

- ◆ prescription médicale dans tous les cas
- ◆ facture détaillée acquittée pour les lentilles refusées par la Sécurité sociale ;
- ◆ facture détaillée acquittée pour la chirurgie réfractive de l'œil.

En cas de nouvel équipement avant l'échéance des deux ans pour les adultes et les enfants de plus de 16 ans (équipement par période d'un an) :

- ◆ facture détaillée et prescriptions médicales (initiale et actuelle), attestant le changement de correction.

Audioprothèses - Orthopédie - Prothèses autres que dentaires



- ◆ facture détaillée acquittée,
- ◆ prescription médicale pour l'orthopédie et les prothèses non remboursées par la Sécurité sociale.

Cures thermales

- ◆ prescription médicale, facture détaillée et acquittée de l'établissement thermal,
- ◆ décompte de la Sécurité sociale,
- ◆ facture acquittée des frais d'hébergement et de transport.

La Mutuelle d'Ouest-France se réserve le droit de réclamer toute autre pièce justificative nécessaire au règlement de la prestation.



Territorialité

Les garanties ne vous sont acquises que si vous exercez votre activité sur le territoire français. Les garanties de frais de santé souscrites produisent cependant leurs effets dans le monde entier si votre séjour à l'étranger n'excède pas trois mois et si vous êtes détaché par l'employeur au sein de l'Union Européenne, sous réserve que vous bénéficiiez du régime général de la Sécurité sociale. Les prestations de votre organisme assureur viennent en complément des remboursements de la Sécurité sociale française et sont payées en euros.

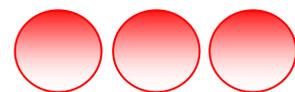


Tableau des garanties

➤ **Prestations non concernées par le 100% santé :**

Actes	Remboursement Assurance maladie	Remboursement Mutuelle d'Ouest-France	
		TM dans la limite de	Dépassement dans la limite de
Soins médicaux			
Médecin généraliste OPTAM	70%	30%	200% BRSS
Médecin généraliste secteur 2	70%	30%	100% BRSS
Médecin spécialiste, professeur et neuropsychiatre OPTAM ou OPTAM-CO	70%	30%	200% BRSS
Médecin spécialiste, professeur et neuropsychiatre secteur 2	70%	30%	100% BRSS
Actes techniques médicaux et d'échographie	70%	30%	
<i>Participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance Maladie, instaurée par le décret du 19/6/2006 (actuellement 24€)</i>		100%	
Actes d'imagerie médicale, dont ostéodensitométrie	70%	30%	
Actes de sages-femmes	70%	30%	
Auxiliaires médicaux			
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues	60%	40%	
Actes d'ostéopathie, chiropractie, acupuncture, étioopathie, homéopathie, naturopathie, physiothérapie, phytothérapie, aromathérapie, mésothérapie, micro kinésithérapie	-		25 € par séance (10 séances maximum par an et par bénéficiaire)
Actes de psychologie			75% du prix de la séance, dans la limite de 60 €, dans la limite de seize séances annuelles
Soins à l'étranger (pris en charge par l'Assurance Maladie)	65%	35%	
Analyses et examens biologiques	60%	40%	



Actes	Remboursement Assurance maladie	Remboursement Mutuelle d'Ouest-France	
		TM dans la limite de	Dépassement dans la limite de
Pharmacie			
Vignettes blanches	65%	35%	
Vignettes bleues	30%	70%	
Vignettes oranges	15%	85%	
Transport	65%	35%	
Orthopédie			
Orthopédie, orthèse, appareillage	60%	40%	250% BRSS
Cures			
Cure thermique	65% ou 70%	Maxi 500 € (dont TM)	
Hospitalisation			
Chirurgie OPTAM / OPTAM CO	80%	20%	200% BRSS
Chirurgie non OPTAM / OPTAM CO	80%	20%	100% BRSS
Forfait journalier (illimité dans la durée)	-	100% du forfait	
Forfait journalier psychiatrie (illimité dans la durée)	-	100% du forfait	
Forfait chambre seule	-	-	55 € par jour
Forfait chambre ambulatoire	-	-	27,50 € par jour
Forfait long séjour gériatrie	-	-	10,30 € par jour
Forfait télévision	-	-	3,81 € par jour

➤ **Prestations concernées par le 100% santé**

Actes	Remboursement Assurance maladie	Remboursement Mutuelle d'Ouest-France	
		TM dans la limite de	Dépassement dans la limite de
Audiologie			
Prothèses auditives (panier 100% santé)	(dans la limite des prix limites de vente fixés par l'avis relatif à la tarification des aides auditives visées à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale)		
Bénéficiaires âgés de plus de 20 ans	60%	40%	300% BRSS
Bénéficiaires âgés de 20 ans et moins	60%	40%	50% BRSS
Prothèses auditives (panier libre)	(dans la limite des planchers et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables et de la dépense)		
Bénéficiaires âgés de plus de 20 ans	60%	40%	300% BRSS
Bénéficiaires âgés de 20 ans et moins	60%	40%	50% BRSS



