

GARANTIE  
FRAIS DE  
SANTÉ

# DOSSIER D'INFORMATION

CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE

CONSEIL DEPARTEMENTAL  
DES YVELINES

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120.  
Siège social : VIASANTÉ Mutuelle  
14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

**viasanté**

LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

SPÉCIALISTE DE LA PROTECTION SOCIALE

## NOTICE D'INFORMATION CONTRAT COLLECTIF A ADHESION FACULTATIVE CONSEIL DEPARTEMENTAL DES YVELINES CONTRAT N° VS1804-ACT

Le Conseil Départemental des Yvelines a souscrit auprès de VIASANTÉ Mutuelle un contrat collectif « garantie frais de santé » à adhésion facultative. Ce contrat a pour objet d'assurer le versement de prestations en remboursement de frais médicaux ou de maternité en complément et après versement des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie.

Le contenu et les limites des garanties SOCLE, CONFORT et PLUS sont présentés dans cette notice explicative.

Cette notice a également pour objet de vous indiquer leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir et les délais à respecter pour en bénéficier.

La garantie est gérée par VIASANTÉ Mutuelle, soumise aux dispositions du Livre II du code de la Mutualité, immatriculée sous le numéro SIREN 777 927 120.

Ses statuts sont joints en annexe de la présente notice.

### QUI SONT LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE ?

Dans le cadre du contrat à caractère facultatif, les agents de la personne morale souscriptrice ou retraités de celle-ci peuvent souscrire, au choix, une des garanties suivantes :

- ♦ SOCLE
- ♦ CONFORT
- ♦ PLUS

Les « agents ou retraités » sont désignés comme « membres participants » dans ce contrat. Les membres participants sont les personnes physiques qui sont couvertes par le régime frais de santé de la mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Les ayants droit peuvent bénéficier à titre facultatif du régime frais de santé mis en place par la personne morale souscriptrice. Par ayant droit du membre participant, il faut entendre les bénéficiaires définis ci-après et figurant sur son bulletin d'affiliation :

- ♦ son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
- ♦ les enfants mineurs figurant sur l'attestation Sécurité sociale du membre participant ou celle de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS ;
- ♦ les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (enfants scolarisés dans un établissement d'études secondaires, étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis ;
- ♦ les enfants handicapés, à votre charge, à condition que leur état d'invalidité soit reconnu avant l'âge de 21 ans.

Les enfants doivent être inscrits auprès de la mutuelle dans les trois mois suivant la naissance (sur présentation d'un bulletin de naissance). Les enfants adoptés ou confiés par jugement doivent être inscrits dans le délai de trois mois suivant l'adoption ou le jugement (sur présentation d'un justificatif). L'inscription prend effet à la date de naissance ou d'adoption.

La mutuelle se réserve le droit d'effectuer tout contrôle qu'elle jugera utile concernant les dispositions ci-dessus. A cet effet la mutuelle peut demander, à tout moment, communication de tous les justificatifs nécessaires, aux bénéficiaires.

**Tous les ayants-droit sont inscrits sur le même contrat et bénéficient de la même garantie que le membre participant.**

**Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.**

### QUELLES SONT LES FORMALITES A ACCOMPLIR POUR BENEFICIER DE LA GARANTIE ?

Vous devez renvoyer à la mutuelle le bulletin d'affiliation complété, signé et accompagné des pièces justificatives qui y sont précisées. Dans tous les cas, joignez :

- la copie de votre attestation de Sécurité sociale, celles de vos ayants droit dans le cas où ils bénéficient du régime frais de santé mis en place,
- votre dernier bulletin de salaire ou une attestation de l'employeur
- un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations,
- et pour le règlement des cotisations :
  - le cas échéant, un relevé d'identité bancaire (si différent de celui communiqué pour le versement des prestations)
  - la demande de prélèvement automatique dûment complétée et signée (mandat SEPA).

### QUE FAIRE SI VOTRE SITUATION FAMILIALE OU ADMINISTRATIVE CHANGE ?

Pour inscrire un nouvel ayant droit (conjoint, enfant nouveau-né...), adressez-vous à la mutuelle qui vous fera signer un bulletin d'affiliation, sur lequel sont mentionnés les documents à joindre.

En cas de changement relatif à la gestion de votre dossier (adresse, coordonnées bancaires...), signalez-le rapidement aux services de la mutuelle.

