

e-lamutuellegenerale

la complémentaire santé en ligne de La Mutuelle Générale



Notice d'information

emma Santé[®]

la  Mutuelle
Générale



LEXIQUE	4
1 - PRÉAMBULE	5
2 – ADHÉSION	6
2.1 Formalités d'adhésion	6
2.2 Prise d'effet de l'adhésion	6
2.3 Vente à distance	6
2.4 Conditions pour adhérer	7
2.5 Perte de la qualité d'Adhérent	8
2.6 Durée des garanties	8
3 - LA GARANTIE SANTÉ	8
3.1 Objet	8
3.2 Choix du niveau de garantie	8
3.3 Modification de garantie	9
3.3.1 Modification à la hausse	9
3.3.2 Modification à la baisse	9
3.3.3 Conséquences d'une modification de la garantie	9
3.4 Étendue territoriale	9
3.5 Définitions module « Soins de ville »	10
3.6 Définitions module « Optique Dentaire Appareillage »	11
3.7 Définitions Module « Hospitalisation »	13
3.8 Exclusions	13
4 - TABLEAUX DE GARANTIES	15
Régime général	15
Régime local – Alsace Moselle	17
5 - MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	19
5.1 Remboursements	19
5.2 Pièces justificatives	19
6 - LES COTISATIONS	20
6.1 Montant de la cotisation	20
6.2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	20
6.3 Paiement des cotisations	20
6.4 Exonération de cotisation en cas de décès de l'Adhérent	20
6.5 Exonération de cotisation pour tout nouveau-né ou enfant adopté	21
6.6 Variations des cotisations	21
6.7 Changement générant une modification de la cotisation en cours d'année	21
6.8 Sanction en cas de non paiement de la cotisation	21



7 - EXONÉRATION, SOUS CONDITIONS, DE COTISATION EN CAS DE CHÔMAGE	22
7.1 Objet	22
7.2 Conditions pour bénéficier de l'exonération de cotisations	22
7.3 Exclusions	22
7.4 Montant de l'exonération de cotisation	23
7.5 Franchise	23
7.6 Durée maximum d'exonération de cotisation	23
7.7 Déclaration	23
7.8 Pièces à fournir	23
7.9 Cessation de la prestation	24
7.10 Modification des garanties ou de l'adhésion pendant la période d'exonération de la cotisation.	24
7.11 Cessation de garantie	24
8 - LA VIE DE L'ADHÉSION	24
8.1 Changement de situation des bénéficiaires	24
8.2 Terme des garanties	25
8.2.1 Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Adhérent	25
8.2.2 Résiliation de l'adhésion à l'initiative de La Mutuelle Générale	25
9 - DISPOSITIONS DIVERSES	26
9.1 Prescription	26
9.2 Réclamation - Médiation	26
9.3 Autorité de contrôle	26
9.4 Subrogation	26



v Lexique

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessous a, lorsqu'il (elle) est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

➤ **Adhérent**

Personne physique, sociétaire de l'A.N.A.C.C.S, qui adhère au contrat collectif **Emma Santé**[®]. Un enfant mineur de moins de seize ans ne peut pas être **Adhérent**.

➤ **Base de remboursement de la Sécurité sociale**

Tarif sur la base duquel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

➤ **Bénéficiaire des prestations**

L'Adhérent et ses ayants droit inscrits et figurant sur le certificat d'adhésion.

➤ **Certificat d'adhésion**

Document envoyé à l'**Adhérent** après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend notamment les garanties souscrites et le montant de la cotisation.

➤ **Chômage Total**

Perte d'emploi résultant exclusivement d'un licenciement économique et ouvrant droit à des allocations d'assurance chômage versées par le Pôle Emploi.

➤ **Conjoint**

L'époux ou l'épouse de l'Adhérent, non divorcé(e) ni séparé(e) de corps par un jugement définitif, le (la) concubin(e) déclaré(e) ou le cosignataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'**Adhérent**.

➤ **Franchise**

Période pendant laquelle l'Adhérent ne peut pas bénéficier de l'exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage.

➤ **Parcours de soins coordonnés**

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la loi n° 2004-810 du 13/08/2004.



1 - Préambule

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'A.N.A.C.C.S « Association Nationale des Adhérents de Contrats Collectifs Santé » dont le siège social est situé 91, rue de Villiers 75017 Paris,
- et d'autre part, La Mutuelle Générale, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité et immatriculée au RNM sous le n° 775685340, dont le siège social est situé 6, rue Vandrezanne 75634 Paris CEDEX 13,

un contrat collectif, dénommé Emma Santé[®], à adhésion facultative.

Ce contrat est ouvert aux sociétaires de l'A.N.A.C.C.S.

Chaque Adhérent à Emma Santé[®] devient membre participant de La Mutuelle Générale.

Le contrat collectif Emma Santé[®] se renouvelle par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de deux mois par lettre recommandée. À cette échéance, La Mutuelle Générale s'engage à ne pas mettre fin aux garanties individuellement accordées aux Adhérents.

Le présent document constitue la notice d'information du contrat collectif Emma Santé[®].

Les relations pré-contractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code de la mutualité. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

> Important:

La Mutuelle Générale a confié la gestion du contrat Emma Santé[®] à la société Almerys*.

À cet effet, l'ensemble des demandes de remboursement ou autres correspondances relatives à une adhésion doivent être transmises au **Centre de gestion** de la société Almerys à l'adresse suivante :

Centre de gestion de la société Almerys
La Mutuelle Générale - Service Adhérents
46 rue du Ressort
63967 Clermont-Ferrand CEDEX 9

 **N° Vert 0 800 444 777**

appel gratuit depuis un poste fixe

Le centre de gestion de la société Almerys est dénommé « **Centre de gestion** » dans la présente notice.

