

« UNIP ENTRAIDE »

CONVENTION N° 7008

(Ce texte de convention vaut notice d'information)

JANVIER 2010

Chapitre 1

RÈGLEMENT GÉNÉRAL

1 - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention fixe les conditions dans lesquelles MUNIP met en œuvre des couvertures individuelles pour les garanties mentionnées ci-après, au profit :

- de tout ancien salarié d'une entreprise adhérente à l'Institution UNIPREVOYANCE dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire couvrant la garantie Remboursement de soins – Maladie – Chirurgie – Maternité, qui a quitté son entreprise depuis moins de six mois, et qui est bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement,
- de tout ayant droit bénéficiaire de la couverture de l'assuré décédé, s'il en fait la demande dans les six mois qui suivent le décès,
- de tout salarié pouvant justifier d'un régime collectif santé d'entreprise, et qui a quitté son entreprise depuis moins de six mois.

Les garanties mises en œuvre par la présente convention concernent les REMBOURSEMENTS DE SOINS – MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITÉ :

Prestations sous forme d'indemnités en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie, de l'assurance maternité ou de la législation sur les accidents du travail ou les maladies professionnelles.

2 - ADHÉSION

Le salarié qui souhaite adhérer à MUNIP, remplit et signe un bulletin d'adhésion. Le salarié qui adhère à MUNIP est désigné sous le terme « adhérent ».

L'adhérent peut renoncer à l'adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception, pendant un délai de trente jours à compter du premier versement.

Lorsque l'adhérent fait usage de ce droit de renonciation, MUNIP lui rembourse dans un délai de trente jours les cotisations qu'elle a perçues.

3 - DURÉE DU CONTRAT - RÉSILIATION

L'adhésion prend effet à la date fixée au bulletin d'adhésion, sous réserve du paiement de la cotisation.

L'adhérent doit souscrire, au plus tard, dans les SIX MOIS qui suivent sa date de départ de l'entreprise (ou au plus tard dans les SIX MOIS qui suivent le décès pour les ayants droit bénéficiaires de la couverture de l'assuré décédé).

L'adhésion expire le 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion et se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année civile, sauf résiliation à l'initiative de l'adhérent, signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant l'échéance du contrat, soit le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation de l'adhésion par l'adhérent entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties.

4 - AFFILIATION

Peut être garanti au titre d'adhérent :

- l'ancien salarié d'une entreprise adhérente à l'Institution UNIPREVOYANCE et le cas échéant ses ayants droit, affilié au régime général de la Sécurité Sociale française ou au régime local Alsace Moselle, et bénéficiaire d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'il est privé d'emploi, d'un revenu de remplacement,
- l'ayant droit bénéficiaire de la couverture de l'assuré décédé, affilié au régime général de la Sécurité Sociale française ou au régime local Alsace Moselle,
- tout salarié pouvant justifier d'un régime collectif santé d'entreprise et le cas échéant ses ayants droit, affilié au régime général de la Sécurité Sociale française ou au régime local Alsace Moselle.

L'affiliation n'est soumise à aucune formalité médicale.

La garantie accordée à l'adhérent par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations venues à échéance à titre de dommages et intérêts.

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie ou de l'adhésion. Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, MUNIP maintient sa garantie moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent; à défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix jours après notification adressée à l'adhérent par lettre recommandée ; MUNIP restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion des cotisations payées par l'adhérent par rapport aux cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

5 - CESSATION DE L'AFFILIATION

L'affiliation cesse pour chaque adhérent :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance qui suit immédiatement la date à laquelle il ne remplit plus les conditions pour avoir la qualité d'adhérent telle que définie au paragraphe **4. AFFILIATION** ci-dessus,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance qui suit la demande de résiliation de l'adhésion sous réserve que l'adhérent l'ait notifié à la mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la date précitée. Toutefois, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion dès qu'il adhère à un régime complémentaire obligatoire d'entreprise ou dès qu'il change de statut, sous réserve d'en apporter la preuve. La résiliation sera effective au dernier jour du mois au cours duquel la mutuelle en aura eu connaissance.
- en cas de cessation du paiement des cotisations (cf paragraphe **9. NON PAIEMENT DES COTISATIONS** ci-après).