## A QUELLE DATE VOTRE GARANTIE PREND-ELLE EFFET ?

Les agents et retraités qui souhaitent bénéficier du contrat collectif facultatif doivent signer un bulletin d'adhésion. Ils deviennent alors des membres participants de la mutuelle.

Les agents et retraités déjà présents au jour de la souscription du contrat et qui veulent y adhérer, bénéficient de la garantie dès la date de prise d'effet du contrat.

Pour ceux non présents au jour de la souscription du contrat (et le cas échéant pour leurs ayants-droit), l'adhésion prend effet à la date d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion. Le cas échéant, les mêmes règles s'appliquent en cas d'affiliation en ligne, la date de signature électronique du bulletin d'adhésion numérique faisant alors foi.

Les frais de soins sont pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle en fonction du niveau de prestations et limites précisés au descriptif de la garantie choisie.

**Seuls les frais médicaux ou chirurgicaux dont la date des soins est postérieure à la date d'effet de l'affiliation du membre participant, peuvent donner lieu à prise en charge au titre du présent contrat.**

**Ne donnent pas lieu à remboursement les frais de soins engagés avant la date d'effet de l'affiliation et/ou postérieurement à la date d'effet de la résiliation. La date prise en considération est celle figurant sur les décomptes de la Sécurité sociale, sauf cas spécifiques.**

Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), la date prise en considération pour l'ouverture des droits auprès de VIASANTÉ Mutuelle est la date de début du semestre de soins considéré, telle que mentionnée sur la facture du praticien. La mutuelle ne prend en charge aucun semestre de soins d'orthodontie qui aurait débuté antérieurement à la date d'affiliation au contrat collectif du bénéficiaire de ces soins.

Concernant l'hospitalisation :

- ♦ une hospitalisation ayant débuté avant la date d'effet de l'affiliation et se poursuivant après ne donnera droit à remboursement qu'à partir de la date d'effet de l'affiliation ;
- ♦ une hospitalisation ayant débuté avant la date d'effet de la résiliation ne donnera droit à remboursement que jusqu'à la date d'effet de la résiliation bien que l'hospitalisation se poursuive après celle-ci.

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

## QUELLES SONT LES CONDITIONS APPLICABLES EN CAS DE CHANGEMENT DE GARANTIE ?

Toute modification du choix de garantie donne lieu à la signature d'un nouveau bulletin d'affiliation à faire parvenir à la mutuelle accompagné des éléments requis. Un membre participant a la possibilité de changer de garantie dans les conditions suivantes :

### ☐ Date d'effet de la modification :

**Le changement de garantie prend effet, sous réserve d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum et de respecter un délai de préavis d'un mois minimum :**

- soit le lendemain de l'expiration dudit délai de préavis ;
- soit à la date mentionnée dans la demande de changement de garantie.

### ☐ Diminution de garantie :

**Une diminution de garantie ne peut intervenir qu'à condition d'avoir bénéficié de la garantie précédente pendant 12 mois minimum, sous réserve d'en faire la demande par écrit au moins un mois à l'avance.**

### ☐ Augmentation de garantie :

**Une augmentation de garantie ne peut intervenir à la suite d'une diminution de garantie qu'à l'expiration d'un délai de 12 mois minimum, sous réserve d'en faire la demande par écrit au moins un mois à l'avance.**

## QUELS SONT LES RISQUES COUVERTS PAR VOTRE GARANTIE SANTE ?

L'ensemble des prestations auxquelles vous avez droit figurent dans les grilles de garanties jointes en annexe à la présente notice.

### 1- Modalités générales de prise en charge

Les prestations versées par la mutuelle constituent une participation aux dépenses de frais médicaux consécutifs à une maladie ou à un accident.

Cette contribution vient en complément des remboursements des organismes d'assurance maladie obligatoire relevant du système de protection sociale en France Métropolitaine.

Exceptionnellement des prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement mutuelle. Ces prestations sont alors expressément définies.

La participation de la mutuelle peut être :

- ♦ calculée en pourcentage du tarif de responsabilité ou de la base de remboursement (CCAM) du régime de Sécurité sociale d'affiliation ;
- ♦ exprimée en forfait ;
- ♦ en combinaison des deux méthodes ci-dessus ;
- ♦ en fonction des modalités décrites dans le descriptif de garantie figurant aux conditions particulières.