En communiquant à La Mutuelle Générale votre adresse électronique, vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion soient transmises à la société Almerys.

* SAS au capital de 40000 euros - RCS Clermont-Ferrand sous le n° 432 701 639
siège social: 46 rue du Ressort 63967 Clermont-Ferrand CEDEX 9.



2 – Adhésion

2.1 Formalités d'adhésion

L'**Adhérent** doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant les garanties souscrites et les éventuels ayants droit inscrits.

Aucun questionnaire médical n'est exigé.

L'adhésion est établie d'après les déclarations de L'**Adhérent** et la cotisation fixée en conséquence. L'**Adhérent** doit donc répondre avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion. Toute fausse déclaration intentionnelle entraîne l'application des sanctions prévues par l'article L. 221-14 du Code de la mutualité (nullité du contrat).

Les statuts de La Mutuelle Générale, la notice d'information et le **Certificat d'adhésion** sont remis à chaque **Adhérent**.

2.2 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le **Certificat d'adhésion** et au plus tôt le jour de la réception par La Mutuelle Générale de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un **Certificat d'adhésion**, et du paiement de la première cotisation.

2.3 Vente à distance

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite dans le cadre d'un système de commercialisation à distance, l'**Adhérent** dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour où l'adhésion a pris effet pour renoncer à son adhésion.

La lettre de renonciation doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à : La Mutuelle Générale – Service Adhérents – 46 rue du Ressort – 63967 Clermont-Ferrand CEDEX 9.

Modèle de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro d'**Adhérent**),
demeurant à vous informe que je renonce à mon adhé-
sion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signée le (date) »

À..... Le

Signature

Les adhésions conclues dans le cadre d'un système de commercialisation à distance ne peuvent recevoir de commencement d'exécution par les parties avant l'arrivée du terme du délai de renonciation sans l'accord de l'**Adhérent**.

En cas de renonciation :





- si des prestations ont été versées, l'**Adhérent** s'engage à rembourser à La Mutuelle Générale les montants perçus dans un délai de 30 jours ;
- si des cotisations ont été perçues, La Mutuelle Générale les remboursera dans un délai de 30 jours.

2.4 Conditions pour adhérer

☒ L'Adhérent

L'**Adhérent** doit :

- résider en France métropolitaine ou dans les DOM ;
- être affilié à un régime d'Assurance maladie obligatoire français ;
- être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 16 ans et ne pas avoir dépassé 70 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion.

☒ Les ayants droit

Peuvent avoir la qualité d'ayants droit :

- le **Conjoint**, concubin ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité de l'**Adhérent**, sous réserve :
 - de résider en France métropolitaine ou dans les DOM,
 - d'être affilié à un régime d'Assurance maladie obligatoire français,
 - d'être âgé au jour de l'adhésion d'au moins 16 ans et ne pas avoir dépassé 70 ans au 31 décembre de l'année d'adhésion ;
- les enfants de l'**Adhérent**, du **Conjoint**, du concubin ou du partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité, dont la filiation, y compris adoptive, est légalement établie, jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 25 ans.

Tous les membres d'une même famille doivent s'inscrire sur la même adhésion.

L'inscription d'un ayant droit en cours d'année d'adhésion prend effet au plus tôt le jour de la réception par La Mutuelle Générale de la demande de modification d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un nouveau **Certificat d'adhésion**.

Toutefois, les garanties sont acquises dès la date de naissance du nouveau-né ou dès la date d'adoption de l'enfant mineur, à condition d'effectuer la demande d'inscription dans les trois mois suivant la naissance ou la date d'arrivée de l'enfant au foyer. À défaut, les garanties prennent effet à compter de la date mentionnée sur le **Certificat d'adhésion**.

Les cotisations versées au titre des garanties Emma Santé® par des Travailleurs Non Salariés (T.N.S), dont les revenus sont déclarés au titre des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices des professions non commerciales (BNC), ne bénéficient pas de la déductibilité fiscale prévue par l'article 154 bis du Code général des impôts.



2.5 Perte de la qualité d'Adhérent

La fin de l'adhésion entraîne la perte de la qualité d'**Adhérent** et par conséquent de tous les droits qui s'y rattachent.

2.6 Durée des garanties

L'adhésion s'étend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement au 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction.

L'adhésion est viagère ce qui signifie qu'elle ne peut être résiliée que dans les cas mentionnés à l'article 9.2.2 de la présente notice.

3 - La garantie Santé

3.1 Objet

Cette garantie a pour objet de garantir aux **Bénéficiaires** des remboursements complémentaires aux prestations servies par un régime obligatoire français pour les frais médicaux et chirurgicaux (sauf dans les cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties), dans la limite des garanties choisies par l'**Adhérent** et des dépenses réellement engagées.

La garantie Santé s'inscrit dans le cadre du contrat « responsable » tel que défini par la réforme de l'Assurance maladie (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et ses décrets d'application).

La garantie Santé vient en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, calculées en fonction de l'état de la législation en vigueur à la date d'effet du Contrat collectif Emma Santé[®]. En cas de baisse des prestations de la Sécurité sociale, les engagements de La Mutuelle Générale ne peuvent en aucun cas s'en trouver aggravés.

3.2 Choix du niveau de garantie

La garantie Santé est composée de trois modules :

- « Soins de ville »,
- « Optique Dentaire Appareillage »,
- « Hospitalisation ».

L'**Adhérent** exerce son choix en fonction des règles énoncées ci-dessous.

Le module « Soins de ville » constitue le module de référence. Le niveau des modules « Optique Dentaire Appareillage » et « Hospitalisation » doit toujours être :

- identique à celui du module « Soins de ville »

ou

- immédiatement supérieur à celui du module « Soins de ville ».

Le niveau choisi pour chacun des trois modules constitue une formule de garantie.



