

Tonic 2 Premium

Cette Notice d'information a pour objet de décrire les modalités de fonctionnement du Contrat « **Tonic 2 Premium** ».

L'Association pour le Développement de la Prévoyance Mutualiste (ADPM) a souscrit le Contrat « Tonic 2 Premium » référencé « CUCR2402 » pour le compte de ses membres, auprès de **VIASANTÉ Mutuelle**, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120, ci-après dénommée « la Mutuelle ».

Ce Contrat est distribué et géré par l'intermédiaire d'UCR, sise 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI, SAS de courtage d'assurance au capital de 50 000 € - RCS Douai 345 083 588 - n°Orias 07 000 616 (www.orias.fr) - Garantie financière et RC professionnelle souscrites conformément aux articles L. 512-6 et L. 512-7 du Code des assurances, ci-après dénommé « UCR ».

Chapitre 1 – Dispositions générales

Article 1. Caractéristiques de la gamme

Le Contrat « Tonic 2 Premium » est un Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par l'Association ADPM au bénéfice de ses membres.

Ce Contrat est régi par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Article 2. Objet de la Notice d'information

La présente Notice, établie par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre la Mutuelle et chaque Adhérent et Ayants droit en ce qui concerne les cotisations et les prestations définies aux Chapitres 3 et 4 de la présente Notice.

Ce Contrat est un Contrat responsable au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale issu de la Loi n° 2004-892 du 8 août 2014 relative à l'assurance maladie et au sens des articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement suivront automatiquement les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du Contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Article 3. Territorialité

Les garanties s'exercent en France métropolitaine (Corse incluse).

En outre, elles s'appliquent également à l'étranger sous condition d'intervention du régime d'assurance maladie obligatoire français de l'Assuré.

Le règlement des prestations est effectué en euros.

Article 4. Définitions

Adhérent

Personne physique qui bénéficie des prestations de la Mutuelle et en ouvre le droit à leurs Ayants droit.

L'Adhérent acquiert la qualité de Membre participant de la Mutuelle.

Accident

Toute atteinte ou lésion corporelle provenant exclusivement de l'action violente, soudaine et imprévisible, d'une cause extérieure et non intentionnelle de la part de l'Assuré.

Ne sont pas considérés comme accidentels les maladies aiguës ou chroniques, les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Ayants droit

Personnes bénéficiant des prestations complémentaires maladie de la Mutuelle, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec l'Adhérent. Les personnes comprises sous le terme d'Ayants droit sont les membres de la famille de l'Adhérent, tels que définis dans les Statuts de la Mutuelle.

Sont considérés comme Ayants droit de l'Adhérent :

- Le Conjoint exerçant ou non une activité professionnelle ;
- Le concubin vivant maritalement avec l'Adhérent, exerçant ou non une activité professionnelle, dans la mesure où l'Adhérent et le concubin sont libres de tout autre lien extérieur (célibataires, veufs ou divorcés). Une déclaration sur l'honneur signée par chacun des intéressés certifiant que le concubinage est notoire, indiquant le numéro de Sécurité sociale de l'Adhérent et de son concubin, devra être adressée à UCR ;
- Le cocontractant d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS), sur présentation d'une copie du récépissé de l'enregistrement du PACS ou d'une copie de la convention ;
- Les enfants à charge au sens de l'article L. 161-1 du Code de la Sécurité sociale mais également les enfants jusqu'au 31 décembre de l'année de leur 28e anniversaire justifiant de la qualité :
 - D'étudiant ;
 - D'apprenti ;
 - De chercheur d'emploi ;
 - De personne handicapée ayant un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% et ne pouvant prétendre au versement de l'allocation aux adultes handicapés ;
 - De bénéficiaire d'un contrat de professionnalisation ;
 - De bénéficiaire d'un contrat d'insertion ;
- À la demande expresse du représentant légal, la personne vivant sous le toit de l'Adhérent et à sa charge, et les ascendants, descendants et collatéraux.

Assuré

Personne physique habilitée à percevoir les prestations garanties, à savoir l'Adhérent lui-même et le ou les Ayant(s) droit désigné(s) par celui-ci sur la Demande d'adhésion.

Base de Remboursement (BR)

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Notion pouvant encore être appelée « Tarif de Responsabilité » (TR).

Code de la Mutualité

Texte officiel édictant les règles de fonctionnement de tous les organismes mutualistes (mutuelles, unions et fédérations). Sa mise en place résulte d'une Ordonnance du 19 avril 2001 (Journal Officiel du 22 avril 2001) et de ses textes d'application.

Contrat Responsable

Contrat dont les garanties respectent les critères fixés par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale. Ces critères consistent à ce que les garanties prennent en charge certaines prestations et en excluent d'autres.

Délai de carence

Période qui suit l'adhésion à la Mutuelle et pendant laquelle l'Assuré ne peut bénéficier de tout ou partie des garanties souscrites.

Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM)

Terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés. Sont notamment concernés les médecins ayant souscrit à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée – Anesthésiste, Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-ACO). L'OPTAM/OPTAM-ACO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2). L'OPTAM-ACO visant de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie, d'anesthésie ou de gynécologie-obstétrique.

Gestionnaire du Contrat

UCR, SAS de courtage d'assurance au capital de 50 000 €, RCS DOUAI 345 083 588 - n° Orias 07 000 616, dont le siège social est 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI. Ci-après dénommé « UCR ».

Honoraires Limites de Facturation

Les Honoraires Limites de Facturation correspondent à l'honoraire maximal facturable par le chirurgien-dentiste à l'Assuré pouvant faire l'objet d'une entente directe. Ils sont fixés par la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, approuvée par Arrêté.