La cessation des garanties pour l'adhérent entraîne celle des membres de sa famille, sauf en ce qui concerne le conjoint survivant et ses enfants, tels que définis au chapitre 2 ci-après, lorsque la cessation des garanties est consécutive au décès de l'adhérent et sous réserve que le conjoint survivant acquitte normalement les cotisations correspondant aux garanties souscrites et qu'il bénéficie d'un régime de sécurité sociale.

6 - COTISATIONS

Les cotisations sont définies en ANNEXE à la présente convention, en fonction de la formule retenue et selon le régime de sécurité sociale dont dépend l'adhérent (Général ou Alsace / Moselle).

Les cotisations évoluent selon l'âge de l'adhérent et des bénéficiaires, par différence de millésime : adhérent ou ayant droit de moins de 20 ans (dont enfant), adhérent ou ayant droit de 21 à 30 ans, adhérent ou ayant droit de 31 à 45 ans, adhérent ou ayant droit de 46 à 60 ans, adhérent ou ayant droit de 61 à 70 ans, adhérent ou ayant droit de plus de 70 ans.

Les cotisations sont réajustées pour chaque adhérent à compter du 1^{er} janvier en fonction de leur année de naissance et de celle des autres bénéficiaires.

La cotisation est indexée au 1^{er} Janvier de chaque année en fonction de la moyenne arithmétique des taux d'accroissement annuels de la "CONSOMMATION MEDICALE TOTALE DES MENAGES" publiée dans le rapport annuel des Comptes Nationaux de la Santé. Cette moyenne est calculée sur la base des taux d'accroissement des deux dernières années recensées dans ce rapport.

Tout changement de cotisation doit être signifié à l'adhérent, en respectant le délai de préavis fixé au contrat qui ne peut être inférieur à 2 mois, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. En cas de refus de la nouvelle cotisation expressément signifié à MUNIP par écrit au plus tard le 15 décembre de l'année en cours, l'adhésion est résiliée à l'échéance.

Lorsque MUNIP informe l'adhérent de la nouvelle cotisation dans le cadre de la stricte application de la clause d'indexation contractuelle, le délai de préavis de deux mois prévu ci-dessus est ramené à un mois, soit au plus tard le 30 novembre de l'année en cours. En cas de refus de la nouvelle cotisation expressément signifié à MUNIP par écrit au plus tard le 31 décembre de l'année en cours, l'adhésion est résiliée à l'échéance.

L'adhérent a la faculté de dénoncer son acceptation des modifications du bulletin d'adhésion dans un délai de 30 jours à compter de cette date. La renonciation entraînera la restitution par la mutuelle de l'intégralité des sommes versées par l'adhérent, correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

. Révision des conditions de garanties d'ordre législatif ou réglementaire :

Les cotisations sont fixées compte tenu des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité Sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'adhésion. Si ces éléments venaient à être modifiés en cours d'année, MUNIP procéderait sans délai à une révision du régime, dont les modalités seraient communiquées à l'adhérent.

En cas de refus de la révision envisagée dans le cadre d'un désengagement de la Sécurité Sociale ou d'une modification substantielle de son régime, l'adhérent a la faculté de mettre fin à son adhésion avant le prochain renouvellement annuel, cette décision étant assimilée à une démission de l'adhérent, sans qu'il puisse être opposé à celui-ci le délai de préavis prévu à l'article 3 ci-dessus. Le non-accomplissement de cette formalité avant le 31 décembre de l'exercice concerné rend applicable de plein droit, à la date prévue, le changement de cotisation ou la modification de la prestation.

7 - ASSIETTES DES COTISATIONS

Les cotisations sont exprimées en euros.

8 - PAIEMENT DES COTISATIONS

L'adhérent est seul responsable du paiement des cotisations. Celles-ci sont payables mensuellement d'avance par prélèvement automatique.

9 - NON PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement des cotisations dans les conditions ci-dessus, une mise en demeure par lettre recommandée est adressée à l'adhérent l'informant qu'à l'expiration d'un délai de trente jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne la suspension des garanties.

Au terme d'un délai de dix jours à compter de la date de suspension de la garantie, le défaut de paiement de cotisation échue, ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance à compter de la date d'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne la résiliation de l'adhésion.

Si, pendant la période de suspension, l'adhérent paye la cotisation, la garantie est remise en vigueur le lendemain à midi du jour du paiement.

10 - PRESTATIONS

Le montant et les modalités de service des prestations sont définis au Chapitre 2 - Règlement particulier - Remboursement de soins - Maladie - Chirurgie - Maternité ci-après.

11 - PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a 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.