Tous les membres d'une même famille, c'est-à-dire l'**Adhérent** et tous ses éventuels ayants droit, doivent souscrire la même formule de garantie.

3.3 Modification de garantie

L'**Adhérent** peut modifier le niveau des modules de la garantie Santé sous réserve de respecter les règles énoncées ci-dessous.

3.3.1 Modification à la hausse

L'**Adhérent** peut, à tout moment, modifier à la hausse le niveau d'un ou plusieurs des modules sous réserve que les modules « Optique Dentaire Appareillage » et « Hospitalisation » soient toujours :

- à un niveau identique à celui du module « Soins de ville »

ou

- à un niveau immédiatement supérieur à celui du module « Soins de ville ».

3.3.2 Modification à la baisse

L'**Adhérent** peut baisser le niveau d'un ou plusieurs modules sous réserve de totaliser une ancienneté d'au moins un an dans la formule de garantie précédente.

En cas de modification à la baisse d'un ou plusieurs modules, les modules « Optique Dentaire Appareillage » et « Hospitalisation » doivent être toujours :

- à un niveau équivalent à celui du module « Soins de ville »

ou

- à un niveau immédiatement supérieur à celui du module « Soins de ville ».

3.3.3 Conséquences d'une modification de la garantie

La modification de la formule de garantie Santé de l'**Adhérent** entraîne les mêmes modifications pour tous ses ayants droit.

3.4 Étendue territoriale

Le remboursement des soins effectués à l'étranger est subordonné à la prise en charge par un régime d'Assurance maladie obligatoire français.

Toute demande de remboursement est traitée à partir du décompte du régime obligatoire français et d'une facture détaillée mentionnant les actes dispensés traduits en français et le montant de la part laissée à la charge du bénéficiaire exprimé en euros.

Les règlements sont effectués en France et en euros.



3.5 Définitions module « Soins de ville »

➤ Honoraires médicaux

Ensemble des actes pratiqués par les médecins généralistes et spécialistes y compris les stomatologistes et les actes de radiologie ainsi que les actes externes pratiqués dans les établissements hospitaliers.

La franchise instaurée par l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge par la garantie Santé.

➤ Contraceptifs oraux

Contraceptifs oraux médicalement prescrits et non pris en charge par la Sécurité sociale.

➤ Petites fournitures

Frais engagés pour l'achat de petites fournitures définies au Titre I de la Liste des Produits et Prestations Remboursables ainsi que les semelles orthopédiques et le matériel d'amblyopie.

➤ Auxiliaires médicaux

Actes effectués par des infirmiers, sages femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues.

➤ Ostéopathie et chiropractie

Consultations d'ostéopathes et chiropracteurs inscrits au SIRET et sur une liste dressée par le représentant de l'État dans le département de leur résidence professionnelle en application de l'article 75 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002.

➤ Cures thermales

Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale et effectuées dans des stations thermales conventionnées par la Sécurité sociale.

➤ Vaccin non remboursé

Vaccins et rappels médicalement prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale (dont les vaccins antigrippaux autorisés dans le cadre de la campagne de prévention de la Sécurité sociale et les vaccins obligatoires pour des séjours à l'étranger).

Le montant maximum de remboursement par année civile et par bénéficiaire figure sur le Certificat d'Adhésion.

➤ Psychologues et psychomotriciens

Remboursement des consultations effectuées par des psychologues ou psychomotriciens diplômés, uniquement pour les enfants de moins de 14 ans à la date de la consultation et sous réserve qu'ils soient désignés comme bénéficiaires.

Les psychologues doivent être inscrits sur une liste dressée par le service de l'État compétent ou l'organisme désigné à cette fin, en application de l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985.

Les psychomotriciens doivent être inscrits sur une liste dressée par le représentant de l'État dans le département de leur résidence professionnelle en application de l'article L.4333-1 du Code de la santé publique.



☒ Diététique

Consultations effectuées par des diététiciens diplômés, pour les femmes enceintes et l'enfant de moins de 16 ans à la date de la consultation et sous réserve qu'il soit désigné comme bénéficiaire.

L'âge de l'enfant se calcule par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

☒ Panier de soins de l'enfant de moins de 3 ans

Remboursement de produits et médicaments destinés à l'enfant de moins de 3 ans sous réserve qu'il soit désigné comme bénéficiaire à la date d'achat.

L'âge de l'enfant se calcule par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

Composition du panier de soins :

- Sérum physiologique en dosette stérile
- Crème à base de Glycérol, Vaseline, Oxyde de Zinc, Trolamine
- Paracétamol
- Solutés de réhydratation
- Trousse de secours

Le montant maximum de remboursement par année civile et par bénéficiaire figure sur le Certificat d'Adhésion.

☒ Substituts nicotiques

Substituts nicotiques et médicaments pris en charge par la Sécurité sociale, à compter du 2^e mois de traitement.

3.6 Définitions module « Optique Dentaire Appareillage »

Optique

☒ Verres et Monture

Une paire de lunettes est constituée d'une monture et de deux verres.

Le montant des prestations verres et monture est fonction de l'âge du bénéficiaire (adulte, enfant) et limité au forfait indiqué dans le tableau des garanties figurant sur le **Certificat d'adhésion**.

Adulte: une seule paire de lunettes remboursée par année civile.

Enfants: jusqu'à deux paires de lunettes remboursées par année civile.

Est considéré comme enfant tout bénéficiaire jusqu'au 31 décembre de ses 18 ans.

Ces limitations ne s'appliquent pas en cas de changement de dioptries supérieur ou égal à 0,50 ou en cas de prescription à la même date d'une paire de lunettes pour la vision de près et une paire de lunettes pour la vision de loin.