Hospitalisation

Tout séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier public ou privé en France ou à l'étranger suite à une Maladie, un Accident ou une maternité et ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. Il est précisé que ne sont garanties par le Contrat que les Hospitalisations effectuées dans un établissement

hospitalier.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Organisme Assureur

VIASANTÉ Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120 - Membre d'AG2R LA MONDIALE - Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS. Ci-après dénommé « La Mutuelle ».

Parcours de soins coordonnés

Établi et coordonné par le médecin-traitant désigné par l'Assuré, il influe sur le taux de remboursement du Régime Obligatoire.

Prix Limites de Vente (PLV)

Les Prix Limites de Vente correspondent aux prix maximums facturables par le professionnel de santé, fixés par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) pour les dispositifs médicaux inscrits sur une liste de produits et prestations visée à l'article L. 165-1 du Code de la Sécurité sociale. Conformément au niveau de garanties de l'Assuré, la Mutuelle interviendra, en complément du remboursement du Régime Obligatoire, sans que sa prise en charge ne puisse excéder les PLV.

Régime Obligatoire (RO)

Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés l'Adhérent et ses Ayants droit.

Sécurité sociale

Terme générique utilisé dans la présente Notice pour désigner le régime d'assurance maladie auprès duquel l'Assuré est affilié.

Ticket Modérateur (TM)

Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention du régime de Sécurité sociale français obligatoire.

Tiers Payant (TP)

Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou l'organisme de complémentaire santé. Le Tiers Payant Sécurité sociale est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'assurance maladie. UCR délivre à l'Adhérent, pour l'application du Tiers Payant complémentaire, une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

Chapitre 2 : Adhésion

Article 5. Objet de l'adhésion

Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'Accident, de Maladie ou de maternité d'assurer à l'Adhérent, et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le Régime Obligatoire.

Peuvent également être couvertes des prestations non prises en charge par les Régimes Obligatoires d'assurance maladie maternité français. En tout

état de cause, les Adhérents et leurs Ayants droit bénéficient de prestations conformément au niveau de garanties choisi par l'Adhérent.

Article 6. Conditions et forme de l'adhésion

Peut adhérer au Contrat toute personne physique relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire français et qui a adhéré à l'Association "ADPM".

L'adhésion au Contrat résulte de la signature d'une Demande d'adhésion par laquelle l'Adhérent manifeste expressément sa volonté de bénéficier des garanties souscrites, pour lui-même et, le cas échéant, pour ses Ayants droit, tels que définis à l'article 4.

L'Adhérent signe pour ses Ayants droit. Les Ayants droit ne peuvent bénéficier d'un niveau de garanties, et le cas échéant, de renfort différent de celui choisi par l'Adhérent.

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Adhérent sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Adhérent peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

Article 7. Modalités d'adhésion

La Demande d'adhésion précise le niveau de garanties choisi, le renfort éventuellement souscrit, ainsi que les modalités et périodicités de paiement des cotisations.

L'Adhérent doit joindre à sa Demande d'adhésion :

- Une photocopie de son attestation de droits adressée par l'organisme de Sécurité sociale lors de la délivrance de sa Carte Vitale ainsi que, le cas échéant, celle de ses Ayants droit,
- Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB) afin de permettre le virement direct des prestations sur le compte de l'Adhérent.

La Demande d'adhésion susvisée comporte des rubriques destinées à renseigner les éléments suivants : nom, prénom, date et ville de naissance, numéro de Sécurité sociale et adresse de l'Adhérent.

Le cas échéant, ces mêmes informations seront recueillies pour chacun de ses Ayants droit, à l'exception de leurs adresses.

La Demande d'adhésion, dûment remplie et signée, est adressée ou déposée à UCR, accompagnée d'un mandat de prélèvement SEPA, dûment rempli et signé.

Il est remis à l'Adhérent, après réception de la Demande d'adhésion, une carte de Tiers Payant santé, comportant notamment :

- En son en-tête, les signes distinctifs d'UCR ;
- Les noms et prénoms des Assurés, à savoir l'Adhérent et le cas échéant ses Ayants droit.

La signature de la Demande d'adhésion emporte acceptation des dispositions de la présente Notice et des Statuts de la Mutuelle, remis à l'Adhérent préalablement à son adhésion. Celui-ci reconnaît en avoir pris connaissance avant la signature de la Demande d'adhésion.

Article 8. Prise d'effet et durée du Contrat

L'acceptation de l'adhésion par la Mutuelle, via l'intermédiaire de l'UCR, est matérialisée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion et d'une carte de Tiers Payant mentionnant notamment l'identité des Assurés et la date d'effet de l'adhésion.

L'adhésion prend effet, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, à la date figurant au Certificat d'adhésion établi par UCR.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction sauf en cas de résiliation dans les conditions de forme et de délais exposées à l'article 10 de la présente Notice d'information.

La garantie est immédiate pour les Ayants droit, si leur affiliation a lieu en même temps que celle de l'Adhérent. En cas d'adhésion des Ayants droit postérieurement à l'affiliation de l'Adhérent, la garantie prend effet, pour l'intéressé, dès le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.

Article 9. Droit de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer au Contrat souscrit auprès de la Mutuelle.

Pour faire part de son intention, il suffit à l'Adhérent d'adresser par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité à UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe, 59400 CAMBRAI, dans un délai de quatorze (14) jours, une lettre de renonciation.