Actes	Remboursement Assurance maladie	Remboursement Mutuelle d'Ouest-France	
		TM dans la limite de	Dépassement dans la limite de
Piles (dans les limites prévues par la réforme 100% santé)	60%	40%	-
Optique			
Montures (panier 100% santé)			
Bénéficiaire de 6 ans et plus	60% de 9 €	40% de 9 €	21 €
Bénéficiaire de moins de 6 ans	60% de 15 €	40% de 15 €	35 €
Verre Adultes et Enfants (panier 100% santé)			
Simple	60%	40%	100% du dépassement
Complexe	60%	40%	100% du dépassement
Très complexe	60%	40%	100% du dépassement
Verre avec filtre (panier 100% santé)	60%	40%	100% du dépassement
Appairage (panier 100% santé)	60%	40%	100% du dépassement
Montures (panier libre)			
Bénéficiaire de 6 ans et plus	60% de 0,05 €	40% de 0,05 €	99,95 €
Bénéficiaire de moins de 6 ans	60% de 0,10 €	40% de 0,10 €	99,90 €
Verre Adultes et Enfants (panier libre)	(dans la limite des planchers et plafonds fixés par le décret du 11 janvier 2019 sur les contrats responsables et de la dépense)		
Simple	60%	40%	120 €
Complexe	60%	40%	200 €
Très complexe	60%	40%	220 €
Verre avec filtre (panier libre)	Non pris en charge conformément au cahier des charges du contrat responsable		
Appairage (panier libre)	Non pris en charge conformément au cahier des charges du contrat responsable		
Lentilles (forfait annuel) sur prescription médicale	60%	40%	200 €
Opération myopie et presbytie (un forfait par oeil)	-	-	150 €
Dentaire			
Soins	70%	30%	-



Actes	Remboursement Assurance maladie	Remboursement mutuelle d'Ouest-France	
		TM dans la limite de	Dépassement dans la limite de
Prothèse (y compris inlay onlay)			
- Panier 100% santé	70%	30%	100% du dépassement
- Panier RAC maîtrisé	70%	30%	325% BRSS
- Panier RAC libre	70%	30%	325% BRSS
Orthodontie	70% ou 100%	30% ou 0%	450 €/semestre
Parodontologie (forfait annuel)	-	-	350 €
Implants dentaires (forfait annuel par implant)	-	-	500 €

Cotisations

Assiette de cotisations

Pour les adhérents à titre obligatoire :

La cotisation annuelle est déterminée sur la base d'une composition famille hors conjoint. Elle est égale à 2,89% du salaire mensuel rétabli à temps complet, dans la limite de 1,5 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, réparti à 1,74% pour l'employeur et 1,15% pour le salarié.

Pour les adhérents à titre facultatif :

- ◆ Pour les salariés reconnus en invalidité dont le contrat de travail est suspendu et qui ne travaillent plus, l'assiette de la cotisation est celle du salarié quand il était en activité et le taux de cotisation est de 1,15% ;
- ◆ Pour les anciens salariés retraités, l'assiette de cotisation est égale à la somme des pensions de retraite. Depuis le 1^{er} janvier 2022, la cotisation mensuelle est égale à 2,75% de la somme des pensions de retraite, dans la limite de deux plafonds mensuels de la sécurité sociale.
- ◆ Pour les anciens salariés, adhérents dans le cadre de la loi Evin, l'assiette de cotisation est égale à la somme des assiettes de cotisations des douze mois précédant la rupture du contrat. Le taux de cotisation est de 2,89% la première année, 3,18% la deuxième année et de 3,47% à partir de la troisième année.

Pour les bénéficiaires à titre facultatif :

- ◆ La cotisation des conjoints est exprimée forfaitairement en euros. Elle ne donne pas lieu à participation de l'employeur. Son montant est de 40 € pour les actifs et de 68,85 € pour les retraités et assimilés.



- ◆ Aucune participation n'est demandée pour les enfants. Leur prise en charge est incluse dans la cotisation de l'adhérent.

Modalités de paiement des cotisations

Adhésion à titre obligatoire

La part de cotisation du salarié est précomptée directement par l'employeur sur le bulletin de salaire.

En cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident rémunéré, la part de cotisation continue à être prélevée par l'employeur.

Adhésion à titre facultatif

Pour les autres catégories d'adhésion facultative (salarié en suspension de contrat de travail, invalide, ancien salarié bénéficiaire du régime d'accueil, ancien salarié retraité), la cotisation est prélevée par la Mutuelle d'Ouest-France sur le compte bancaire, pour l'assuré et ses ayants droit.

Impact de la modification de situation des ayants droit

Conformément au paragraphe « Modification de situation familiale » page 8 de la présente notice, toute modification doit être portée à la connaissance de l'employeur dans les quinze jours qui suivent l'évènement. La modification prendra effet le mois suivant celui où la mutuelle est informée. En conséquence, aucun rappel sur des périodes antérieures ne sera possible.

Evolution des cotisations

Les cotisations des actifs sont revues annuellement en fonction de l'équilibre du contrat. Les cotisations des adhérents à titre facultative sont indexées sur l'Indice d'évolution pondéré des pensions de retraite de la CARSAT, de l'ARRCO et de l'AGIRC.