☒ Lentilles

Lentilles acceptées ou refusées par la Sécurité sociale (y compris les lentilles jetables) **dans la limite d'un forfait par année civile indiqué dans le tableau des garanties figurant sur le Certificat d'adhésion.**





▣ Chirurgie réfractive

Chirurgie réfractive de l'œil non prise en charge par la Sécurité sociale.

Dentaire

▣ Prothèses dentaires fixes

Couronne, pilier de bridge et dent à tenons.

▣ Autres prothèses dentaires

Prothèses dentaires prises en charge par la Sécurité sociale et qui ne sont pas remboursées par la garantie Santé au titre des prothèses dentaires fixes.

▣ Plafond global annuel

Les remboursements sont effectués dans la limite d'un plafond global progressif pour l'ensemble des actes dentaires suivants :

- prothèses dentaires fixes
- autres prothèses dentaires
- inlays core
- implants dentaires.

Il s'agit d'un plafond global annuel par bénéficiaire. Ce plafond est majoré après deux années d'adhésion selon les montants prévus dans le tableau des garanties figurant sur le Certificat d'adhésion. Le nombre d'années est calculé à partir de la date d'effet de la garantie de l'Adhérent.

▣ Orthodontie

Orthopédie dento-faciale visant à corriger les dysmorphoses ainsi que la prise d'empreinte.

La prise en charge est limitée à six semestres pour le traitement initial d'orthodontie puis deux semestres supplémentaires d'orthodontie, dans la limite de deux années de contention.

Les réparations, le remplacement ou la perte d'appareils sont compris dans le forfait orthodontie garanti et ne donnent pas lieu à un remboursement supplémentaire.

Appareillage

▣ Prothèse auditive

Achat, entretien et réparation de prothèses auditives médicalement prescrites et prises en charge par la Sécurité sociale.

▣ Autres appareillages

Prothèses et appareillages médicaux inscrits aux titres II, III et IV de la Liste des Produits et Prestations remboursables, à l'exception des semelles orthopédiques, des prothèses auditives ainsi que du matériel d'optique et d'amblyopie définis ci-dessus.



3.7 Définitions Module « Hospitalisation »

Hospitalisation

Séjour d'une nuit au moins dans un établissement hospitalier de court séjour ou de soins de suite et de réadaptation, public ou privé, agréé par le Ministère de la Santé.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont pris en charge au titre du module « Soins de ville ».

> **Frais de séjour**

Prix de la pension dans le cadre d'une hospitalisation.

> **Honoraires**

La franchise instaurée par l'article R.322-8 du Code de la Sécurité sociale est prise en charge par la garantie Santé.

> **Chambre particulière**

Supplément facturé par l'établissement hospitalier pour une chambre particulière demandée par le bénéficiaire.

Le remboursement de la chambre particulière en secteur psychiatrique est limité à 30 jours par année civile.

> **Frais d'accompagnement**

Frais engagés par l'accompagnant dans l'établissement hospitalier ou la « Maison des parents » durant l'hospitalisation d'un bénéficiaire de moins de 16 ans.

L'âge du bénéficiaire se calcule par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

> **Forfait journalier**

Somme forfaitaire journalière laissée à la charge de la personne hospitalisée et non remboursée par la Sécurité sociale (loi n° 83-25 du 19 janvier 1983).

Le forfait journalier psychiatrique est limité à 30 jours par année civile.

3.8 Exclusions

Ne sont pas pris en charge au titre de la garantie Santé :

- les frais qui sont la conséquence de la pratique d'un sport professionnel ou de risques de guerre civile ou étrangère ;
- les frais relatifs aux spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu, apprécié par la Commission de la transparence, est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles et qui sont remboursés à 15 % par la Sécurité sociale ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le tableau des garanties ;
- la majoration du tarif fixée par la Sécurité sociale de la visite du médecin au domicile du patient lorsqu'elle répond à une exigence particulière du malade, sans être justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou socioenvironnementales ;



3 - La garantie Santé

- les actes dispensés au cours d'un séjour en thalassothérapie ;
- les étuis de lunettes, les lunettes de soleil, les produits d'entretien et les cordons de lunettes ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements médico-sociaux : établissements pour personnes handicapées (instituts ou centres médico-psychopédagogiques, instituts médico-éducatifs, maisons d'accueil spécialisées, instituts médico-professionnels, foyers d'accueil médicalisés, services d'accueil médico-social pour adultes handicapés...);
- les établissements pour personnes âgées (maisons de retraite, établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, services de soins infirmiers à domicile...);
- les séjours en maisons d'enfants ;
- les frais relatifs aux établissements ou services de longs séjours ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un accident.

Les garanties du présent contrat dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire et la franchise annuelle mentionnées respectivement au II et III de l'article L. 322- 2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les pénalités résultant du non-respect du Parcours de soins :
 - ⇒ la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - ⇒ les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

De plus, ne sont pas pris en charge les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties. Les hospitalisations en cours au jour de la date d'effet des garanties ne peuvent donner lieu à aucun remboursement même après cette date.



4 - Tableau des garanties - Régime général

4 - Tableaux de garanties

Régime général

Les tableaux de garanties indiquent les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'Adhérent ayant respecté le parcours de soins instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie sous réserve notamment d'éventuelles variations dans la prise en charge des frais de santé par la Sécurité sociale.