Ce délai de quatorze (14) jours démarre :

➤ En cas de vente à distance (article L.221-18 du Code de la Mutualité) : à compter, soit du jour où l'adhésion a pris effet, soit du jour où l'Adhérent reçoit les conditions d'adhésion et la Notice d'information comprenant les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure à celle où l'adhésion a pris effet. Le Contrat est vendu à distance s'il est conduit au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

➤ En cas d'adhésion faisant l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence, ou à son lieu de travail, même à sa demande (article L. 221-18-1 du Code de la Mutualité) : à compter du jour de la signature de la Demande d'adhésion.

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche, ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Les remboursements des sommes perçues par la Mutuelle ou par l'Adhérent s'effectuent dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Le modèle de lettre de renonciation, visé ci-dessus, peut être établi selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au Contrat « Tonic 2 Premium » que j'avais souscrit le [...]. Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de mon adhésion, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma demande.

Fait à [...], le [...]. Signature ».

L'Adhérent doit veiller à indiquer les références de son adhésion dans cette lettre.

L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les garanties et annexes s'y rapportant à la date d'envoi de la demande.

Article 10. Forme et délai de résiliation

10.1 – Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

Résiliation annuelle

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion le 31 décembre de chaque année par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité adressé(e) au siège de UCR en respectant un préavis de deux (2) mois.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette lettre (cachet de la Poste faisant foi).

Résiliation à tout moment

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion, à tout moment, sans frais ni pénalité, à l'issue d'un délai d'un (1) an :

➤ À compter de la date de sa première adhésion ;

Pour ce faire, l'Adhérent peut notifier à l'UCR son souhait de résilier son Contrat :

- Soit par lettre ou tout autre support durable, à l'adresse suivante : UCR 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI ou par voie électronique à : contact@ucr.fr
- Soit par déclaration faite au siège social de UCR ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque UCR propose la conclusion du Contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

Dans le cas où l'Adhérent demande à son nouvel organisme assureur, auprès duquel il souhaite souscrire un Contrat d'assurance, d'effectuer les formalités nécessaires à l'exercice de son droit de résiliation, ce dernier envoi, pour son compte, la notification de résiliation. Cette notification doit être envoyée par lettre recommandée à : UCR 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI ou par envoi recommandé électronique à : contact@ucr.fr

Dans tous les cas, UCR confirme par écrit la réception de la notification de résiliation à l'Adhérent.

UCR envoie, sur tout support durable, un avis de résiliation qui comprend, lorsque sont remplies les conditions de résiliation prévues à l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité, la date de prise d'effet de la résiliation.

Dans l'hypothèse où les conditions précitées ne sont pas remplies UCR en informe l'Adhérent.

La résiliation du Contrat prendra effet :

- Lorsque l'Adhérent a effectué lui-même les formalités de résiliation : Après un (1) mois à compter de la date de réception de la notification de résiliation ;
- Lorsque le nouvel organisme assureur choisi par l'Adhérent a effectué les formalités de résiliation : Après un (1) mois à compter du 1^{er} jour qui suit la date d'envoi de la notification de la résiliation.

En tout état de cause, les cotisations restent dues jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

En cas d'encaissement de cotisations pour la période non couverte, la Mutuelle, par l'intermédiaire de l'UCR, sera tenue au remboursement de celles-ci dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

Résiliation en cas de modification des droits et obligations de l'Adhérent

En cas de modification des droits et obligations de l'Adhérent, ce dernier peut mettre fin à son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice d'information ou de l'avenant à la Notice d'information comportant les modifications. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

10.2 Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

En cas de non-paiement de la cotisation par l'Adhérent, la Mutuelle peut résilier le Contrat dans les conditions prévues à l'article 14 des présentes.

10.3 Effet de la résiliation

Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de la date de résiliation de son adhésion, l'Adhérent s'engage, pour lui et ses Ayants droit, à ne plus utiliser la ou les carte(s) de Tiers Payant santé auprès des professionnels de santé, et à la(les) retourner à UCR dans les meilleurs délais.

D'une manière générale, il s'engage à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficierait de par son adhésion à celle-ci, sans préjudice pour la Mutuelle de recouvrer les sommes indûment versées.

Chapitre 3 : Cotisations

Article 11. Détermination des cotisations

Le montant de la cotisation, fixé à l'adhésion, est calculé en fonction des éléments suivants :

- Du nombre d'Assurés au Contrat ainsi que leurs âges, calculé par différence de millésimes entre l'année de naissance et l'année d'assurance concernée ;
- Du niveau de garanties choisi ;
- Du renfort éventuellement souscrit.

Article 12. Révision des cotisations

Les cotisations sont révisables chaque année, à effet du 1^{er} janvier, compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services.

Le montant de la cotisation annuelle évolue en fonction de l'âge de chaque Assuré. Le changement d'âge est appliqué au 1^{er} janvier de chaque année.

L'âge est calculé par différence entre le millésime de l'année à venir et le millésime de l'année de naissance.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles

modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'assurance maladie), la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Article 13. Paiement des cotisations

La cotisation annuelle est payable d'avance par prélèvement automatique sur un compte bancaire selon un fractionnement mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel ou par chèque annuellement. Elle est due à partir de la date d'effet de l'adhésion. Les modalités et périodicités de paiement des cotisations figurent sur la Demande d'adhésion.

L'Adhérent a la possibilité, à chaque échéance annuelle du Contrat et sous condition d'en avoir fait la demande écrite auprès d'UCR un (1) mois auparavant, de modifier le mode de paiement et le fractionnement de la cotisation.