Défaut de paiement de la cotisation à titre facultatif (en l'absence de précompte par le souscripteur)

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit par la Mutuelle d'Ouest-France de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel, la garantie sera suspendue 30 jours après la mise en demeure de paiement de l'adhérent.

Dans le cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.



La Mutuelle d'Ouest-France a le droit de résilier ses garanties 40 jours après l'envoi de la mise en demeure de paiement.

Dispositions générales

Prescription

Toutes les actions dérivant des opérations mentionnées dans le régime de frais de santé sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ainsi, ce délai ne court :

- ♦ en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'assuré, que du jour où les organismes assureurs en ont eu connaissance ;
- ♦ 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 ou de ses ayants droit contre la Mutuelle d'Ouest-France 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'assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Déchéance

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'affilié, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications ; l'annulation des droits aux prestations peut être alors prononcée, sous réserve des éventuelles poursuites à engager pour le recouvrement des sommes indûment payées.

Subrogation

La Mutuelle d'Ouest-France est subrogée de plein droit aux adhérents victimes d'un accident dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de votre garantie, vous pouvez avoir recours au médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Organisme de contrôle /informatique et libertés



L'organisme de contrôle de la Mutuelle d'Ouest-France est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située au 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS Cédex 09.

En vertu des dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, du règlement européen général sur la protection des données personnelles du transposé dans le droit français par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018, vous, ainsi que vos ayant-droits, disposez d'un droit d'accès, de rectification ou de portabilité de vos données personnelles, et pouvez décider de leur sort après votre décès. Vous disposez en outre d'un droit au retrait de votre consentement et, pour des motifs légitimes, d'un droit à la limitation des traitements, d'un droit d'effacement et d'un droit d'opposition. Vous pouvez exercer vos droits auprès du responsable à la protection des données de la Mutuelle d'Ouest-France par email à l'adresse rgpd@mutuelle-ouestfrance.fr ou par courrier postal à l'attention du DPO de la mutuelle d'Ouest-France, TSA 40001, 35058 RENNES Cédex 9, en joignant à votre demande la copie d'un justificatif d'identité.

En cas de réclamation relative au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits, vous pouvez saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Lexique

Actes techniques

Entrent dans cette rubrique :

- ◆ les actes techniques et de chirurgie (y compris petite chirurgie et actes de spécialité) qu'ils soient effectués lors d'une hospitalisation, en ambulatoire ou au cabinet d'un professionnel de santé, sous réserve qu'ils soient remboursés par la Sécurité sociale,
- ◆ les actes techniques et radiologie dentaires remboursés par la Sécurité sociale qui sont pris en charge selon le niveau visé au poste « soins dentaires ».

Appareillage auditif

Les appareils auditifs sont répartis en deux classes :

- ◆ La classe 1 correspond au panier 100% santé ;
- ◆ La classe 2 correspond au panier libre.

La base de remboursement de la Sécurité sociale est la même pour les deux classes. Dans le cadre du panier 100% santé,

Appareillage médicalement prescrit autre qu'appareillage auditif

Les appareillages médicalement prescrits sont pris en charge dans la mesure où ils figurent sur la Liste des Produits et Prestations (LPP).

Les appareillages non remboursés par la Sécurité sociale ne sont pas remboursés par la Mutuelle d'Ouest-France.

BRSS

Base de remboursement du régime obligatoire de la Sécurité sociale et du présent régime complémentaire.

Chambre particulière

Prestation proposée par les établissements de santé, permettant à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle. Elle n'est pas remboursée par l'Assurance maladie obligatoire, sauf lorsque la prescription médicale impose l'isolement dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite. Son coût varie selon les établissements.

Elle est prise en charge uniquement dans le cadre d'une hospitalisation (y compris en ambulatoire) et dans la limite du montant journalier garanti par le régime sans limitation de durée, sans dépasser la dépense engagée.



Chirurgie ambulatoire (ou chirurgie de jour)

Chirurgie réalisée sans hospitalisation dans un établissement de santé ou en cabinet médical, le patient arrivant et repartant le jour même.

Cures thermales

Les frais liés à la cure thermale englobent notamment les frais médicaux (honoraires, soins), de transport et d'hébergement. Les dépenses médicales sont prises en charge par la Sécurité sociale sur la base d'un tarif conventionnel, tandis que le remboursement des dépenses non médicales donnera lieu au versement d'un forfait mentionné dans la grille de garanties ci-avant.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Un professionnel de santé doit fixer le montant de ses dépassements d'honoraires «avec tact et mesure», et en informer préalablement son patient, au moins par l'affichage de ses tarifs en salle d'attente.

Dossier médical partagé

Il contiendra des informations sur la santé du patient (allergies, résultats d'examens, traitements en cours...).

Constitué et mis à jour par le médecin traitant, ce dossier sera informatisé dans le strict respect du secret médical (à l'étude).

Forfait journalier

Somme due pour tout séjour hospitalier dans un établissement de santé.