Dans tous les cas, sauf mention contraire sur le descriptif de la garantie ou sur le contrat, les taux de remboursement spécifiés intègrent les taux de remboursement du régime obligatoire. Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité ou la base de remboursement (CCAM) des régimes obligatoires sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de modifier ou de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification, sous réserve du respect de la réglementation des Contrats Responsables.

### 2- Modalités de prise en charge des prestations Optique / Soins dentaires prothétiques / Aides auditives dans le cadre de la charte des Contrats Responsables (décret 2019-21 du 11/01/2019)

#### ☐ Optique (lunettes) :

Les verres et les montures susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle sont répartis dans 2 classes :

- la classe A,
- la classe B.

### ❶ Equipements appartenant à la classe A (100% santé) \*

La mutuelle prend en charge les équipements d'Optique relevant de la classe A (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité \*\* dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (article L.165-3 du code de la Sécurité sociale).

Les verres et les montures appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables en vigueur.

#### ♦ Prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur :

La prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement optique de classe A est intégralement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la mutuelle à hauteur du prix limite de vente.

#### ♦ Prestation d'appairage - Suppléments pour verres avec filtres

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par la mutuelle à hauteur du prix limite de vente.

### ❷ Equipements appartenant à la classe B

La mutuelle prend en charge les équipements d'Optique et leurs suppléments relevant de la classe B conformément aux taux/montants mentionnés sur la grille de garanties. Ces taux/montants de prise en charge respectent les limites (planchers/plafonds) définis par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur.

**La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée par la réglementation des Contrats Responsables à 100€. Ce plafond inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur. Le bénéficiaire pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à cette classe B.**

#### Définitions :

☑ Concernant les garanties pour lesquelles la grille correspondante exprime les remboursements en fonction d'un découpage « Verres simples » / « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs » / « Verres multifocaux ou progressifs forte correction » :

#### ♦ Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :

a) Equipements à :

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

#### ♦ Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c) ;

c) Equipements à :

- ➔ verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
- ➔ ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- ➔ ou à 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 ;
- ➔ ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- ➔ ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- ➔ ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- ➔ ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

#### ♦ Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f) ;

e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f) ;

f) Equipements à :

- ➔ verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries ;
- ➔ ou à 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 ;
- ➔ ou à 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 ;
- ➔ ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

☑ Concernant les garanties pour lesquelles les remboursements sont exprimés selon un autre classement de verres ou en fonction du type d'équipement, le bénéficiaire doit se référer à sa grille de garanties.

### ❸ Equipements mixtes

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement.

**Dans ce cas, les taux/montants de prise en charge fixés par la mutuelle respectent la règle selon laquelle le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale.**

#### ④ Modalités de renouvellement des équipements d'Optique (Classes A- B- Equipements mixtes)

##### ♦ Conditions générales de renouvellement des équipements \*\*\*

###### ➔ Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de deux ans.

###### ➔ Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an.

###### ➔ Pour les enfants jusqu'à 6 ans

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois **uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur**. Dans les autres cas, le délai d'un an précédemment mentionné s'applique.

##### ♦ Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'Optique

###### ➔ Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus

Un renouvellement anticipé de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale d'un an en cas de dégradation des performances oculaires dans l'une des situations définies par l'arrêté du 3 décembre 2018 paru au Journal Officiel du 13 décembre 2018, listées ci-dessous :

- ➔ variation de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ;
- ➔ variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ;
- ➔ somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ;
- ➔ variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- ➔ variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- ➔ variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) supérieur à 4,00 dioptries.

L'évolution de la vue est justifiée par une nouvelle prescription médicale ou lorsque l'opticien lunetier adapte la prescription lors du renouvellement.

###### ➔ Pour les enfants de moins de 16 ans

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires. Cette dégradation des performances oculaires est objectivée par une nouvelle prescription médicale d'un ophtalmologiste.

Les situations d'évolution de la vue prises en considération sont les mêmes que celles définies pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus dans le paragraphe précédent.