Article 14. Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, UCR adresse à l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé l'informant que le défaut de paiement est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties du Contrat.

À défaut de paiement de la cotisation dans un délai de quarante (40) jours suivant cette mise en demeure, l'Adhérent pourra être exclu des garanties définies au Certificat d'adhésion.

En cas d'exclusion, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

Chapitre 4 : Prestations

Article 15. Définitions des prestations garanties

15.1 Dispositions générales

Sous réserve des exclusions visées à l'article 21 et des Délais de carence visés à l'article 15, la nature et l'étendue des prestations complémentaires maladie assurées par la Mutuelle figurent dans le Tableau des garanties joint à la présente Notice.

Les remboursements réalisés par la Mutuelle sont fonction du choix effectué par l'Adhérent lors de son adhésion parmi les différents niveaux de garanties proposés, auquel peut être ajouté un renfort optionnel, dans les conditions et limites figurant dans le Tableau des garanties joint à la présente Notice.

Les montants de remboursement sont exprimés :

- En pourcentage du Forfait en Vigueur fixé par la Sécurité sociale ;
- En pourcentage de la Base de Remboursement fixée par la Sécurité sociale ;
- Ou, le cas échéant, sous la forme d'un forfait attribué dans les conditions prévues dans le Tableau des garanties.

Les taux de remboursement et les bases de remboursement du régime de Sécurité sociale pris en considération sont ceux applicables à la date de dispense des actes, d'exécution des soins et de prescription.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que

les prestations peuvent être appelées à évoluer au cours des années à venir pour tenir compte des dispositions légales et réglementaires.

UCR délivre une carte de Tiers Payant santé à l'Adhérent qui lui permet, ainsi qu'à ses Ayants droit le cas échéant, de bénéficier du Tiers Payant.

Les modalités de fonctionnement de la carte, les prestations couvertes, les dates d'ouverture et de clôture des droits, les personnes concernées et les droits d'utilisation sont précisés sur la carte.

La carte de Tiers Payant santé ne sera délivrée que pour les Adhérents à jour de leur cotisation.

Le Contrat comprend également un service d'assistance assuré par Mondial Assistance.

Les conditions d'utilisation de cette prestation non assurée par la Mutuelle sont définies aux Conditions Générales d'Utilisation annexées à la présente Notice.

La prestation susvisée est susceptible d'être modifiée par l'organisme qui l'assure.

15.2 Dispositions spécifiques

15.2.1 Justificatifs

UCR se réserve le droit de demander toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (Facture originale, Prescription médicale, Original du décompte relatif au remboursement du Régime Obligatoire, Décompte remboursement du Régime complémentaire original (en cas de présence d'un autre organisme assureur), Facture Ticket Modérateur originale, Bon de livraison, Devis, Bulletin de situation, Bon de transport etc.).

L'Assuré peut envoyer ses justificatifs par voie postale à UCR : 1 bis Boulevard Faidherbe 59400 CAMBRAI ou par voie électronique à :

remboursements@ucr.fr.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait qu'il lui est conseillé d'envoyer à UCR le ou les devis émis par les professionnels de santé avant chaque réalisation de soins ou de prestations.

Chaque devis fera l'objet d'une réponse de la part de UCR informant l'Assuré de son reste à charge éventuel. UCR contrôlera que le professionnel de santé n'a pas dépassé les Prix Limites de Vente ou les Honoraires Limites de Facturation.

15.2.2 Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge au titre du présent Contrat, lorsque le niveau de garanties choisi le prévoit et dans les modalités prévues dans les Tableaux des garanties.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérent à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM), tel que défini à l'article 4 de la présente Notice, et les médecins n'y adhérent pas.

Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, vous bénéficiez d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale, si le choix de votre niveau de garanties prévoit la prise

en charge des dépassements d'honoraires.

Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, vous pouvez consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr.

15.2.3 Précisions concernant l'Hospitalisation

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements hospitaliers tels que mentionnés à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale.

Cette prise en charge s'applique donc :

- Aux établissements de médecine, chirurgie,
- Aux établissements obstétricaux et odontologiques,
- Aux établissements spécialisés : les établissements psychiatriques, les établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) - anciennement soins de suite et de réadaptation (SSR).

Un Délai de carence de soixante (60) jours est appliqué concernant la prise en charge de la chambre particulière en psychiatrie.

Le Contrat prend en charge le Forfait Patient Urgences (FPU) lorsque l'Assuré effectue un passage non programmé dans une structure des urgences de l'un des établissements susmentionnés non suivi d'une hospitalisation. Ce dispositif sera pris en charge à hauteur de 100% du Forfait en Vigueur (FV).

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que :

- Les Hospitalisations effectuées au sein d'Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et de Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ne sont pas prises en charge ;
- Les frais de séjour effectués dans un établissement non conventionné sont pris en charge à hauteur du montant fixé dans le Tableau des garanties et dans la limite de six mille (6 000) euros maximum, par an et par Assuré. Au-delà de ce plafond, ces frais de séjour sont pris en charge à hauteur du Ticket Modérateur ;
- La chambre particulière est prise en charge pour une durée limitée de quatre-vingt-dix (90) jours par année civile et par Assuré pour les séjours effectués dans des établissements classés comme des maisons de repos, de rééducation fonctionnelle, des centres ou maisons de convalescence, ainsi que les établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR) - anciennement Soins de Suite et de Réadaptation (SSR);
- La chambre particulière en établissement psychiatrique est prise en charge pour une durée limitée de soixante (60) jours par année civile et par Assuré ;
- Les frais d'accompagnant sont pris en charge pour une durée limitée de quatre-vingt-dix (90) jours par année civile en cas de Maladie.
- Les frais d'accompagnement ne sont pas pris en charge dans les établissements psychiatriques.