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

12 - ÉLECTION DE DOMICILE

Pour la souscription et l'exécution des adhésions établies en vue de l'application du présent règlement, les adhérents doivent faire obligatoirement élection de domicile en France.

13 - LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les adhérents ont un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il leur suffit de prendre contact avec le service clientèle de MUNIP.

Chapitre 2 – RÈGLEMENT PARTICULIER –

REMBOURSEMENT DE SOINS - MALADIE - CHIRURGIE - MATERNITÉ

1 - OBJET DE LA GARANTIE

Le présent règlement a pour objet le versement :

- d'une indemnité complétant les remboursements effectués notamment par les assurances sociales, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie ;
- d'une indemnité en cas de maternité ou de cure thermale.

2 - BÉNÉFICIAIRES DE LA GARANTIE

• Peuvent être BÉNÉFICIAIRES de la garantie, outre l'ADHÉRENT, ses AYANTS DROIT ci-après définis :

- son CONJOINT à charge au sens de la Sécurité Sociale ou bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- en l'absence de conjoint, le PARTENAIRE, lié à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à charge au sens de la Sécurité Sociale ou, sous réserve de la fourniture d'une copie dudit pacte, le partenaire bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- en l'absence de conjoint ou partenaire lié à l'adhérent par un Pacte Civil de Solidarité, le CONCUBIN à charge au sens de la Sécurité Sociale ou, sous réserve de la fourniture d'un certificat de concubinage délivré par la mairie, à défaut un justificatif de domicile commun, le concubin bénéficiant de son propre chef d'un régime de Sécurité Sociale (régime général, régime des travailleurs non salariés, ...),
- ses ENFANTS, et s'ils vivent au foyer, ceux de son conjoint, ceux de son partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou ceux de son concubin :
 - à charge au sens de la Sécurité Sociale et âgés de moins de 20 ans,
 - âgés de moins de 28 ans et affiliés au régime de la Sécurité Sociale des étudiants,
 - âgés de moins de 28 ans et poursuivant des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance,
 - âgés de moins de 28 ans et étant à la recherche d'un premier emploi, inscrits à l'Agence Nationale Pour l'Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois (les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi),
 - quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 Juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

• Par concubinage, on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple » (article 515-8 du Code Civil).

3 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX BÉNÉFICIAIRES

DATE D'ADMISSION A L'ASSURANCE

La date d'admission à l'assurance est immédiate pour l'adhérent et les membres de sa famille dès lors que l'inscription est effectuée dans les six mois qui suivent la date de radiation d'un autre régime complémentaire maladie collectif obligatoire, dont le niveau des garanties est identique ou inférieur à celui de la formule 1, 2, 3 ou 4 souscrite.

Pour les ayants droit d'un adhérent assuré, dont l'inscription est effectuée au delà du délai ci-dessus, l'admission intervient le premier jour du mois civil qui suit la réception de la demande d'admission.

● PRISE EN CHARGE DES FRAIS

Les frais engagés par les bénéficiaires sont pris en charge sans délai lorsque l'admission a lieu dans les six mois qui suivent la date de radiation d'un autre régime complémentaire maladie collectif obligatoire, dont le niveau des garanties est identique ou inférieur à celui de la formule 1, 2, 3 ou 4 souscrite.

Dans tous les autres cas, la prise en charge des frais engagés intervient après un délai d'attente fixé comme suit à compter de la date d'admission :

- **DIX MOIS** pour la **MATERNITE**,
- **SIX MOIS** pour les **SOINS** et **PROTHESES DENTAIRES**, **l'ORTHOPÉDIE** et les **AUTRES PROTHESES**, **l'OPTIQUE**, les **CURES THERMALES**,
- **TROIS MOIS** pour les autres frais.

Toutefois, ces délais sont supprimés en cas de frais consécutifs à un accident survenu postérieurement à la date d'admission à l'assurance du bénéficiaire (on entend par "accident", toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure).

● CHOIX DES FORMULES

A la mise en place de l'adhésion, l'adhérent peut opter pour la formule de son choix qui vaut tant pour lui-même que pour ses ayants droit, le cas échéant.

Par la suite, le changement de formule, qui vaut tant pour lui-même que pour ses ayants droit le cas échéant, peut intervenir :

- le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la date de réception de la demande, en cas de passage :
 - . de la formule 1 vers la formule 2 ou 3 ou 4,
 - . de la formule 2 vers la formule 3 ou 4,
 - . de la formule 3 vers la formule 4.