###### ➔ Dans tous les cas :

**Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.**

**L'appréciation des périodes ci-dessus mentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.**

**Lorsque le bénéficiaire acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et montures) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.**

**Il est tenu compte des éventuelles prises en charge antérieures d'équipement d'Optique au titre d'un Contrat Responsable souscrit auprès de la mutuelle.**

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies par l'arrêté du 3 décembre 2018, listées ci-dessous :

###### ➔ les troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :

- glaucome
- hypertension intraoculaire isolée
- DMLA et atteintes maculaires évolutives
- rétinopathie diabétique
- opération de la cataracte datant de moins de 1 an
- cataracte évolutive a composante réfractive
- tumeurs oculaires et palpébrales
- antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois
- antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an
- greffe de cornée datant de moins de 1 an
- kératocone évolutif
- kératopathies évolutives
- dystrophie cornéenne
- amblyopie
- diplopie récente ou évolutive

###### ➔ les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :

- diabète
- maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante)
- hypertension artérielle mal contrôlée
- sida
- affections neurologiques à composante oculaire
- cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique

→ les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :

- corticoïdes
- antipaludéens de synthèse
- tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires

Cette évolution de la réfraction doit faire l'objet d'une nouvelle prescription de l'ophtalmologiste faisant mention du cas particulier.

### ⑤ **Date de prise d'effet**

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des équipements d'optique définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020.

### ❑ **Soins dentaires prothétiques :**

Les soins dentaires prothétiques susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables sont répartis dans 2 classes :

- les soins dentaires prothétiques « 100 % santé »,
- les soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres.

#### ① **Soins dentaires prothétiques entrant dans le panier 100 % santé**

La mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité \*\* dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux ou en l'absence de convention applicable, par le règlement arbitral, pour les actes définis par arrêté ministériel.

Les soins dentaires prothétiques appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

#### ② **Soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés <sup>(1)</sup> ou libres <sup>(2)</sup>**

La mutuelle prend en charge les frais de soins dentaires prothétiques entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres conformément aux taux/montants mentionnés sur la grille de garanties.

**Le membre participant pourra avoir un reste à charge sur les actes entrant dans ces paniers.**

<sup>(1)</sup> Des honoraires limites de facturation sont prévus sur ces actes pouvant faire l'objet d'une entente directe par la convention nationale des chirurgiens-dentistes libéraux.

<sup>(2)</sup> Les tarifs de ces actes sont librement fixés par les professionnels de santé.

### ③ **Date de prise d'effet**

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des prothèses dentaires définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent :

- aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 pour un premier lot de soins dentaires prothétiques, tel que défini par les textes conventionnels et réglementaires applicables.
- aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 pour un deuxième lot de soins dentaires prothétiques, tel que défini par les textes conventionnels et réglementaires applicables.

### ❑ **Dispositifs médicaux d'aides auditives :**

Les dispositifs médicaux d'aides auditives susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle sont répartis dans 2 classes :

- la classe I,
- la classe II.

#### ① **Aides auditives appartenant à la classe I (100% santé)**

La mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives relevant de la classe I (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le membre participant en sus des tarifs de responsabilité \*\* dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (article L.165-3 du code de la Sécurité sociale).

Les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et la mutuelle au titre de la réglementation des Contrats Responsables.

#### ② **Aides auditives appartenant à la classe II**

La mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à la classe II conformément au taux/montant mentionné sur la grille de garanties.

**Ce taux/montant respecte le plafond fixé à 1700€ par aide auditive par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur et qui inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur. Ce plafond n'inclut pas le ticket modérateur des consommables, piles et accessoires.**

**Le membre participant pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'équipements appartenant à une autre classe que la classe I.**

#### ③ **Modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives (classes I et II)**

Le renouvellement de la prise en charge par la mutuelle d'un dispositif médical d'aide auditive est possible au terme d'une période minimale de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil, entendue comme date de facturation de l'aide auditive. L'appréciation de cette période se fait à partir de la dernière facturation d'un dispositif d'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Ces dispositions applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021 tiennent compte des quatre années antérieures, la mutuelle devant, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge d'aide auditive durant cette période au titre d'un Contrat Responsable souscrit auprès d'elle.

Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.