15.2.4 Précisions concernant les paramédicaux

Les honoraires paramédicaux correspondent aux actes facturés par des auxiliaires médicaux tels que les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes et les pédicures-podologues.

Vous pouvez retrouver la liste exhaustive des

praticiens de votre département en vous connectant sur le site www.annuaire.sante.ameli.fr

15.2.5 Prise en charge de l'optique

Les prestations optiques concernant l'acquisition d'un équipement (1 monture + 2 verres) s'expriment par un forfait en euros et par équipement incluant le Ticket Modérateur.

Les plafonds de remboursement tels qu'indiqués dans le Tableau des garanties sont conformes aux limites imposées par le « Contrat Responsable ».

Limites de prise en charge

La prise en charge par la Mutuelle des prestations optiques est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'équipement, à savoir à la Classe A ou la Classe B.

Conformément à la réforme « 100% santé », les équipements appartenant à la Classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le Régime Obligatoire. En conséquence, une fois le remboursement effectué par ce dernier et celui opéré au titre du Contrat « Tonic 2 Premium » dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

Les équipements de Classe B bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs au « Contrat Responsable » et conformément au niveau de garanties souscrit. Ainsi, un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Conformément au Tableau des garanties, les montants de remboursement d'un équipement dépendront du forfait applicable :

- Forfait équipement « correction simple »
- Forfait équipement « correction complexe »
- Forfait équipement « correction très complexe »

Les forfaits sont définis comme suit :

Forfaits verres - Correction simple

Définitions des verres

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries.

Forfaits verres - Correction complexe

Définitions des verres

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries ;

- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Forfaits verres - Correction très complexe

Définitions des verres

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
- verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Il est à noter que le forfait applicable, déterminé selon le niveau de dioptries, est susceptible d'être modifié en fonction d'éventuelles évolutions législatives et/ou réglementaires.

Il est à noter que le forfait applicable, déterminé selon le niveau de dioptries, est susceptible d'être modifié en fonction d'éventuelles évolutions législatives et/ou réglementaires.

Un équipement est dit « mixte » lorsqu'il est composé :

- D'un (1) verre simple et d'un (1) verre complexe ;
- D'un (1) verre simple et d'un (1) verre très complexe ;
- D'un (1) verre complexe et d'un (1) verre très complexe.

Pour déterminer le montant maximum de remboursement d'un équipement « mixte », il convient de cumuler la valeur maximale des deux (2) types de verres concernés, puis diviser cette somme par deux (2). L'Assuré pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres, et d'une (1) monture, n'appartenant pas à la même Classe (A ou B).

Conditions de prise en charge et de renouvellement

En tout état de cause, les prestations optiques sont limitées à un (1) équipement (1 monture + 2 verres) tous les deux (2) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la dernière acquisition d'un équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'équipement optique.

Lorsque l'Assuré effectue des demandes de remboursement en deux temps, c'est-à-dire d'une part la monture et d'autre part les verres, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement.

Par dérogation, pour l'acquisition d'un équipement

optique (1 monture + 2 verres), cette période est réduite :

- À un (1) an, pour les Assurés de moins de seize (16) ans ;
- À un (1) an, pour les Assurés de plus de seize (16) ans en cas d'évolution de la vue justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.
- À six (6) mois, pour les Assurés de moins de six (6) ans, lorsque la monture est mal adaptée à la morphologie du visage de l'Assuré entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, pour l'acquisition de verres correcteurs, aucun délai de renouvellement minimal n'est applicable :

- Pour les Assurés de moins de seize (16) ans, en cas d'évolution de la vue justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique ;
- Quel que soit l'âge de l'Assuré, en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'Arrêté du 3 décembre 2018 (publié au Journal Officiel du 13 décembre 2018) portant modification des modalités de prise en charge d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Il est à noter que l'âge de l'Assuré correspond à l'âge atteint au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Lentilles

La prestation « Lentilles » est prise en charge, lorsque le niveau de garanties de l'Assuré le prévoit, dans la limite d'un forfait incluant, le cas échéant, le Ticket Modérateur, qui s'apprécie par an et par Assuré.

Cette rubrique inclut tous les types de lentilles : les lentilles de correction, prises en charge ou non par le Régime Obligatoire d'assurance maladie, ainsi que les lentilles jetables.

15.2.6 Prise en charge du dentaire

L'offre « 100% Santé » constitue un ensemble d'actes prothétiques pour lesquels, selon le panier auxquels ils appartiennent, le reste à charge est nul ou maîtrisé. Cette offre comprend trois (3) paniers d'actes prothétiques définis comme suit :

- Le panier « 100% Santé » (prise en charge intégrale dans la limite des Honoraires Limites de Facturation) ;
- Le panier aux tarifs maîtrisés (remboursement dans la limite des Honoraires Limites de Facturation et conformément au niveau de garanties de l'Assuré) ;
- Le panier aux tarifs libres permettant de choisir librement les techniques et les matériaux les plus sophistiqués (absence d'Honoraires Limites de Facturation, remboursement conformément au niveau de garanties de l'Assuré).

Le détail, les répartitions de ces actes ainsi que les éventuels dépassements de tarifs autorisés par entente directe sont fixés au sein de la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie approuvée par Arrêté.

15.2.7 Prise en charge des aides auditives

La prestation s'entend par oreille appareillée. Elle est remboursée sur la base d'un pourcentage de la Base de Remboursement du Régime Obligatoire.