Il est alors fait application des délais d'attente fixés au paragraphe « PRISE EN CHARGE DES FRAIS » ci-dessus.

- le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la date de réception de la demande, en cas de passage :
 - . de la formule 4 vers la formule 3 ou 2 ou 1,
 - . de la formule 3 vers la formule 2 ou 1,
 - . de la formule 2 vers la formule 1.

Ce changement est **définitif**.

● RADIATION DE L'ASSURANCE

Les ayants droit de l'adhérent peuvent demander, à tout moment, leur radiation. La radiation de l'assurance des ayants droit intervient alors le dernier jour du mois civil qui suit la réception de la demande ; elle est définitive.

4 - SUBROGATION

Dans la limite des prestations prises en charge par la Mutuelle, celle-ci est subrogée dans les droits de l'adhérent à l'égard du tiers responsable.

5 - FRAIS OUVRANT DROIT À PRESTATIONS

- a) Les frais ouvrant droit à prestation sont, sous réserve des dispositions des paragraphes b), c), d), e) et f) ci-après, ceux énumérés au paragraphe **6 - COUVERTURE** du présent chapitre qui, concernant des traitements de maladie ou d'accident, ont donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ont fait l'objet d'une prescription médicale et pour lesquels la date des soins figurant sur le bordereau de la Sécurité Sociale est comprise entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Toutefois, certains frais qui figurent dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) en vigueur ou dans le Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires et qui n'ont pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, ouvrent droit à prestation lorsque la mention en est expressément faite au paragraphe **6 - COUVERTURE** du présent chapitre.

- b) Une demande de prise en charge est exigée s'agissant d'un séjour en maison de repos et de convalescence non exclu aux termes du paragraphe c) ci-après.
- c) SONT EXCLUS DE LA GARANTIE, LES FRAIS D'HEBERGEMENT ET DE TRAITEMENT EXPOSES :
 - EN MAISONS DE REPOS ET DE CONVALESCENCE LORSQUE LE SEJOUR FAIT SUITE A UNE HOSPITALISATION DE MOINS DE 30 JOURS OU A UNE INTERVENTION CHIRURGICALE DONT LA BASE DE REMBOURSEMENT EST INFÉRIEURE OU ÉGALE A 4,20 % DU PLAFOND MENSUEL DE LA SECURITE SOCIALE EN VIGUEUR AU JOUR DE L'INTERVENTION,
 - EN ETABLISSEMENTS DE POST-CURE,
 - EN ETABLISSEMENTS DE REEDUCATION OU D'EDUCATION PROFESSIONNELLE.
- d) En tout état de cause, les actes pratiqués par des auxiliaires médicaux mais non prescrits médicalement n'ouvrent pas droit à prestation.
- e) MUNIP ne prend pas en charge les frais ayant fait l'objet d'un refus administratif de la Sécurité Sociale.
- f) Les dépassements d'honoraires sont pris en charge dans la mesure où ils ont été déclarés par le praticien à la Sécurité Sociale et dans la mesure où ils sont prévus au paragraphe **6 - COUVERTURE** du présent chapitre.

L'INDEMNITE COMPLEMENTAIRE VERSEE PAR LA MUTUELLE S'AJOUTE, DANS LA LIMITE DES FRAIS RESTANT A LA CHARGE DU BÉNÉFICIAIRE, A CELLES VERSEES, AU MEME TITRE, TANT PAR LA SECURITE SOCIALE QUE PAR TOUT AUTRE ORGANISME.

La présente convention est émise conformément aux dispositions des articles R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale. En conséquence, elle prévoit des conditions minimales de garanties et ne prend pas en charge les participations forfaitaires, la minoration du remboursement de la Sécurité Sociale et les dépassements autorisés d'honoraires pour non respect du parcours de soins et refus d'accès au dossier médical.

6 - COUVERTURE

À l'adhésion, l'adhérent choisit une des quatre FORMULES 1, 2, 3 ou 4.

FORMULE 1

1. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Établissements conventionnés

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Établissements non conventionnés et secteur privé en hôpital public

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Tous établissements

Le FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale est pris en charge intégralement.

Les frais de CHAMBRE PARTICULIERE sont pris en charge dans la limite, par jour, de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

Les frais exposés pour L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT de moins de 12 ans sont pris en charge dans la limite, par jour, de 1 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation (maximum 30 jours par hospitalisation).