Les remboursements exprimés en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement de la Sécurité sociale. Lorsque le montant maximal de remboursement par bénéficiaire et par année civile est exprimé en euros et qu'il n'est pas atteint au terme de l'année d'adhésion (31 décembre), le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

Soins de ville	Montants de remboursement des frais de santé			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Honoraires				
Honoraires médicaux dans le cadre du parcours de soins	30 %	55 %	80 %	-
Auxiliaires médicaux, analyses médicales	40 %	40 %	40 %	-
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	Néant	100 € / cure	125 € / cure	-
Frais de transport pris en charge par la Sécurité sociale	35 %	35 %	35 %	-
Pharmacie				
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 65 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 30 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	30 € / an	45 € / an	-
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	10 € / an	20 € / an	-
Substituts nicotiniques en complément de la Sécurité sociale à partir du 2 ^e mois de traitement	Néant	2 fois 25 € / an	2 fois 25 € / an	-
Petites fournitures dont semelles orthopédiques	40 %	40 %	40 %	-
Les plus pour votre santé				
Ostéopathie et chiropractie (dans la limite de 3 séances par an)	Néant	20 € / séance	30 € / séance	-
Psychologue et psychomotricien pour les enfants jusqu'à 14 ans (dans la limite de 3 séances par an)	Néant	20 € / séance	30 € / séance	-
Diététicien pour les enfants de 6 à 16 ans et les femmes enceintes (dans la limite de 2 séances par an)	Néant	20 € / séance	30 € / séance	-
Panier de soins de l'enfant de moins de 3 ans	Néant	30 € / an	40 € / an	-

Hospitalisation	Montants de remboursement des frais de santé			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Frais de séjour	20 %	20 %	20 %	20 %
Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale à 80 %	20 %	70 %	120 %	170 %
Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	50 %	100 %	150 %
Chambre particulière (limitée à 30 jours/an en psychiatrie)	Néant	30 € / j	50 € / j	70 € / j
Forfait journalier (limité à 30 jours/an en psychiatrie)	Frais réels	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	20 € / j	25 € / j	30 € / j	35 € / j



4 - Tableau des garanties - Régime général

Optique Dentaire Appareillage	Montants de remboursement des frais de santé			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Optique				
Monture adulte	Néant	40 €	60 €	80 €
Verre adulte : forfait pour 2 verres <small>Limitation à 1 paire de lunettes par an par adulte</small>	Néant	100 €	200 €	250 €
Monture enfant	Néant	15 €	30 €	50 €
Verre enfant : forfait pour 2 verres <small>Limitation à 2 paires de lunettes par an par enfant</small>	Néant	60 €	160 €	210 €
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	100 € / an	175 € / an	250 € / an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	75 € / an	125 € / an	175 € / an
Suppléments d'optique pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	40 %	40 %	40 %
Chirurgie réfractive de l'œil	Néant	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil
Dentaire				
Soins dentaires	30 %	30 %	30 %	30 %
Prothèses dentaires* :				
prothèse fixe	32 € / dent	110 € / dent	200 € / dent	300 € / dent
autres prothèses dentaires	60 € / an	200 € / an	340 € / an	480 € / an
inlay core	45 € / dent	90 € / dent	125 € / dent	185 € / dent
implants	Néant	Néant	250 € / an	500 € / an
*dans la limite d'un plafond global de :				
pour les 1 ^{re} et 2 ^e années d'adhésion	Néant	420 €	725 €	1 150 €
à partir de la 3 ^e année d'adhésion	Néant	560 €	950 €	1 530 €
Orthodontie: prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	170 € / semestre	270 € / semestre	350 € / semestre
non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	100 € / semestre	150 € / semestre	200 € / semestre
Appareillage				
Acoustique: achat appareil par oreille	Néant	200 €	350 €	500 €
fournitures pour entretien	Néant	40 %	40 %	40 %
Autre appareillage :				
pris en charge par la Sécurité sociale à 60 %	40 %	40 %	65 %	90 %
pris en charge par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	Néant	25 %	50 %





4 - Tableau des garanties - Alsace Moselle

Régime local – Alsace Moselle

Les tableaux de garanties indiquent les plafonds de remboursement des dépenses de santé effectuées par l'**Adhérent** ayant respecté le parcours de soins instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie sous réserve notamment d'éventuelles variations dans la prise en charge des frais de santé par la Sécurité sociale.

Les remboursements exprimés en pourcentage s'appliquent à la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Lorsque le montant maximal de remboursement par bénéficiaire et par année civile est exprimé en euros et qu'il n'est pas atteint au terme de l'année d'adhésion (31 décembre), le reliquat n'est pas reporté l'année suivante.

Soins de ville	Montants de remboursement des frais de santé			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Honoraires				
Honoraires médicaux dans le cadre du parcours de soins	10 %	35 %	60 %	-
Auxiliaires médicaux, analyses médicales	10 %	10 %	10 %	-
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	Néant	100 € / cure	125 € / cure	-
Pharmacie				
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 90 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Médicaments pris en charge par la Sécurité sociale à 80 %	Frais réels	Frais réels	Frais réels	-
Contraceptifs oraux non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	30 € / an	45 € / an	-
Vaccins non pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	10 € / an	20 € / an	-
Substituts nicotiniques en complément de la Sécurité sociale à partir du 2 ^e mois de traitement	Néant	2 fois 25 € / an	2 fois 25 € / an	-
Petites fournitures dont semelles orthopédiques	10 %	10 %	10 %	-
Les plus pour votre santé				
Ostéopathie et chiropractie (dans la limite de 3 séances par an)	Néant	20 € / séance	30 € / séance	-
Psychologue et psychomotricien pour les enfants jusqu'à 14 ans (dans la limite de 3 séances par an)	Néant	20 € / séance	30 € / séance	-
Diététicien pour les enfants de 6 à 16 ans et les femmes enceintes (dans la limite de 2 séances par an)	Néant	20 € / séance	30 € / séance	-
Panier de soins de l'enfant de moins de 3 ans	Néant	30 € / an	40 € / an	-