Limites de prise en charge

Les prestations d'appareillage auditif sont prises en charge conformément au niveau de garanties de l'Assuré.

La prise en charge par la Mutuelle des prestations « Aides auditives » est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir à la Classe I ou la Classe II.

Conformément à la réforme « 100% Santé », les aides auditives appartenant à la Classe I font l'objet d'une prise en charge renforcée.

A ce titre, une fois le remboursement effectué par le Régime Obligatoire et celui opéré au titre du présent Contrat dans la limite des Prix Limites de Vente aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré. Les aides auditives de Classe II bénéficieront d'une prise en charge intervenant dans la limite fixée par les textes relatifs aux « Contrats Responsables », selon l'âge de l'Assuré et conformément au plafond inscrit aux Tableaux des garanties.

Lorsque l'aide auditive appartient à la Classe II, la prise en charge par la Mutuelle intervient conformément au niveau de garanties souscrit et dans la limite fixée par les textes relatifs aux « Contrats Responsables » soit mille sept cents (1 700) euros par aide auditive et par Assuré.

Ce plafond inclut le Ticket Modérateur et la prise en charge par le Régime Obligatoire. C'est pourquoi un éventuel reste à charge sera supporté par l'Assuré.

Il est à noter que ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le Ticket Modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

Conditions de prise en charge et de renouvellement

En tout état de cause, les prestations « Aides auditives » sont limitées à une (1) aide auditive tous les quatre (4) ans par Assuré. Cette période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive.

L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire.

Ce délai de renouvellement court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

15.2.8 Prothèses capillaires

1. Prothèses capillaires de classe I

Le prix limite de vente des prothèses capillaires de classe I étant aligné sur la base de remboursement, aucun dépassement ne peut être facturé. La Mutuelle prend en charge le ticket modérateur laissé à charge de l'adhérent le cas échéant.

2. Prothèses capillaires de classe II (entrant dans le panier 100 % santé)

La Mutuelle prend en charge les dépenses d'acquisition, à hauteur des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, pour les prothèses capillaires appartenant à une classe

faissant l'objet d'une prise en charge renforcée (classe II).

Les prothèses capillaires appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement prises en charge par le Régime Obligatoire et la Mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

3. Prothèses capillaires de classe III et IV

La Mutuelle peut prendre en charge les prothèses capillaires de classe III et IV conformément, le cas échéant, aux taux/ montants mentionnés sur le Tableau des Garanties.

L'acquisition de prothèses capillaires relevant des classes III et IV peut entraîner un reste à charge.

15.2.9 Véhicules pour personnes en situation de handicap (entrant dans le panier 100 % santé)

"Sont pris en charge, dans la limite des prix fixés en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale, les dépassements facturés pour la location de courte durée (*) de véhicules pour personnes en situation de handicap (VPH) inscrits sur la liste mentionnée à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, selon les modalités de prise en charge définies par l'arrêté du 06 février 2025, ainsi que dans les conditions et limites précisées par le décret du 26 novembre 2025.

(*) Location limitée à une période de trois mois qui peut être étendue de trois mois supplémentaires, soit au maximum six mois de facturations consécutives sur une année glissante. **Si la période réglementaire de prise en charge évolue, le contrat en tiendra compte automatiquement.**

15.2.10 Prise en charge de la prévention

Les actes de prévention prévus à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et définis par l'arrêté du 8 juin 2006 sont pris en charge par la Mutuelle sous déduction de l'intervention du Régime Obligatoire d'assurance maladie.

15.2.11 Prise en charge des séances d'accompagnement psychologique

Les séances d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue conventionné, mises en place dans les conditions définies à l'article L. 162-58 du Code de la Sécurité sociale et faisant l'objet d'un remboursement par le Régime Obligatoire, sont prises en charge par le présent Contrat selon les modalités définies à l'article susvisé et **dans les conditions fixées par les Décrets et Arrêtés en vigueur.**

15.2.12 Renfort Optionnel « Pack Hospitalisation / Honoraires / Optique / Dentaire »

Lors de son adhésion au Contrat, l'Adhérent a la possibilité de souscrire à un renfort optionnel afin d'améliorer la prise en charge prévue par le niveau de garanties qu'il a choisi pour le remboursement des prestations suivantes :

➤ **Hospitalisation** : La chambre particulière et les frais d'accompagnement.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que les limitations de garanties telles qu'exposées à l'article 15.2.3 sont également applicables.

➤ **Honoraires** : Les dépassements d'honoraires (uniquement pour les médecins adhérents au DPTAM) ;

➤ **Optique** : Les lentilles remboursées ou non par le Régime Obligatoire ;

➤ **Dentaire** : La parodontologie et l'orthodontie

non remboursées par le Régime Obligatoire.

La nature et l'étendue du renfort figurent dans le Tableau des garanties joint à la Notice d'information.

Article 16. Changement d'un niveau de garanties et/ou de renfort optionnel

16.1 Changement d'un niveau de garanties

Le changement de niveau de garanties ne peut être effectué que par la signature d'un avenant à la Demande d'adhésion.

L'Adhérent peut solliciter un changement de niveau de garanties parmi les niveaux en vigueur au moment de la demande.

La demande de changement de niveau de garanties doit intervenir :

- Soit un (1) mois au moins avant la fin de l'année civile, à savoir le 30 novembre,

Dans cette hypothèse, la demande de modification prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant la demande de l'Adhérent et s'appliquera également à ses Ayants droit.