Limitations

L'INDEMNISATION EST LIMITEE A 30 JOURS PAR ANNEE CIVILE, S'AGISSANT DU SEJOUR D'UN ENFANT EN MAISON A CARACTERE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURE THERMALE.

2. TRANSPORT EN AMBULANCE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

3. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale.

Les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin sont pris en charge dans la limite de 1 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire.

4. FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin)

Dans le respect de la réglementation (arrêté du 8 Juin 2006), la Mutuelle prend en charge à hauteur de 30% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, les deux actes de prévention suivants :

- **détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum),**
- **dépistage de l'hépatite B.**

5. SOINS DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

6. PROTHÈSES DENTAIRES, INLAY CORE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

7. PROTHÈSES AUDITIVES, ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

8. OPTIQUE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé comme suit :

- **Verres (par paire) : 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**
- **Monture : 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**
- **Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, par paire : 35 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.**

9. FRAIS MÉDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites (de généralistes, de spécialistes),
- . actes d'imagerie, échographie et doppler,
- . actes techniques médicaux et actes de chirurgie,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale,

- . actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- . analyses,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 40 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

FORMULE 2

1. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Établissements conventionnés

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Établissements non conventionnés et secteur privé en hôpital public

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 90 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Tous établissements

Le FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale est pris en charge intégralement.

Les frais de CHAMBRE PARTICULIERE sont pris en charge dans la limite, par jour, de 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

Les frais exposés pour L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT de moins de 12 ans sont pris en charge dans la limite, par jour, de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation (maximum 30 jours par hospitalisation).

Limitations

L'INDEMNISATION EST LIMITEE A 30 JOURS PAR ANNEE CIVILE, S'AGISSANT DU SEJOUR D'UN ENFANT EN MAISON A CARACTERE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURE THERMALE.

2. TRANSPORT EN AMBULANCE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

3. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale.

Les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin sont pris en charge dans la limite de 2 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire.

4. FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin)

Dans le respect de la réglementation (arrêté du 8 Juin 2006), la Mutuelle prend en charge à hauteur de 100% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, les deux actes de prévention suivants :

- **détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum),**
- **dépistage de l'hépatite B.**

5. SOINS DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 30 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

6. PROTHÈSES DENTAIRES, INLAY CORE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

7. FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE / ORTHODONTIE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

8. PROTHÈSES AUDITIVES, ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 200 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

9. OPTIQUE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé comme suit :

- Verres (par paire) : 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.
- Monture : 4 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.
- Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, par paire : 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.
- Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, par paire : 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par bénéficiaire et par année civile.
- Lentilles de contact correctrices jetables, par paire : 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par bénéficiaire et par année civile.
- Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser : 6 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention, par an, par bénéficiaire et par oeil.

10. FRAIS MÉDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites (de généralistes, de spécialistes),
- . actes d'imagerie, échographie et doppler,
- . actes techniques médicaux et actes de chirurgie,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale,

- . actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- . analyses,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

11. MATERNITÉ

Les frais normaux de maternité inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité est fixé à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les cinq premiers jours d'hospitalisation.

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE.

12. CURES THERMALES

Les frais de cure thermale remboursés par la Sécurité Sociale pour un bénéficiaire de la garantie, ouvrent droit sur justification de la prise en charge par les assurances sociales et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

Cette indemnité est destinée à couvrir les frais médicaux, de séjour et de transport.

FORMULE 3

1. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Établissements conventionnés

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Établissements non conventionnés et secteur privé en hôpital public

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 90 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Tous établissements

Le FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale est pris en charge intégralement.

Les frais de CHAMBRE PARTICULIERE sont pris en charge dans la limite, par jour, de 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

Les frais exposés pour L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT de moins de 12 ans sont pris en charge dans la limite, par jour, de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation (maximum 30 jours par hospitalisation).

Limitations

L'INDEMNISATION EST LIMITEE A 30 JOURS PAR ANNEE CIVILE, S'AGISSANT DU SEJOUR D'UN ENFANT EN MAISON A CARACTERE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURE THERMALE.

2. TRANSPORT EN AMBULANCE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

3. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale.

Les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin sont pris en charge dans la limite de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire.

4. FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin)

Dans le respect de la réglementation (arrêté du 8 Juin 2006), la Mutuelle prend en charge à hauteur de 150% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, les deux actes de prévention suivants :

- **détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum),**
- **dépistage de l'hépatite B.**

5. SOINS DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

6. PROTHÈSES DENTAIRES, INLAY CORE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

7. FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE / ORTHODONTIE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

8. PROTHÈSES AUDITIVES, ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 300 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

9. OPTIQUE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé comme suit :

- **Verres (par paire) : 8 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.**
- **Monture : 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.**
- **Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, par paire : 8 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.**
- **Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, par paire : 8 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par bénéficiaire et par année civile.**
- **Lentilles de contact correctrices jetables, par paire : 8 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par bénéficiaire et par année civile.**
- **Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser : 8 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention, par an, par bénéficiaire et par oeil.**

10. FRAIS MÉDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites (de généralistes, de spécialistes),
- . actes d'imagerie, échographie et doppler,
- . actes techniques médicaux et actes de chirurgie,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 150 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale,

- . actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- . analyses,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

11. MATERNITÉ

Les frais normaux de maternité inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les cinq premiers jours d'hospitalisation.

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE.

12. CURES THERMALES

Les frais de cure thermale remboursés par la Sécurité Sociale pour un bénéficiaire de la garantie, ouvrent droit sur justification de la prise en charge par les assurances sociales et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

Cette indemnité est destinée à couvrir les frais médicaux, de séjour et de transport.

FORMULE 4

1. HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE (y compris hospitalisation médicale et chirurgicale de moins de 24 heures et intervention chirurgicale sans hospitalisation)

Établissements conventionnés

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Établissements non conventionnés et secteur privé en hôpital public

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 90 % des frais réels, sous déduction du montant remboursé au même titre par la Sécurité Sociale et tout autre organisme, au titre des FRAIS DE SEJOUR (A L'EXCLUSION DU FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale), des FRAIS DE SALLE D'OPERATION, de la PHARMACIE, des AUTRES FRAIS MEDICAUX.

Tous établissements

Le FORFAIT JOURNALIER de la Sécurité Sociale est pris en charge intégralement.

Les frais de CHAMBRE PARTICULIERE sont pris en charge dans la limite, par jour, de 5 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation.

Les frais exposés pour L'ACCOMPAGNEMENT D'UN ENFANT de moins de 12 ans sont pris en charge dans la limite, par jour, de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de l'hospitalisation (maximum 30 jours par hospitalisation).

Limitations

L'INDEMNISATION EST LIMITEE A 30 JOURS PAR ANNEE CIVILE, S'AGISSANT DU SEJOUR D'UN ENFANT EN MAISON A CARACTERE SANITAIRE OU EN MAISON DE CURE THERMALE.

2. TRANSPORT EN AMBULANCE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le montant remboursé par la Sécurité Sociale.

3. PHARMACIE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et le Montant Remboursé par la Sécurité Sociale.

Les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale mais prescrits par un médecin sont pris en charge dans la limite de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale par an et par bénéficiaire.

4. FRAIS DE PREVENTION (prescrits par un médecin)

Dans le respect de la réglementation (arrêté du 8 Juin 2006), la Mutuelle prend en charge à hauteur de 150% de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale, les deux actes de prévention suivants :

- **détartrage complet sus et sous gingival des dents (en deux séances maximum),**
- **dépistage de l'hépatite B.**

5. SOINS DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 100 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

6. PROTHÈSES DENTAIRES, INLAY CORE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

7. FRAIS D'ORTHOPÉDIE DENTO-FACIALE / ORTHODONTIE (pris en charge par la Sécurité Sociale)

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

8. PROTHÈSES AUDITIVES, ORTHOPÉDIE, AUTRES PROTHÈSES NON DENTAIRES

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 350 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

9. OPTIQUE

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé comme suit :

- Verres + monture (forfait équipement global) : 16 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par an et par bénéficiaire.
- Lentilles de contact correctrices ayant donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, par paire : 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense.
- Lentilles de contact correctrices n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale, par paire : 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par bénéficiaire et par année civile.
- Lentilles de contact correctrices jetables, par paire : 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de la dépense, par bénéficiaire et par année civile.
- Opération de la myopie ou de l'hypermétropie par laser : 10 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au jour de l'intervention, par an, par bénéficiaire et par oeil.

10. FRAIS MÉDICAUX COURANTS

Les frais sont ceux correspondant aux :

- . consultations, visites (de généralistes, de spécialistes),
- . actes d'imagerie, échographie et doppler,
- . actes techniques médicaux et actes de chirurgie,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 250 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale,

- . actes pratiqués par les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes),
- . analyses,

le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 150 % de la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale.