Sont exclus les établissements médicaux-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements pour personnes dépendantes (EHPAD).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par la Sécurité sociale, il est pris en charge intégralement par le régime complémentaire sans limitation de durée.

Forfait de 1 euro

Participation forfaitaire d'un euro laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie. Cette participation est due par tous les assurés à l'exception :

- ♦ des enfants de moins de 18 ans,
- ♦ des femmes enceintes à partir du 6e mois de grossesse,



- ◆ et des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide médicale de l'État (AME). Le nombre de participations forfaitaires est plafonné à quatre par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire, et à un montant de 50 euros par année civile et par personne.

La participation forfaitaire d'un euro n'est pas remboursée par les complémentaires santé « responsables ».

Forfait de 24 euros

Participation forfaitaire de 24 euros à la charge de l'assuré qui s'applique sur les actes pratiqués en ville ou en établissement de santé dont le tarif est égal ou supérieur à 120 euros.

Certains actes ne sont pas concernés par le forfait 18 euros (radiodiagnostic, IRM, frais de transport d'urgence, actes pris en charge à 100% du fait d'une ALD...).

Franchise

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1er janvier 2008.

Son montant est de :

- ◆ 0,50 euro par boîte de médicaments ;
- ◆ 0,50 euro par acte paramédical ;
- ◆ 2 euros par transport sanitaire.

La franchise est plafonnée à 50 euros par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés. Un plafond journalier a également été mis en place pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires : pas plus de 2 euros par jour sur les actes paramédicaux et pas plus de 4 euros par jour pour les transports sanitaires.

Certaines personnes en sont exonérées : jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la CMU Complémentaire et de l'Aide Médicale de l'Etat, femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse.

Hospitalisation

La garantie des frais d'hospitalisation porte sur :

- ◆ les frais d'hospitalisation chirurgicale exposés en clinique ou à l'hôpital (service chirurgie) et faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire ;
- ◆ les frais d'hospitalisation médicale en cas de séjour en clinique ou à l'hôpital (service médecine) et faisant l'objet d'un remboursement par le régime obligatoire ;
- ◆ et de façon générale, les frais d'hospitalisation dans un établissement de santé sous réserve qu'ils soient remboursés par le régime obligatoire.

Les remboursements sont effectués selon les taux et dans les limites fixés au tableau de garanties ci-après.



Tous suppléments, tels que suppléments alimentaires, boissons, chauffage, éclairage, blanchissage, garde etc., ne donnent pas lieu à remboursement, à moins qu'ils ne soient pris en charge par la Sécurité sociale.

Les notes d'honoraires ne peuvent être remboursées que sur présentation d'un justificatif établi par l'établissement de soins.

Implant

Il s'agit d'une racine artificielle en titane fixée dans l'os de la mâchoire destinée à remplacer une racine dentaire perdue et à supporter une dent (ou un élément) prothétique. On distingue l'implant des autres éléments de la dent artificielle, à savoir le pilier implantaire qui est vissé dans l'implant et la prothèse scellée sur le pilier prothétique intermédiaire.

Inlay-onlay

Techniques permettant de reconstruire la dent tout en la gardant vivante. Dans le cas de caries de volume important, la réalisation d'un inlay ou d'un onlay permet souvent d'éviter de réaliser une prothèse dentaire. Différents matériaux peuvent être utilisés (métalliques, en composite ou en céramique).

L'inlay onlay est remboursé comme un soin dentaire.

Le chirurgien-dentiste pratique le plus souvent des dépassements sur ces actes. Il est judicieux de lui demander un devis avant qu'il effectue ces soins.

Le forfait implant s'applique uniquement à l'implant racine et au pilier, non remboursés par la Sécurité sociale. La prothèse scellée sur le pilier prothétique est prise en charge dans les mêmes conditions que les prothèses dentaires.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre un devis avant de poser un implant. Ce devis doit comporter le montant des honoraires correspondant au traitement.

Lentilles

La Sécurité sociale ne rembourse les lentilles de contact que pour certains défauts visuels.

Elles sont remboursées par le régime complémentaire dans la limite du forfait figurant au tableau de garanties.

Les actes non pris en charge par la Sécurité sociale sont remboursés par le régime complémentaire dans la limite du forfait figurant au tableau de garanties.

Maternité

Les frais exposés au titre de la maternité et donnant lieu à l'intervention du régime obligatoire au titre de l'assurance maternité donnent lieu à l'intervention du régime selon les mêmes modalités que pour les frais exposés au titre de la maladie ou de l'hospitalisation.



En tout état de cause, vous ne pourrez obtenir un remboursement maximal qu'à hauteur de vos dépenses engagées.

Médecin conventionné Secteur 1

Un médecin qui exerce en secteur 1 est « conventionné » et il applique un tarif fixe (exemple : 23 euros chez le généraliste). Un spécialiste en secteur 1 peut toutefois pratiquer des majorations tarifaires hors parcours de soins.

Médecin conventionné Secteur 2

Un médecin qui exerce en secteur 2 est « conventionné honoraires libres » et fixe lui-même ses tarifs. L'assurance maladie rembourse sur la base du secteur 1.