- Soit en cours de garantie aux conditions suivantes :

➤ **Changement à la baisse** : Le changement pour un niveau inférieur ne peut se réaliser qu'après un (1) an effectif dans le même niveau sauf si le changement résulte de l'ajout d'un Ayant droit ou d'un cas de force majeure (chômage, décès, exonération du ticket modérateur).

➤ **Changement à la hausse** : Le changement pour un niveau supérieur ne peut se réaliser en dehors de l'échéance principale que lors d'un ajout ou d'un retrait d'un Ayant droit.

Dans ces hypothèses, la demande de modification prend effet le premier jour du mois suivant la demande de l'Adhérent et s'appliquera également à ses Ayants droit.

16.2 Changement de renfort optionnel

Dans l'hypothèse où l'Adhérent n'aurait pas souscrit de renfort à l'adhésion, ce dernier pourra solliciter sa souscription en cours de Contrat.

L'Adhérent pourra également demander la résiliation de son renfort à l'issue d'un délai d'un (1) an à compter de sa souscription.

La demande de souscription ou de résiliation d'un renfort optionnel doit intervenir un (1) mois au moins avant la fin de l'année civile, soit le 30 novembre.

La souscription ou la résiliation du renfort optionnel par l'Adhérent s'appliquera pour lui-même et ses éventuels Ayants droit à compter du 1^{er} janvier de l'année suivant la demande de l'Adhérent.

Article 17. Ouverture des droits

Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'adhésion telle que prévue à l'article 8 de la présente Notice.

Article 18. Conditions d'attribution des prestations et limites aux remboursements

Le bénéfice des prestations assurées par la

Mutuelle est subordonné au paiement des cotisations correspondant au titre de l'adhésion du présent Contrat.

Pour pouvoir prétendre au paiement des prestations visées par la présente Notice, l'Adhérent doit en conséquence être à jour de ses cotisations.

Conformément à l'article 9 de la Loi n° 89-1009, dite « Loi Evrin », du 31 décembre 1989 et l'article 2 de son décret d'application, **les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'Assuré, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale.**

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

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Article 19. Modalités de remboursement des prestations frais de santé

La Mutuelle, par l'intermédiaire de l'UCR, n'intervient qu'après participation de la caisse d'assurance maladie dont relève l'Assuré pour les remboursements frais de santé, soit auprès de l'Assuré, soit directement aux professionnels de santé dans le cadre de l'utilisation du Tiers Payant.

Ces remboursements de frais de santé sont effectués par UCR au vu des documents transmis par la Caisse d'Affiliation de l'Assuré et/ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la Télétransmission.

À défaut d'application du procédé de la Télétransmission, les remboursements sont effectués à réception des pièces suivantes :

- La prescription médicale ;
- Le cas échéant le justificatif de paiement : facture acquittée... ;
- Les décomptes du Régime Obligatoire.

Dans le cas où le décompte ne mentionne pas les frais réels engagés, l'Assuré peut y joindre les factures et notes attestant du montant de la dépense réelle ; à défaut, les frais réels sont considérés comme n'excédant pas le tarif retenu par la Sécurité sociale.

Selon le niveau de garanties souscrit, et du renfort optionnel éventuellement souscrit, en cas de prise en charge de prestations non remboursées par le Régime Obligatoire, l'Assuré doit envoyer toute pièce justificative utile au remboursement des prestations (facture originale, prescription médicale, feuillet de remboursement de prestations spécifiques).

Les justificatifs de paiement des prestations sont à adresser dans les conditions fixées à l'article

15.2.1.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par UCR est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes d'assurance maladie obligatoires.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que la Mutuelle n'interviendra pas au-delà des Prix Limites de Vente et des Honoraires Limites de Facturation. La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout Assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre de la présente Notice. **En cas de refus de l'Assuré de se soumettre à ce contrôle médical, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.**

Article 20. Forme et délais de paiement des prestations

Sauf dans le cas du « Tiers Payant », les remboursements de frais de santé sont effectués par chèque ou par virement sur le compte de l'Adhérent.

Ces remboursements sont effectués dans les meilleurs délais, et sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que l'Assuré doit fournir, conformément à l'article 19 de la présente Notice.

Article 21. Exclusions

- 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 prévues à l'article L. 160-13 du Code de la sécurité sociale ;

- Les frais consécutifs à l'application du coefficient de minoration prévu aux articles L. 871-1 et L. 322-5 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.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article 22. Modification des prestations assurées par la Mutuelle

Les prestations pourront être augmentées, ou diminuées, chaque fois que les honoraires médicaux, les frais médicaux, les Bases de

Remboursement ou les Taux de Remboursement des Régimes Obligatoires varieront en application de la réglementation en vigueur.

Il pourra en être de même en cas de variation importante constatée ou prévue du volume et du coût des soins ou services. Ces modifications seront décidées dans les conditions prévues par les Statuts de la Mutuelle et le Code de la Mutualité.

Les nouveaux taux ou montants des prestations seront notifiés aux Adhérents par la remise d'une Notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout Adhérent peut, conformément à l'article 10.1 des présentes, dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la Notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

Article 23. Cessation des garanties

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- En cas de démission de l'Adhérent de l'Association ADPM ;
- En cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article 10 de la présente Notice ;
- En cas de décès de l'Adhérent. Dans ce cas, les garanties prennent fin également à l'égard des Ayants droit de l'Adhérent et ce à compter de son décès (sauf pour le Conjoint de l'Adhérent qui accepte la proposition de maintien des garanties envoyée par UCR) ;
- En cas de non-paiement de la cotisation (article 14 de la présente Notice) ;
- En cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément aux articles L. 211-9 et R. 212-22-2 du Code de la Mutualité.