#### 4 Date de prise d'effet

Les dispositions relatives aux conditions et modalités de prise en charge des aides auditives définies par le décret du 11 janvier 2019 s'appliquent aux contrats souscrits ou renouvelés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 hormis :

- Le panier 100% Santé relatif aux aides auditives appartenant à la classe I prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2020 et est garanti sans reste à charge à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.
- **Le plafond fixé à 1700€ par aide auditive appartenant à la classe II qui s'applique à compter du 1er janvier 2021.**
- Les modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives qui s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

*\* Il résulte de l'arrêté du 3 décembre 2018 que « chaque opticien-lunetier, qu'il soit physique ou virtuel en ligne, présente dans son point de vente au moins 35 montures de classe A pour adultes et de 20 montures de classe A pour enfants. Pour satisfaire ce seuil, un même modèle de montures ne peut être comptabilisé que jusqu'à 2 fois, pour deux coloris différents. Au moins 17 modèles différents doivent être disponibles pour les adultes, et au moins 10 modèles différents pour les enfants ».*

*\*\* On entend par « tarifs de responsabilité » les tarifs servant de base à la prise en charge de la prestation ou du dispositif par l'assurance maladie obligatoire.*

*\*\*\* On entend par équipement une monture et deux verres.*

### 3- Modalités spécifiques de remboursements de certaines prestations et exclusions

#### □ Modalités de prise en charge de la participation de l'assuré :

Les niveaux de prise en charge des différentes prestations sont définis dans la grille de garanties.

Il est à noter que :

- Le ticket modérateur afférent aux prestations prises en charge par le Régime Obligatoire est couvert par la mutuelle conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale.
- Est également couverte la Participation Forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du code de la Sécurité sociale.

#### □ Hospitalisation :

Les niveaux de prise en charge des frais de séjour hospitaliers sont définis dans la grille de garanties.

Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge intégralement de manière illimitée.

#### □ Forfait Patient Urgences :

Conformément à l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle prend en charge, au titre de la réglementation du Contrat Responsable, le montant fixé par arrêté, relatif au Forfait Patient Urgences correspondant à une participation forfaitaire pour les assurés en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation en service de médecine, chirurgie, obstétrique ou d'odontologie.

#### □ Honoraires médicaux :

Concernant les honoraires des médecins, lorsque des dépassements d'honoraires sont prévus dans le cadre d'une garantie responsable, la prise en charge de ces dépassements par la mutuelle varie en fonction de l'adhésion du médecin aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée ou non et ce dans la limite prévue par ladite garantie.

#### □ Téléconsultation :

Un service de téléconsultation médicale est intégré aux garanties Frais de Santé. Ce service permet aux membres participants et, le cas échéant à leurs ayants droit, de bénéficier de consultations médicales à distance (avec un diagnostic et le cas échéant une ordonnance) dans le cadre autorisé par le code de la Santé Publique, par téléphone au 09.74.59.59.84 ou par mail sécurisé à l'adresse suivante : [www.medecindirect.fr](http://www.medecindirect.fr).

VIASANTÉ Mutuelle a fait appel à MédecinDirect - Société par actions simplifiée - Siège social : 1 Chemin de Saulxier, 91160 LONGJUMEAU - Immatriculée au RCS sous le numéro 508 346 673, habilitée à réaliser de la téléconsultation médicale, en vertu d'un contrat signé avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France le 14/12/2015 et d'une autorisation de la CNIL (Délibération N° 2016-184 du 16/06/2016).

Le service de téléconsultation médicale MédecinDirect est présenté sur le site figurant à l'adresse suivante :

<http://www.medecindirect.fr/teleconsultation/>

#### □ Cures thermales :

Lorsqu'elle est prévue par la garantie, la prise en charge d'une cure thermique est conditionnée à la communication de l'attestation de cure.

La mutuelle prend en charge au titre des cures thermales :

- ♦ Le ticket modérateur afférent aux frais médicaux (honoraires du médecin thermal ; forfait thermal c'est-à-dire forfait correspondant aux soins thermaux dispensés) ;
- ♦ Le cas échéant, les frais de transport et d'hébergement selon le montant précisé sur la grille de garantie.

**Les pièces à fournir sont les suivantes :**

♦ **Décompte du régime obligatoire pour les honoraires du médecin thermal**

♦ **Facture de l'établissement afférente au forfait thermal**

♦ **Justificatifs des frais de transport et d'hébergement à savoir :**

- S'agissant de l'hébergement, le remboursement interviendra sur présentation d'une facture détaillée nominative.
- Le remboursement des frais de transport pour cure thermique, non pris en charge par le régime obligatoire, peuvent faire l'objet d'une indemnisation par la mutuelle, à la condition de transmettre le justificatif suivant :
  - En cas de transport en commun : la facture nominative correspondante
  - En cas d'utilisation d'un véhicule personnel : la carte grise du véhicule concerné. Le calcul sera effectué en tenant compte du nombre de kilomètres séparant le domicile et celui du lieu de cure, en appliquant un remboursement sur la base du tarif kilométrique en vigueur, fixé par arrêté et servant de base au remboursement des frais de transport en véhicule personnel visés au II de l'article R.322-10-5 du code de la Sécurité sociale.