11. MATERNITÉ

Les frais normaux de maternité inhérents à la naissance, pris en charge par les assurances sociales au titre de l'assurance maternité, ouvrent droit, sur présentation d'un extrait d'acte de naissance, et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de la naissance.

Le versement de l'indemnité est exclusif de tout autre remboursement pour les frais de séjour et les frais d'accouchement normal exposés pendant les cinq premiers jours d'hospitalisation.

Les honoraires chirurgicaux en cas d'accouchement sous césarienne sont indemnisés au titre de l'HOSPITALISATION MEDICALE ET CHIRURGICALE.

12. CURES THERMALES

Les frais de cure thermale remboursés par la Sécurité Sociale pour un bénéficiaire de la garantie, ouvrent droit sur justification de la prise en charge par les assurances sociales et dans la mesure où ils ont été exposés pendant la période d'assurance, à une indemnité.

Le montant de l'indemnité complémentaire est fixé à 15 % du plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au premier jour de la cure.

Cette indemnité est destinée à couvrir les frais médicaux, de séjour et de transport.

7 - DÉCLARATIONS - JUSTIFICATIONS - CONTRÔLE

Les frais exposés doivent être justifiés par la production des notes d'honoraires, mémoires ou factures établis en bonne et due forme et portant les nom et prénoms du malade.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés au titre d'accident, de maladie ou de maternité postérieurement à la date d'effet de la garantie pendant la durée de cette garantie.

La Mutuelle ne considère comme recevables que les exemplaires originaux de ces documents : aucune copie n'est acceptée.

Tout dossier transmis sans justifications de frais réels sera réglé sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale et ne pourra faire l'objet d'aucun redressement ultérieur.

Un justificatif annuel, certifiant que l'adhérent, et le cas échéant ses ayants droit, remplissent toujours les conditions d'affiliation prévues au paragraphe 4 - AFFILIATION du Chapitre 1, pourra être demandé.

8 - PIÈCES À FOURNIR

• REMBOURSEMENT DE SOINS – MALADIE – CHIRURGIE – MATERNITÉ

En vue du règlement des prestations, un dossier de demande de prestations est rempli par l'adhérent et est accompagné des pièces justificatives, notamment :

I - l'original du DECOMPTE DE LA SECURITE SOCIALE et de tout autre organisme, indiquant la qualité de la personne malade et le montant du remboursement au titre de l'Assurance Maladie et/ou Accident du Travail ou Maladies Professionnelles,

II - la prescription médicale,

III - le devis préalable lorsqu'il conditionne la prestation,

IV - la (ou les) attestation(s) de paiement le cas échéant,

V - une FACTURE acquittée des frais réels mentionnant tous les actes pour :

. Frais d'hospitalisation médicale et chirurgicale, frais d'accouchement :

- l'original du « bordereau 615 » acquitté, s'agissant d'établissements conventionnés privés tenus à cette facturation,
- l'original de la facture détaillée de l'établissement hospitalier et notes d'honoraires correspondant à la chirurgie, datées et signées par le praticien ou l'établissement qui les a délivrées, mentionnant les nom et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et le cas échéant, la nature des actes pratiqués,
- les notes de dépassement d'honoraires.

. Pharmacie :

- bordereau subrogatoire du pharmacien en cas d'utilisation du tiers payant,
- l'original de la facture du pharmacien, en ce qui concerne les vaccins non pris en charge par la Sécurité Sociale.

. Autres postes : en cas de dépassement du tarif de la Sécurité Sociale, selon le cas, l'original de la facture ou la photocopie de la feuille de soins.

. Soins dentaires : le chirurgien-dentiste doit mentionner la codification des actes.

. Prothèses dentaires et orthodontie :

- photocopie de la feuille maladie complétée par le dentiste après exécution des travaux,
- original de la facture et/ou note d'honoraires détaillée et acquittée de tous les actes (partie prise en charge et partie non prise en charge).

. Lunettes : original de la facture détaillée et acquittée (séparer le coût des verres et de la monture).

. Lentilles de contact correctrices :

- original de la facture détaillée et acquittée,
- original de la prescription médicale datant de moins de deux ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) s'agissant des lentilles n'ayant pas donné lieu à un remboursement de la Sécurité Sociale.

. Cures thermales :

- original de la facture de l'établissement thermal détaillée et acquittée,
- les bordereaux de la Sécurité Sociale se rapportant à cette cure.