Médecin non conventionné

Certains médecins n'ont pas signé de convention avec la Sécurité sociale et pratiquent des honoraires non encadrés. La Sécurité sociale calcule alors son remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité spécifique, le Tarif d'Autorité (TA).

Médecin correspondant

Généraliste ou spécialiste vers lequel le patient est orienté par son médecin traitant.

Avis ponctuel : avis « d'expert » qui ne prescrit pas de traitement (une visite au maximum tous les six mois).

Suivi régulier : prend en charge le traitement du patient jusqu'à guérison de la pathologie spécifique pour laquelle le patient lui a été adressé par le médecin traitant.

Médecin traitant

Médecin chargé de la prise en charge du patient ou de son orientation vers un confrère (médecin correspondant) pour un avis ponctuel ou un suivi régulier. C'est dans la grande majorité un généraliste, mais il peut s'agir également d'un spécialiste. Le choix du médecin traitant doit avoir été déclaré à l'organisme d'Assurance maladie.

Option de coordination

Engagement d'un médecin généraliste ou spécialiste exerçant en secteur 2, à réaliser au moins 30 % de ses honoraires sur la base des tarifs conventionnels du secteur 1 pour les patients adressés par leur médecin traitant.

Contrat d'accès aux soins Ou Option Tarifaire Maitrisé (OPTAM)

Le contrat d'accès aux soins (CAS) créé par l'avenant n°8 du 25 octobre 2012 à la convention nationale médicale, entre la Sécurité sociale, les syndicats de médecins libéraux et l'organisme représentant les complémentaires santé, vise à limiter les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur à honoraires libres (secteur 2).



En signant le contrat d'accès aux soins, les médecins de secteur 2 s'engagent à limiter leurs dépassements pendant 3 ans, en contrepartie de nouvelles formes de rémunérations.

Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'ont pas adhéré au CAS est plafonnée dans les conditions déterminées au tableau de garanties, conformément à la nouvelle réglementation applicable aux contrats responsables issue du décret du 18 novembre 2014.

Le contrat d'accès aux soins a été remplacé par l'option tarifaire maîtrisé (OPTAM) en 2017.

Nomenclature

Les nomenclatures définissent les actes, produits et prestations qui sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les conditions de leur remboursement.

Optique

La monture fait l'objet d'un remboursement de la part de la Sécurité sociale.

Les verres sont remboursés par la Sécurité sociale sur la base de tarifs qui varient selon le degré de correction et selon leur classe au sens du 100% santé.

Le prix des verres varie selon le type de correction (verres unifocaux ou multifocaux), la qualité et le traitement appliqués aux verres (verres amincis, traitement antireflets ou anti-rayures, verres incassables...).

Le régime intervient en complément de ces remboursements, dans la limite des prestations fixées au tableau de garanties pour une paire de lunettes tous les deux ans, sans dépasser la dépense engagée. Pour les équipements acquis en deux temps (monture puis verres, ou verres puis montures), la période de renouvellement de l'équipement complet s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément. En cas de renouvellement séparé de la monture et des verres, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Pour les assurés ayant un déficit de vision de loin et de près et n'optant pas pour des verres progressifs ou multifocaux, il est possible de prendre en charge deux équipements sur la période de deux ans de référence, corrigeant chacun un des deux déficits, la précision étant que les règles de couverture (plancher, plafond, délai de renouvellement) s'appliquent individuellement à chaque équipement.

Par dérogation, la période de deux ans est réduite

- ◆ à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un adulte ou un enfant de plus de 16 ans ;
- ◆ sans délai en cas d'évolution de la vue pour un enfant de 16 ans et moins
- ◆ sans délai pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus dans le cas de certaines pathologies médicales.

Les opticiens ont l'obligation de remettre à l'assuré un devis préalable à la vente comportant le prix de la monture et de chaque verre, ainsi que le remboursement de ceux-ci par l'assurance maladie obligatoire. Le devis doit obligatoirement comporter un équipement du panier 100% santé. Il peut



aussi, en plus, prévoir un équipement intégralement issu du panier libre, ou mixte panier 100% santé / panier libre.

Orthodontie

Il s'agit de traitements dentofaciaux visant à corriger les dysmorphoses.

La Sécurité sociale prend partiellement en charge le traitement des enfants de moins de 16 ans.

La mutuelle ne prend pas en charge le remboursement des actes d'orthodontie non acceptés par la Sécurité sociale.

Parcours coordonné

Mode d'accès aux soins prévoyant, pour le patient, un recours quasi systématique à son médecin traitant pour tout problème de santé. C'est lui qui conseille à son patient d'aller, si nécessaire, consulter un médecin spécialiste, en libéral ou à l'hôpital.

PMSS

Le plafond mensuel de la Sécurité sociale correspond au salaire de référence fixé chaque année par la Sécurité sociale. Il est revalorisé chaque année et peut être consulté sur le portail de la Sécurité sociale : www.securite-sociale.fr.