Les frais de péage pourront également être pris en charge dans la limite du forfait indiqué dans le tableau de garantie.

#### ❑ Prime naissance ou d'adoption :

Lorsque la garantie le prévoit, VIASANTÉ Mutuelle verse, en cas de naissance d'un enfant du membre participant (viable ou mort-né), une allocation dont le montant est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement. Cette allocation est également versée en cas d'adoption d'un enfant mineur par le membre participant.

Le membre participant la perçoit s'il demande l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption, sur présentation d'une copie du livret de famille ou du jugement d'adoption. **L'inscription doit prendre effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant.**

**Un seul forfait peut être octroyé par foyer et par période de 300 jours**, à l'exception des naissances multiples ou de l'adoption. Dans ces situations de naissance ou d'adoption multiple, la prime est versée autant de fois qu'il y a d'enfants nouveaux nés ou adoptés. Les dates prises en compte, pour le versement du forfait naissance et pour le calcul de la période de 300 jours, sont les dates de naissance respectives de chaque enfant.

#### ❑ Forfait afférent aux actes dentaires non remboursés :

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait afférent aux actes dentaires non remboursés est versé sur justificatif (facture du dentiste) et comprend l'ensemble des actes non remboursés par le Régime Obligatoire.

#### ❑ Prestations de médecines douces (ou alternatives) :

Lorsqu'il est prévu par la garantie, le forfait afférent aux prestations dites de médecines douces ou alternatives, non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

La liste des actes susceptibles d'être pris en charge ainsi que le montant du forfait sont mentionnés sur la grille de garanties.

**Le remboursement des frais engagés est soumis au critère de l'exercice du professionnel de santé dans un cadre légal.**

**Dès lors, la facture doit impérativement comporter la mention du numéro Automatisation Des Listes (ADELI), ou du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS), ou de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), de l'autorisation de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) ou encore du Registre National des Etiopathes (RNE).**

**En l'absence de cette information, aucun remboursement ne sera effectué.**

**La nature de la prestation délivrée doit strictement correspondre à la discipline exercée par le professionnel de santé.**

#### ❑ Sevrage tabagique :

Lorsque le forfait sevrage tabagique est prévu par la garantie, sont remboursés par la mutuelle les dispositifs qui peuvent être pris en charge par le régime obligatoire, sur présentation d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien.

#### ❑ Produits achetés via Internet :

**Les produits achetés via Internet ne sont pas pris en charge sauf :**

- ✓ les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencé par l'Ordre National des Pharmaciens sur son site.
- ✓ les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

#### ❑ Actes de prévention :

La mutuelle prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables par l'assurance maladie obligatoire.

#### ❑ Soins à l'étranger :

**Des prestations peuvent être allouées par la mutuelle s'il y a prise en charge des frais par le régime d'Assurance Maladie français auquel appartient le membre participant ou ses ayants droit. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par le régime d'Assurance Maladie français et de la facture acquittée accompagnée, le cas échéant, de sa traduction en français (la mutuelle se réservant le droit d'en contrôler l'exactitude) et ce dans la limite du montant ou taux prévu par la garantie.**

**En cas d'hospitalisation, les éventuels dépassements d'honoraires seront pris en charge sur la base de remboursement de la Sécurité sociale définie pour les honoraires des médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée.**

#### ❑ Allocation pour frais d'obsèques :

Les remboursements de frais d'obsèques, lorsqu'ils sont prévus à la garantie, **sont effectués dans la limite des frais engagés et du montant précisé dans le tableau descriptif des garanties. Cette prestation est versée en cas de décès du membre participant à la personne justifiant avoir effectivement supporté les frais d'obsèques sur présentation d'une facture acquittée.** Pour bénéficiaire du versement de cette allocation, les documents suivants devront être envoyés à la mutuelle :

- Le bulletin de décès du membre participant ou de l'ayant droit.
- La facture nominative des frais d'obsèques ainsi que le justificatif d'identité de la personne s'étant acquittée de cette dernière.

Lorsque les frais ont été directement réglés par le notaire dans le cadre de la succession, les frais pourront être remboursés sur justificatif de l'office notarial.