Hospitalisation	Montants de remboursement des frais de santé			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Frais de séjour pris en charge par le régime local ALM à 100 %	Néant	Néant	Néant	Néant
Honoraires pris en charge par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	50 %	100 %	150 %
Chambre particulière (limitée à 30 jours/an en psychiatrie)	Néant	30 € / j	50 € / j	70 € / j
Frais d'accompagnement (enfant de moins de 16 ans)	20 € / j	25 € / j	30 € / j	35 € / j





4 - Tableau des garanties - Alsace Moselle

Optique Dentaire Appareillage	Montants de remboursement des frais de santé			
	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4
Optique				
Monture adulte	Néant	40 €	60 €	80 €
Verre adulte : forfait pour 2 verres	Néant	100 €	200 €	250 €
Limitation à 1 paire de lunettes par an par adulte				
Monture enfant	Néant	15 €	30 €	50 €
Verre enfant : forfait pour 2 verres	Néant	60 €	160 €	210 €
Limitation à 2 paires de lunettes par an par enfant				
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	100 € / an	175 € / an	250 € / an
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Néant	75 € / an	125 € / an	175 € / an
Suppléments d'optique pris en charge par la Sécurité sociale	Néant	10 %	10 %	10 %
Chirurgie réfractive de l'œil	Néant	200 € / œil	300 € / œil	400 € / œil
Dentaire				
Soins dentaires	10 %	10 %	10 %	10 %
Prothèses dentaires* :				
prothèse fixe	32 € / dent	110 € / dent	200 € / dent	300 € / dent
autres prothèses dentaires	60 € / an	200 € / an	340 € / an	480 € / an
inlay core	45 € / dent	90 € / dent	125 € / dent	185 € / dent
implants	Néant	Néant	250 € / an	500 € / an
*dans la limite d'un plafond global de :				
pour les 1 ^{re} et 2 ^e années d'adhésion	Néant	420 €	725 €	1 150 €
à partir de la 3 ^e année d'adhésion	Néant	560 €	950 €	1 530 €
Orthodontie : prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	170 € / semestre	270 € / semestre	350 € / semestre
non prise en charge par la Sécurité sociale	Néant	100 € / semestre	150 € / semestre	200 € / semestre
Appareillage				
Acoustique : achat appareil par oreille	Néant	200 €	350 €	500 €
fournitures pour entretien	Néant	10 %	10 %	10 %
Autre appareillage :				
pris en charge par la Sécurité sociale à 90 %	10 %	10 %	35 %	60 %
pris en charge par la Sécurité sociale à 100 %	Néant	Néant	25 %	50 %



5 - Modalités de versement des prestations

5.1 Remboursements

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme assureur de son choix.

Le remboursement est effectué par prestation selon le niveau choisi, conformément au tableau des garanties figurant sur le **Certificat d'adhésion**.

Pour les affections prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale, la garantie intervient au-delà du ticket modérateur dans la limite du tableau de garantie figurant sur le **Certificat d'adhésion**. Les prestations forfaitaires sont dues intégralement.

Les prestations exprimées en pourcentage sont calculées sur la **Base de Remboursement de la Sécurité sociale** en vigueur à la date des soins.

Pour être remboursés, les frais médicaux et chirurgicaux doivent être :

- expressément prévus dans la formule de garantie mentionnée sur le **Certificat d'adhésion** en vigueur à la date des soins ;
- prescrits par une autorité médicale qualifiée ;
- effectués et/ou prescrits pendant la période de garantie ;
- pris en charge par la Sécurité sociale sauf cas expressément indiqués dans les tableaux de garanties.

5.2 Pièces justificatives

Les demandes de remboursement doivent, sauf cas de force majeure, être transmises au **Centre de gestion** au plus tard dans les six mois après paiement par un régime d'Assurance maladie obligatoire.

Les frais liés à la production des pièces justificatives sont à la charge de l'**Adhérent**.

Doivent être adressés au **Centre de gestion** dans les meilleurs délais, les pièces indiquées ci-dessous.

☒ Soins remboursés par la Sécurité sociale :

- les originaux des décomptes sauf dans le cas de télétransmission avec votre caisse de Sécurité sociale (NOÉMIE),
- les factures acquittées et détaillées.

☒ Soins non remboursés par la Sécurité sociale :

- la prescription médicale,
- les factures acquittées et détaillées.



✉ Hospitalisation :

- le bulletin d'hospitalisation,
- les factures acquittées et détaillées.

Pour bénéficier de l'avance des frais liés à une hospitalisation, la demande doit être faite auprès du **Centre de gestion**.

6 - Les cotisations

6.1 Montant de la cotisation

La cotisation est calculée en fonction de la formule de garantie choisie, du régime de Sécurité sociale et de l'âge de chaque bénéficiaire (en cours d'adhésion, la cotisation évolue en fonction de cet âge pour tous les Bénéficiaires) et du département de résidence de l'**Adhérent**.

L'âge est calculé par différence de millésime, c'est-à-dire par différence entre l'année d'effet de la garantie et l'année de naissance du bénéficiaire.

Pour le troisième enfant inscrit en qualité d'ayant droit et les suivants, la cotisation est gratuite jusqu'au 31 décembre de l'année de leurs 17 ans.

6.2 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Emma Santé® permet aux **Adhérents** qui remplissent les conditions prévues à l'article L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (droit à déduction sur les cotisations de protection complémentaire santé). Pour tout renseignement, veuillez contacter votre caisse d'Assurance maladie.

6.3 Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique mensuel sur compte bancaire ou postal.

Pour les adhésions en ligne, le paiement de la première cotisation est réalisé par carte bancaire.

6.4 Exonération de cotisation en cas de décès de l'Adhérent

En cas de décès de l'**Adhérent**, les ayants droit bénéficient du maintien des garanties avec exonération du paiement des cotisations durant les deux mois qui suivent le décès.