Prestations de prévention obligatoires visées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale

La prise en charge du ticket modérateur, prévue par l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale, concerne notamment les prestations de prévention suivantes :

- Un détartrage annuel complet sus- et sous-gingival, effectué en deux séances maximum.
- Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de quatorze ans.
- Dépistage de l'hépatite B.
- Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants :
 - Audiométrie tonale ou vocale ;
 - Audiométrie tonale avec tympanométrie ;
 - Audiométrie vocale dans le bruit ;
 - Audiométrie tonale et vocale ;
 - Audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
- L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie obligatoire ; sans préjudice des conditions d'inscription de l'acte sur la liste mentionnée à l'article L. 162-1-7, la prise en charge au titre du présent arrêté est limitée aux femmes de plus de cinquante ans, une fois tous les six ans.
- Les vaccinations suivantes, seules ou combinées :
 - Diphtérie, tétanos et poliomyélite : tous âges ;
 - Coqueluche : avant 14 ans ;



- Hépatite B : avant 14 ans ;
- BCG : avant 6 ans ;
- Rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant ;
- Haemophilus influenzae B ;
- Vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de dix-huit mois.

Prothèse dentaire remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires remboursées, notamment les couronnes, inlays-core, inlay-core à clavette, bridges et appareils dentaires référencés dans la CCAM dentaire.

La prestation complémentaire est versée sous déduction du remboursement de la Sécurité sociale, dans la limite du montant garanti par le régime, sans dépasser la dépense engagée.

Prothèse dentaire non remboursée par la Sécurité sociale

Entrent dans la catégorie prothèses dentaires non remboursées, notamment les couronnes, inlays-core, inlay-core à clavette, bridges et appareils dentaires référencés dans la CCAM dentaire et ne faisant pas l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Le régime complémentaire n'interviendra pas.

Les modifications issues de la mise en place de la CCAM dentaire introduisent un nouveau devis type conventionnel.

Le chirurgien-dentiste est tenu de remettre à son patient le devis détaillé du traitement envisagé, (n° de dent, matériau utilisé, montant des honoraires) complété obligatoirement des codes CCAM dentaire correspondant aux actes remboursés et non remboursés ainsi que les dépassements d'honoraires. Le devis doit aussi obligatoirement comporter une proposition de traitement incluse dans le panier du 100% santé.

De même la note d'honoraires établie par le praticien, après réalisation des soins, devra comporter ces mêmes informations.

Reste à charge

Part de la dépense du patient qui n'est pas prise en charge, ni par la Sécurité sociale, ni par sa complémentaire santé. Il peut s'agir notamment des dépassements d'honoraires.

Soins ambulatoires

Ensemble des prestations de soins dispensées par des professionnels de santé en dehors des cas d'hospitalisation ou d'hébergement dans des établissements de santé ou médico-sociaux.

Il s'agit par exemple des consultations en cabinet libéral ou en centre de santé, examens en laboratoire de biologie, actes de radiologie en cabinet, soins dentaires...

Les consultations dispensées à l'hôpital en dehors des situations d'hospitalisation (également appelées consultations en «soins externes ») sont considérées comme des soins de ville.



Synonymes : soins ambulatoires, soins externes, médecine de ville, médecine ambulatoire, médecine de premier niveau, soins primaires, frais ou soins médicaux courants.

Spécialistes en accès direct

Il n'est pas obligatoire de passer par son médecin traitant pour consulter un gynécologue, un ophtalmologue ou encore un psychiatre (de 16 à 25 ans pour la psychiatrie). Les dentistes sont aussi en accès direct, car ils ne sont pas concernés par le système du parcours coordonné.

Ticket modérateur

C'est la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, invalidité etc.), ou selon que l'assuré est atteint d'une affection de longue durée (ALD).



Annexes

Pièces justificatives à fournir lors de l'adhésion (photocopies)

Assuré	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par votre caisse d'Assurance maladie + relevé d'identité bancaire. La photocopie de la carte Vitale n'est pas acceptée
Conjoint	Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Concubin	Justificatif de vie commune sous la forme d'une quittance de loyer, facture et attestation sur l'honneur + Attestation d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Partenaire de PACS (Pacte Civil de Solidarité)	Contrat de PACS + Attestation papier d'immatriculation Sécurité sociale délivrée par sa caisse d'Assurance maladie, s'il est lui-même assuré social
Enfants jusqu'à son 26e anniversaire, qui poursuit ses études à temps plein	A partir de 16 ans, certificat de scolarité fourni annuellement + Attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale du régime étudiant, le cas échéant
Enfants jusqu'à son 26e anniversaire, en contrat d'apprentissage, de professionnalisation ou stagiaire	Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation ou convention de stage + attestation papier d'immatriculation à la Sécurité sociale de l'enfant
Enfants jusqu'à son 26e anniversaire et inscrit au Pôle emploi pour un premier emploi	Certificat de scolarité de la dernière année d'études + attestation d'inscription au Pôle emploi + attestation d'immatriculation à la Sécurité sociale

Certaines pièces justificatives ont une durée de validité d'un an. Chaque année, la Mutuelle d'Ouest-France vous demandera de lui transmettre les justificatifs afin de prolonger les droits de vos enfants à charge.