**Les conditions d'attribution de l'allocation frais d'obsèques sont soumises aux exclusions suivantes :**

- en cas de décès :
  - d'un mineur âgé de moins de 12 ans,
  - d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation,
- décès qui proviennent :
  - du suicide de l'assuré dans la première année d'assurance,
  - du meurtre commis par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'assuré, dès que ce bénéficiaire a été condamné,
  - des faits de guerre sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre,
  - d'émeutes, d'insurrection et leur conséquence dès lors que l'assuré y prend une part active,
  - de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide,
  - des compétitions, démonstrations acrobatiques, records, vols d'essai, la pratique du delta-plane, de vols sur ailes volantes, U.L.M.,
  - de l'éthylisme, de l'usage de stupéfiants ou de drogues non prescrites médicalement.



#### ❑ Service d'assistance :

Lorsque la garantie le prévoit, un service d'assistance peut intervenir au bénéfice de l'adhérent et/ou de ses ayants droit dans les conditions et selon les modalités décrites dans le descriptif correspondant annexé à la présente.

#### 4- Remboursement exclus :

♦ Dans le cadre de la réglementation des Contrats Responsables, ne sont pas pris en charge :

✓ la participation forfaitaire (montant fixé par décret) due par les assurés et les ayants droit majeurs pour chaque acte ou consultation réalisé(e) par un médecin ainsi que pour tout acte de biologie médicale - définie par l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.

✓ la majoration – instaurée par l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale – de la part restant à la charge des assurés et des ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.

✓ 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 montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

✓ les dépassements d'honoraires facturés par les médecins généralistes en secteur 1 avec droit permanent à dépassements ou en secteur 2, dans le cadre de consultations hors parcours de soins, à hauteur d'une franchise identique à celle appliquée aux honoraires des médecins spécialistes.

✓ les franchises définies par l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale.

♦ Dépassements d'honoraires non conformes :

La mutuelle ne rembourse pas les dépassements d'honoraires dont la prise en charge est sollicitée alors qu'ils ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles. Dans ces situations, seul le ticket modérateur est remboursé.

♦ Produits non remboursés par le régime obligatoire achetés à l'étranger :

Les produits non remboursés par le régime obligatoire, achetés à l'étranger, ne sont pas pris en charge.

♦ Longs séjours, établissements médico-sociaux, maisons de retraite : les frais liés aux longs séjours, aux séjours en établissements médico-sociaux ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

Concernant les garanties responsables, pendant la période de couverture, les exclusions et les limitations de garanties ne s'appliquent pas lorsqu'elles ont pour effet d'empêcher les prises en charge minimales prévues à l'article R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

#### COMMENT OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ?

Vos prestations, à l'exclusion de celles bénéficiant du tiers-payant, vous sont versées directement.

Dans la plupart des cas, le remboursement est automatique grâce à la télétransmission existant entre votre régime obligatoire d'assurance maladie et la mutuelle. A défaut, vous devez nous adresser vos décomptes de Sécurité sociale.

De plus, pour certaines prestations, vous devez nous fournir la facture correspondant aux frais dont vous demandez le remboursement ou les pièces justifiant de l'événement ouvrant droit au versement d'une prestation, comme indiqué ci-après :

TYPE DE PRESTATION	PIECES A FOURNIR
Cure thermique	✓ Prescription médicale ✓ Justificatif des frais et de la durée du séjour
Frais d'optique et de prothèses dentaires	✓ Prescription médicale ou décompte établi par le régime obligatoire ✓ Factures acquittées
Hospitalisation -demande de prise en charge -demande de remboursement de frais divers (frais d'accompagnant, etc.)	✓ Bulletin d'hospitalisation ✓ Factures acquittées
Autres prestations	✓ Décomptes établis par le régime obligatoire (sauf tiers-payant) ✓ Et/ou factures acquittées

Il est à noter que :

♦ tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être exigé,

♦ la date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations est celle indiquée sur les décomptes de Sécurité sociale, sauf cas spécifiques (cf. paragraphe « A quelle date votre garantie prend-elle effet ? »).

#### QUELS SONT LES PRINCIPES DE REMBOURSEMENT ?

Votre mutuelle vous rembourse les frais médicaux pour les bénéficiaires de la garantie tels que définis plus haut, consécutifs à une maladie, une maternité ou un accident. Ce remboursement vient en complément et après versement des prestations du régime obligatoire d'assurance maladie et dans la limite des dépenses engagées.