Pendant cette période, les ayants droit n'ont pas la possibilité de modifier le niveau des modules de la garantie Santé à la hausse ou d'affilier de nouveaux ayants droit à l'exception des nouveau-nés et/ou enfants adoptés si l'inscription intervient dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption.



6.5 Exonération de cotisation pour tout nouveau-né ou enfant adopté

Les six premiers mois de cotisation sont gratuits pour tout nouveau-né ou enfant adopté à condition d'être inscrit comme ayant droit à Emma Santé[®] dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption.

6.6 Variations des cotisations

Les cotisations sont périodiquement révisées au 1^{er} janvier de chaque année civile.

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations évoluent chaque année en fonction de la variation du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS) applicable au 1^{er} janvier de l'année précédente.

Les cotisations peuvent également évoluer en fonction des résultats techniques du contrat Emma Santé[®].

De même, elles peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes d'Assurance Maladie obligatoire ou de la législation fiscale ou sociale.

6.7 Changement générant une modification de la cotisation en cours d'année

L'**Adhérent** doit informer La Mutuelle Générale dans le mois qui suit tout changement générateur d'une modification de la cotisation :

- changement de département de résidence de l'**Adhérent** ;
- changement de régime d'Assurance maladie obligatoire de l'**Adhérent** ou de tout ayant droit.

L'**Adhérent** dispose d'un délai de trente (30) jours pour accepter ou refuser cette proposition. En cas de refus, la résiliation du contrat prendra effet au terme de cette période de trente (30) jours.

6.8 Sanction en cas de non paiement de la cotisation

En cas de non-paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation appelée dans les dix jours de son échéance, l'**Adhérent** est informé par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, qu'à défaut de règlement dans les 40 jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure, il est exclu du groupe assuré ainsi que ses ayants droit en application de l'article L. 221-8 II du Code de la mutualité.

À compter de l'exclusion du groupe, les garanties prennent fin et les dépenses afférentes à des soins prescrits ou effectués ne sont pas remboursées.



7 - Exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage

7.1 Objet

L'**Adhérent** peut être exonéré du paiement de sa cotisation, en cas de **Chômage Total** suite à son licenciement économique ou celui de son **Conjoint** si ce dernier est inscrit en qualité d'ayant droit à *Emma Santé*, dans les conditions définies ci-après.

7.2 Conditions pour bénéficier de l'exonération de cotisations

Les conditions pour prétendre à bénéficier de l'exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage sont :

- être âgé de moins de 65 ans pendant la période d'exonération de cotisation ;
- justifier d'une ancienneté d'au moins douze mois à Emma Santé® à la date du licenciement pour motif économique ;
- occuper, depuis au moins douze mois à la date du licenciement pour motif économique, un emploi salarié à durée indéterminée ouvrant droit aux allocations versées par le Pôle Emploi.

Tout licenciement intervenu avant l'adhésion ou au cours des douze premiers mois d'ancienneté à Emma Santé® ne donne jamais lieu au bénéfice de l'exonération de cotisation.

7.3 Exclusions

Événements occasionnant directement ou indirectement la perte d'emploi de l'Adhérent ou de son Conjoint mais ne donnant pas lieu à l'application de la garantie :

- rupture du contrat de travail en période d'essai ;
- fin d'un contrat de travail à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire ;
- démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par le Pôle Emploi ;
- chômage partiel ou saisonnier ;
- cessation d'activité dans le cadre d'une convention de conversion ;
- licenciement pour faute grave ou lourde ;
- départ en retraite, en préretraite ou autre forme de cessation d'activité dont la réglementation implique l'absence de recherche d'un nouvel emploi ;
- cessation d'activité résultant d'un accord entre l'employeur et le salarié dit « départ négocié » ou « rupture conventionnelle », y compris ceux donnant lieu à indemnisation par le Pôle Emploi ;
- licenciement de l'Adhérent salarié par son Conjoint, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son Conjoint, ascendant, descendant, collatéral ;
- licenciement du Conjoint salarié par l'Adhérent, ascendant, descendant, collatéral ou d'une personne morale contrôlée ou dirigée par lui-même, son Conjoint, ascendant, descendant, collatéral.



7 - Exonération, sous conditions, de cotisation en cas de chômage

7.4 Montant de l'exonération de cotisation

L'**Adhérent**, tant que le **Chômage Total** persiste, est exonéré du paiement d'une fraction de sa cotisation équivalente au douzième du montant de la cotisation totale annuelle (toutes options confondues) au titre de Emma Santé®, sous réserve du paiement effectif par l'**Adhérent** des cotisations dues au jour du **Chômage Total**.

7.5 Franchise

Pour donner droit à une exonération de cotisation, le **Chômage Total** doit être indemnisé par le Pôle Emploi durant une période continue de douze mois.

Le premier jour de cette période correspond au premier jour du versement des allocations Pôle Emploi (allocation d'aide au retour à l'emploi), au titre du **Chômage Total** garanti.

L'exonération de cotisation débute à compter du 1^{er} jour du treizième mois du versement d'allocations par le Pôle Emploi.

Une nouvelle Franchise de douze mois est appliquée entre deux périodes de Chômage Total garanti.

7.6 Durée maximum d'exonération de cotisation

Après expiration de la **Franchise**, la durée maximum de l'exonération de cotisation est de douze mois au titre d'une seule et même période continue de **Chômage Total**.

Une nouvelle Franchise de douze mois est appliquée entre deux périodes d'indemnisation.

Tout mois de **Chômage Total** commencé est intégralement exonéré de cotisation.

À l'issue d'une période d'exonération, l'**Adhérent** ou son **Conjoint** inscrit en qualité d'ayant droit à Emma Santé® peut prétendre à une nouvelle période d'exonération sous réserve de totaliser à nouveau douze mois d'ancienneté dans un nouvel emploi et avoir fait l'objet d'un licenciement pour motif économique.