La cessation de la garantie santé entraîne automatiquement et dans les mêmes conditions la cessation du renfort éventuellement souscrit.

Chapitre 5 : Prestations diverses

Article 24. Prescription

Définition de la prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles L. 221-11 et suivants du Code de la Mutualité.

Modalité de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans (2) à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le Bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les Ayants droit de l'Adhérent décédé.

Pour les Contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du(des) Bénéficiaire(s) sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès du Membre participant.

Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent ou le(les) Bénéficiaire à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

**Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité.*

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'Organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;

- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;

- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;

- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

Suspension de la prescription

La prescription est suspendue à compter du jour où les parties à un litige conviennent de recourir au Médiateur, ou à défaut d'accord, à compter du jour de la saisine du Médiateur par l'une ou l'autre des parties. Le délai de prescription recommence à courir, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux ou soit le Médiateur, déclarent que la médiation est terminée.

Article 25. Engagements de l'Adhérent

L'Adhérent s'engage, en cours d'adhésion, à déclarer à la Mutuelle, par l'intermédiaire d'UCR, tout changement dans sa situation personnelle pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie accordée dans les conditions énoncées ci-après.

L'Adhérent informera UCR, lors de son adhésion, de l'existence de garanties complémentaires santé souscrites auprès d'une ou d'autres entreprise(s) d'assurance.

Article 26. Sanctions

La Mutuelle se réserve le droit d'exclure tout Adhérent qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Adhérent, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Adhérent peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité.

1° En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).

2° Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par l'Adhérent (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

En cas notamment de fausse déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du Contrat.

La résiliation est notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la Poste.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte de Tiers Payant, ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un Adhérent non à jour de ses cotisations agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle aux seuls Adhérents justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

Article 27. Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée, à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions du Membre participant et ses Ayants droit envers les tiers responsables de dommages causés à lui-même ou à ses Ayants droit.

À cet effet, l'Adhérent et ses Ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un Accident mettant en cause un tiers afin de permettre à la

Mutuelle d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

Article 28. Protection des données personnelles

Les informations recueillies dans le cadre de l'adhésion au Contrat d'assurance font l'objet d'un traitement informatique ou manuel et sont utilisées par la Mutuelle et UCR pour la gestion de sa relation avec l'Adhérent et ses Ayants droit et l'exécution du Contrat. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement du Contrat d'assurance dès lors qu'elles ne sont pas indiquées expressément comme facultatives. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales (sauf opposition).

Elles sont destinées à la Mutuelle et UCR en tant que responsables du traitement et, éventuellement, ses mandataires ou partenaires. Ces données sont potentiellement accessibles par des fournisseurs logiciels ou réseaux en raison de l'exécution d'un Contrat de prestation. La base légale du traitement des données personnelles recueillies est l'exécution du Contrat d'assurance. Toute autre base légale est inscrite aux Contrats, Demandes d'adhésion, ou tout autre document contractuel que l'Adhérent et ses Ayants droit sont tenus de respecter.

La Mutuelle et UCR prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Conformément à la Loi informatique et libertés du 06 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, l'Adhérent et ses Ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données les concernant, ainsi que du droit de demander la limitation du traitement dans les conditions visées par le Règlement précité. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant.

L'Adhérent et ses Ayants droit peuvent exercer leurs droits en s'adressant à : UCR, 1 bis Boulevard Faidherbe - 59 400 CAMBRAI ; ou par courriel à dpo@ucr.fr.

En outre, l'Adhérent et ses Ayants droit ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel, applicables après leur décès. Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

En cas de désaccord, l'Adhérent et ses Ayants droit peuvent introduire une réclamation auprès de la CNIL concernant la protection de leurs données personnelles à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés - 3 place de

Fontenoy 75007 Paris.

Article 29. Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la consommation, l'Adhérent est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire en se connectant à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet à l'Adhérent de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit. En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas la Mutuelle et UCR de joindre téléphoniquement l'Adhérent dans le cadre de l'exécution d'un Contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de son Contrat, y compris lorsqu'il s'agit de lui proposer des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du Contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

Article 30. Réclamation

En cas de difficultés liées à l'application de la présente Notice d'information, l'Adhérent ou ses Ayants droit peuvent contacter leur interlocuteur habituel.

En cas de difficultés persistantes, l'Adhérent ou ses Ayants droit peuvent adresser une réclamation à UCR - Service réclamations - 1 bis boulevard Faidherbe - 59400 Cambrai. UCR s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite sur tout support durable, et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de ladite réclamation.

En cas de réponse insatisfaisante à la réclamation, ou, à défaut de réponse de UCR dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'Adhérent ou ses Ayants droit auront la faculté de faire appel au Médiateur de la consommation de la Mutualité Française dont les coordonnées sont les suivantes :

- FNMF - Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS CEDEX 15.

- Accès au site internet : <https://www.mediateur-mutualite.fr>

et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

La proposition du Médiateur de la consommation de la Mutualité Française sera communiquée à la Mutuelle, écrite et motivée.

Article 31. Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions est la loi française conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

En tout état de cause, les garanties visées par la présente Notice sont régies par le Livre II du Code de la Mutualité et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur au moment de l'adhésion.

Article 32. Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

La Mutuelle et UCR s'engagent à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. À ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

Article 33. Désignation de l'organisme de contrôle

La Mutuelle et UCR exercent leurs activités sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.