. Maternité :

- original de la facture,
- l'extrait d'ACTE DE NAISSANCE de l'enfant ou copie du livret de famille (Attention : cette démarche ne remplace pas l'inscription de l'enfant en tant que bénéficiaire du régime, cette inscription devant être effectuée par l'adhérent).

La Mutuelle ou l'organisme qu'elle a mandaté se réserve le droit de demander toute autre pièce, examen ou acte nécessaire à l'application de la garantie et, notamment, la preuve de la qualité d'ayant droit de l'adhérent.

9 - DÉCHÉANCE

L'assuré est déchu de ses droits aux prestations si la demande des pièces justificatives ne parvient pas à l'organisme mandaté par la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date des soins.

10 - COMMENT OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE ?

- **Si vous bénéficiez des Echanges de Données Informatisés et que votre volet de Sécurité Sociale comporte un message du type** : « **UGIPS Gestion recevra directement ce décompte. Il est donc inutile de lui adresser** », merci d'envoyer uniquement les **pièces justificatives** énoncées au paragraphe 8 ci-dessus accompagnées du **papillon détachable** découpé sur votre dernier décompte. Nous vous conseillons d'expédier ces pièces simultanément à votre envoi auprès de votre caisse de Sécurité Sociale.

- **Si vous ne bénéficiez pas des Echanges de Données Informatisés et / ou votre volet de Sécurité Sociale ne comporte pas de message**, merci d'envoyer les **originaux** des volets de Sécurité Sociale ou, éventuellement, les décomptes établis par d'autres organismes de remboursement complémentaire, ainsi que les **pièces justificatives** énoncées au paragraphe 8 ci-dessus.

Vous devez adresser l'ensemble de ces documents au centre de gestion suivant :

UGIPS GESTION
5, PLACE DU COLONEL FABIEN - CS 90008 - 75484 PARIS CEDEX 10
☎ : 0811.901.130 - FAX : 01.42.49.77.17
ADRESSE E-MAIL : ugips@ugips.asso.fr

POUR OBTENIR UNE PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE : Faire la demande auprès de **UGIPS GESTION** dont les coordonnées sont indiquées ci-dessus.

Nous vous précisons qu'en cas de difficulté majeure ou de contestation sur le remboursement des prestations, vous pouvez nous contacter au numéro de téléphone du gestionnaire.

N'oubliez pas de nous informer de tout changement d'adresse, de situation de famille, ou de bénéficiaires en complétant un nouveau bulletin d'affiliation.

ANNEXE TARIFAIRE À LA CONVENTION N° 7008

COTISATIONS MENSUELLES PAR BÉNÉFICIAIRE A COMPTER DU 01.01.2010

1. ADHÉRENT RELEVANT DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

TRANCHES D'ÂGE	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
Adhérent ou Ayant droit de moins de 20 ans (dont enfant) (*)	27,17 €	40,58 €	47,44 €	55,50 €
Adhérent ou Ayant droit de 21 à 30 ans	34,34 €	58,72 €	71,86 €	84,10 €
Adhérent ou Ayant droit de 31 à 45 ans	43,61 €	76,60 €	91,78 €	107,41 €
Adhérent ou Ayant droit de 46 à 60 ans	63,02 €	97,02 €	113,68 €	133,03 €
Adhérent ou Ayant droit de 61 à 70 ans	74,35 €	116,32 €	136,43 €	159,64 €
Adhérent ou Ayant droit de plus de 70 ans	95,25 €	144,96 €	170,67 €	199,72 €

2. ADHÉRENT RELEVANT DU RÉGIME LOCAL ALSACE MOSELLE

TRANCHES D'ÂGE	FORMULE 1	FORMULE 2	FORMULE 3	FORMULE 4
Adhérent ou Ayant droit de moins de 20 ans (dont enfant) (*)	9,47 €	21,17 €	26,71 €	31,26 €
Adhérent ou Ayant droit de 21 à 30 ans	10,02 €	30,96 €	41,11 €	48,10 €
Adhérent ou Ayant droit de 31 à 45 ans	11,99 €	38,37 €	53,14 €	62,19 €
Adhérent ou Ayant droit de 46 à 60 ans	14,21 €	46,57 €	60,23 €	70,47 €
Adhérent ou Ayant droit de 61 à 70 ans	17,55 €	56,36 €	73,56 €	86,10 €
Adhérent ou Ayant droit de plus de 70 ans	21,17 €	69,86 €	91,11 €	106,62 €

(*) La cotisation n'est pas due à compter du 3^{ème} enfant.