Elle se réserve par ailleurs le droit de réclamer toute autre pièce justificative complémentaire

Sociétés adhérentes au régime de frais de santé de la Mutuelle d'Ouest-France

➤ Ouest-France

Modèle de formulaire de dispense (tournez SVP)

FORMULAIRE DE DISPENSE D’AFFILIATION AU REGIME COLLECTIF ET OBLIGATOIRE DE COMPLEMENTAIRE SANTE

Document à retourner complété, daté, signé et accompagné des pièces justificatives à Ouest-France

Je soussigné(e) : Nom

Prénom

N° de Sécurité Sociale :

Adresse postale

Souhaite faire usage de la dispense d’affiliation pour la raison suivante (*merci de bien vouloir cocher la case correspondant à votre situation et de joindre le document justificatif demandé dans le tableau au dos du présent document*) :

1 – Salarié bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée d’une durée inférieure à trois mois, couvert par un contrat individuel répondant au cahier des charges des contrats responsables. Dans ce cas, je bénéficie en lieu et place du chèque santé.
2 - Salarié bénéficiaire d’un contrat à durée déterminée ou d’apprentissage d’une durée inférieure à six mois
3 – Bénéficiaire de la CMU-C
4 – Bénéficiaire de l’ACS
5 – Salarié à temps partiel dont l’adhésion au régime collectif et obligatoire de frais de santé me conduirait à m’acquitter d’une cotisation au moins égale à 10% de ma rémunération brute
6 – Salarié couvert par une couverture individuelle frais de santé au moment de l’embauche.
7 – Salarié bénéficiaire d’une couverture santé collective et obligatoire dans le cadre d’un autre emploi (employeur multiple)
8 – Salarié bénéficiaire de la couverture santé collective et obligatoire de mon conjoint, dans le cadre de son activité professionnelle et UNIQUEMENT lorsque ce dispositif prévoit <u>explicitement</u> la couverture obligatoire des ayants droit.

(Pour les justificatifs à fournir, voir au dos)

J’ai déjà transmis un justificatif pour ce motif qui est encore valide

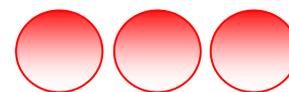
J’ai été préalablement informé par Ouest-France des conséquences de la renonciation au bénéfice du régime collectif et obligatoire de frais de santé. Ainsi, je renonce à tout remboursement de frais de santé ou d’hospitalisation dudit régime. Je renonce également à la part patronale des cotisations ainsi qu’au bénéfice de la portabilité des droits en cas de chômage indemnisé à l’issue de mon contrat et au bénéfice du maintien des garanties au titre de l’article 4 de la loi 89-1009 dite « loi Evin ».

Confirme mon adhésion à la mutuelle d’Ouest-France. Je remplis et retourne le bulletin d’adhésion au service rémunérations d’Ouest-France. Je reconnais être en possession de la notice d’information sur le régime de frais de santé de la mutuelle d’Ouest-France.

J’atteste l’exactitude des renseignements portés ci-dessus et m’engage à signaler tout changement concernant ma couverture complémentaire santé qui interviendrait au cours de mon contrat.

Fait à _____, le ____/____/_____

Signature obligatoire du salarié



Justificatifs à fournir

Cas de dispense	Justificatif
1 – Salarié bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à trois mois couvert par un contrat individuel répondant au cahier des charges des contrats responsables. Dans ce cas, je bénéficie en lieu et place du chèque santé.	Attestation de l'organisme assureur auprès duquel le contrat individuel frais de santé a été souscrit certifiant le respect des conditions fixées à l'article L871-1 du code de la Sécurité Sociale. Elle doit mentionner aussi la date d'échéance ou de renouvellement tacite
2 - Salarié bénéficiaire d'un contrat à durée déterminée d'une durée inférieure à six mois	Attestation de l'organisme assureur auprès duquel le contrat individuel frais de santé a été souscrit. Elle doit mentionner aussi la date d'échéance ou de renouvellement tacite.
3 – Bénéficiaire de la CMU-C	Attestation de carte Vitale à fournir annuellement.
4 – Bénéficiaire de l'ACS	Attestation d'assurance et justificatif du bénéfice de l'ACS à fournir annuellement.
5 – Salarié à temps partiel dont l'adhésion au régime collectif et obligatoire de frais de santé me conduirait à m'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10% de ma rémunération brute	Aucun justificatif à fournir. Pour les nouveaux embauchés, l'appréciation est réalisée sur la base du salaire brut en cours.
6 – Salarié couvert par une couverture individuelle frais de santé au moment de l'embauche. Dans ce cas, la dispense ne pourra jouer que jusqu'à l'échéance du contrat individuel. Attention : si le contrat prévoit une clause de renouvellement tacite, la dispense prend fin à la date de renouvellement tacite.	Attestation de l'organisme assureur auprès duquel le contrat individuel frais de santé a été souscrit. Elle doit mentionner la date d'échéance ou de renouvellement tacite.
7 – Salarié bénéficiaire d'une couverture santé collective et obligatoire dans le cadre d'un autre emploi	Attestation de l'autre employeur à fournir annuellement. Elle doit préciser aussi la nature collective et obligatoire du régime, la date de sa mise en place et la date d'embauche et d'adhésion du salarié.
8 – Salarié bénéficiaire de la couverture santé collective et obligatoire de mon conjoint, dans le cadre de son activité professionnelle et UNIQUEMENT lorsque ce dispositif prévoit explicitement la couverture obligatoire des ayants droit.	Attestation de l'employeur du conjoint à fournir annuellement. Elle doit préciser la nature collective et obligatoire du régime, la date de sa mise en place, la date d'embauche et d'adhésion du conjoint et l'obligation explicite d'affiliation des ayants droit.