7.7 Déclaration

La perte d'emploi doit être déclarée dans les douze mois qui suivent sa survenance. Au-delà, l'exonération de cotisation s'effectue à compter du 1^{er} jour du mois suivant la date de déclaration. En tout état de cause, la période d'exonération ne peut se poursuivre au-delà du 24^e mois de **Chômage Total**.

7.8 Pièces à fournir

Après la déclaration de perte d'emploi, devront être adressés au Centre de gestion les documents suivants :

- la lettre d'admission au bénéfice des allocations d'assurance chômage délivrée par le Pôle Emploi,
- les décomptes d'allocations Pôle Emploi depuis l'origine.

Par la suite, afin de continuer à bénéficier de l'exonération de cotisation, l'**Adhérent** devra fournir chaque mois au Centre de gestion et sans interruption les décomptes d'allocations Pôle Emploi. À défaut, l'exonération de cotisation sera suspendue.





Par ailleurs, il peut être demandé à l'**Adhérent** tout document complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

7.9 Cessation de la prestation

L'exonération de cotisation cesse à la fin du mois de survenance de l'un des événements suivants :

- la reprise d'une activité salariée rémunérée totale ou partielle ;
- la cessation du versement des allocations par le Pôle Emploi ;
- la cessation d'activité professionnelle ;
- la dispense de recherche d'emploi par le Pôle Emploi ;
- **résiliation** de l'adhésion ;
- le décès de l'**Adhérent** ou de son **Conjoint** qui était au **Chômage Total**.

7.10 Modification des garanties ou de l'adhésion pendant la période d'exonération de la cotisation

Pendant la période d'exonération de cotisation, l'**Adhérent** ne peut pas modifier ses garanties à la hausse, ni affilier un nouvel ayant droit à l'exception d'un nouveau né ou d'un enfant adopté.

7.11 Cessation de garantie

La garantie cesse de plein droit dès la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas **résiliation** de l'adhésion à Emma Santé® ;
- en cas de **dénonciation** du contrat collectif par l' A.N.A.C.C.S à l'échéance annuelle ;
- à la date où l'**Adhérent** cesse de bénéficier de la garantie Santé d'Emma Santé® ;
- au 31 décembre de l'année du 65^e anniversaire de l'**Adhérent** ;
- en cas de **cessation** d'activités professionnelles ;
- dès que les conditions d'adhésion à Emma Santé® ne sont plus remplies ;
- en cas de **non-paiement** des cotisations ;
- en cas de **démission** par l'**Adhérent** de l'A.N.A.C.C.S.

8 - La vie de l'adhésion

8.1 Changement de situation des bénéficiaires

L'**Adhérent** doit informer La Mutuelle Générale, au plus tard dans le mois suivant l'événement, de tout changement dans la situation d'un **bénéficiaire des prestations** :

- changement d'adresse postale et/ou électronique (à défaut les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets) ;
- changement de coordonnées bancaires ;
- modification de la composition familiale, notamment naissance, mariage, décès ;
- perte de la qualité d'ayant droit ;



- changement de numéro de Sécurité sociale, changement de caisse primaire d'Assurance maladie ou de centre de paiement.

8.2 Terme des garanties

8.2.1 Résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Adhérent

L'adhésion prend fin en cas de résiliation notifiée à La Mutuelle Générale par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours (envoi de la résiliation avant le premier novembre).

Aucune résiliation ne peut être acceptée en cours d'année, sauf dans les cas visés ci-après :

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- si l'**Adhérent** apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation de l'adhésion sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite et justifiée ;
- en cas de modification de ses droits et obligations, l'**Adhérent** dispose d'une faculté de résiliation dans les conditions définies à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité ;
- modification de la cotisation résultant de la survenance d'un des événements suivants :
 - changement de régime obligatoire,
 - changement du département de résidence de l'**Adhérent**.

La résiliation de l'adhésion doit être notifiée à La Mutuelle Générale par lettre recommandée avec avis de réception dans le mois suivant la date de déclaration figurant sur le **Certificat d'adhésion** correctif. La résiliation prendra effet un mois après réception de la demande de résiliation.

8.2.2 Résiliation de l'adhésion à l'initiative de La Mutuelle Générale

L'adhésion est résiliée dans les cas suivants :

- non-paiement des cotisations : à défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, La Mutuelle Générale adressera à l'**Adhérent** par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner son exclusion à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L221-8 II du code de la mutualité ;
- dès que les conditions d'adhésion ne sont plus remplies ;
- démission par l'**Adhérent** de l'A.N.A.C.C.S, dans ce cas l'adhésion prend automatiquement fin à la date de prise d'effet de la démission.

Le terme des garanties entraîne purement et simplement la cessation immédiate des droits pour l'**Adhérent** et ses ayants droit.



9 – Dispositions diverses

9.1 Prescription

Conformément au Code de la mutualité, toutes les actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'**Adhérent**, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

9.2 Réclamation - Médiation

Pour toute réclamation relative aux garanties, adressez-vous **au Centre de gestion à l'adresse figurant dans le préambule de la présente notice.**

Par ailleurs, en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation de la notice d'information ou des statuts de la mutuelle, vous pouvez avoir recours au service du Médiateur, en écrivant à son attention, à l'adresse du siège de La Mutuelle Générale.

9.3 Autorité de contrôle

Conformément au Code de la mutualité, La Mutuelle Générale est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles située 61, rue Taitbout – 75436 Paris cedex 09.

9.4 Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, La Mutuelle Générale exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées au bénéficiaire.

Afin de permettre à La Mutuelle Générale d'exercer son droit de subrogation, les bénéficiaires s'engagent à déclarer, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

Crédit photo : Getty Images/E. Dygas