VOS REMBOURSEMENTS EN LIGNE

Comment consulter et suivre tous vos remboursements en temps réel ?

Vous pouvez le faire en ligne

- ◆ via le site sécurisé qui vous est réservé :
<https://adherent.synergie-mutuelles.fr/>

Pour cela, il faut vous munir de votre identifiant, en l'occurrence votre numéro d'adhérent que vous trouverez sur votre carte de tiers payant. Le mot de passe est constitué des 4 chiffres. Si vous avez communiqué une adresse mail, vous pouvez l'obtenir en cochant la case de première connexion. Il vous sera envoyé aussitôt. Sur ce site vous avez également accès :

- à toutes les informations concernant votre garantie frais de santé,
- aux coordonnées de votre mutuelle.

LE RÉSEAU MUTUALISTE

Grâce à votre régime frais de santé, vous avez accès au réseau mutualiste de soins et de services vous proposant :

Une offre de soins et de services complète et de qualité

- ◆ 52 pharmacies mutualistes,
- ◆ 756 centres d'optique mutualistes,
- ◆ 477 centres dentaires mutualistes,
- ◆ 87 établissements hospitaliers mutualistes,
- ◆ 55 centres de santé mutualiste médicaux et polyvalents,
- ◆ 25 centres de soins infirmiers
- ◆ 368 centres d'audition mutualistes.

Un service de proximité

L'une des caractéristiques des services mutualistes est d'assurer un service de proximité. L'offre de santé mutualiste est donc particulièrement présente dans les agglomérations de taille moyenne où existent des besoins de soins.

Pour connaître l'adresse du centre de santé mutualiste le plus proche de chez vous, adressez-vous à votre mutuelle ou consultez le site Internet de la Mutualité Française : <http://www.mutualite.fr/>.

LE RÉSEAU DE SOINS KALIXIA

KaliXia est une société qui développe des partenariats avec les professionnels de santé, dans l'intérêt des complémentaires santé utilisatrices et de leurs bénéficiaires.

Les principes fondateurs

- Réseaux ouverts
- Respect de la liberté de prescription
- Liberté de choix de l'assuré
- Tiers payant systématique



- Dématérialisation des échanges à partir d'interfaces ergonomiques et simples d'utilisation

Les objectifs

- Qualité des prestations pour les assurés bénéficiaires, maintenue par des contrôles réguliers
- Proximité des professionnels de santé partenaires (un opticien Kalivia à moins de 20km de tout assuré bénéficiaire)
- Baisse du reste à charge
- Maîtrise globale des dépenses de santé

Le réseau Kalivia, c'est

- Plus de 10 millions de bénéficiaires
- 5200 opticiens agréés
- Plus de 3200 audioprothésistes partenaires

LE SERVICE DE TELECONSULTATION « MESDOCTEURS »

Le service de téléconsultation médicale à distance MesDocteurs, complémentaire au parcours de soins, vous permet d'obtenir immédiatement et facilement un diagnostic médical et une ordonnance si nécessaire, à portée de clic et sans vous déplacer.

La téléconsultation, simple, rapide, pratique

La mise en relation est immédiate à partir d'un ordinateur, d'un smartphone ou d'une tablette depuis votre espace adhérent :

- Service accessible 24h/24, 7j/7, sans-rendez-vous, depuis la France ou l'étranger.
- Visio, chat ou audio : c'est vous qui choisissez
- Service intégralement pris en charge par votre mutuelle
- Accès illimité au service
- Confidentialité et secret médical garanti
- Plateforme 100% digitale et sécurisée

Exemples de cas d'usage

- J'ai une interrogation concernant un souci de santé, je suis immobilisé chez moi car je dois garder mes enfants.
- Je suis en déplacement à l'étranger, j'ai besoin d'accéder à un professionnel de santé parlant français.
- Je souhaite consulter un médecin mais c'est férié ou il est 3h du matin.
- Mon fils est malade et je n'ai pas le temps de prendre rendez-vous chez notre médecin.
- Je souhaite consulter un médecin de manière discrète pour un problème intime.
- Je souhaite consulter un spécialiste mais les délais d'attente sont longs.

Le service MesDocteurs n'est pas un service d'urgence et ne remplace pas les consultations avec le médecin traitant.

En cas d'urgence, contactez le 15 ou le 112 (numéro d'urgence européen).