La participation de votre mutuelle est calculée en pourcentage des tarifs de responsabilité du régime obligatoire d'assurance maladie d'affiliation et/ou en forfaits.

Cette garantie est responsable et répond à l'ensemble des obligations et exclusions de prises en charge définies dans les textes en vigueur.

Vous trouverez le détail des remboursements de votre garantie en annexe de la présente notice d'information.

**Les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie ne donnent lieu à aucun remboursement, sauf cas précisés sur le descriptif de garantie.**

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité ou la base de remboursement (CCAM) des régimes obligatoires sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de modifier ou de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification, sous réserve du respect de la réglementation des « Contrats Responsables ».

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 ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature 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 sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

#### **QUELLES SONT LES REGLES DE PRESCRIPTION APPLICABLES, DANS QUELLES SITUATIONS LES SOINS NE SONT PAS REMBOURSES PAR LA MUTUELLE, QUELS SONT LES DELAIS ET REGLES A RESPECTER OU APPLICABLES ?**

##### **□ Prescription :**

Conformément aux dispositions du code de la Mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait 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 du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Dans le cadre des opérations collectives telles que définies par le code de la Mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

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 avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

##### **□ Délais à respecter :**

Les demandes de remboursement de prestations, accompagnées des justificatifs nécessaires, doivent pour être recevables, être produites auprès de la mutuelle dans un délai de deux ans à compter soit de la date des soins, soit de la date de fin de l'hospitalisation, soit de la date de délivrance de la prestation ou de la survenance de l'événement donnant lieu à versement d'une prestation.

Au delà de cette période, la mutuelle ne pourra plus vous rembourser.

##### **□ Demande relative aux remboursements de prestations ou à la gestion du contrat**

Pour toute demande relative aux remboursements de prestations ou à la gestion du contrat, le membre participant peut adresser un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle – Gestion Santé – TSA 90025 à (69653) VILLEFRANCHE CEDEX.

##### **□ Espace adhérent**

La création de l'espace adhérent est totalement gratuite et permet notamment de :

- ♦ Consulter la grille de garanties
- ♦ Consulter ses remboursements 24h/24, 7j/7
- ♦ Accéder à sa carte de tiers payant
- ♦ Modifier ses informations personnelles
- ♦ Envoyer des documents à la mutuelle (demandes devis, factures, ...)

##### **□ Traitement des réclamations, conciliation et médiation :**

**Toute réclamation doit être formulée dans les deux ans qui suivent la date de paiement ou le refus de prise en charge d'une prestation.** Le traitement des réclamations est effectué par le service traitement des réclamations qui peut être saisi en adressant :

- un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle - service réclamations - TSA 10005 - 11804 CARCASSONNE Cedex ;
- ou par courrier électronique à l'adresse suivante : [contact.reclamation@viasante.fr](mailto:contact.reclamation@viasante.fr) ;
- ou par téléphone au 09 69 39 3000.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du contrat, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant :

- un courrier au Secrétariat général de la mutuelle, 12 place de la Halle - 19100 BRIVE ;
- ou un courrier électronique à l'adresse suivante : [conciliation@viasante.fr](mailto:conciliation@viasante.fr).

Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir gratuitement le Médiateur soit en adressant un courrier postal à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15, soit en complétant un formulaire dédié sur le site <https://www.mediateur-mutualite.fr/>.

**La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.** Conformément à l'article R.612-5 du code de la Consommation, un avis sera rendu au plus tard dans le délai de 90 jours, sauf en cas de litige complexe.

L'avis du médiateur ne s'impose pas aux parties et le recours au juge reste possible.

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

#### ❑ Déclaration d'accident :

Le membre participant est tenu de déclarer à la mutuelle les causes et circonstances de l'accident dont lui ou ses ayants droits ont été victimes, afin qu'une procédure de recours contre tiers puisse éventuellement être engagée.

#### ❑ Subrogation :

Conformément aux dispositions de l'article L.224-9 du code de la Mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit aux membres participants ou à leurs ayants droit victimes d'un accident, dans leur action contre les tiers responsables et dans la limite des dépenses supportées.

#### ❑ Prestations indues :

Quel qu'en soit le motif, elles sont recouvrables auprès du membre participant.

#### ❑ Fausse déclaration intentionnelle (article L.221-14 du code de la Mutualité) :

Il résulte des dispositions du code de la Mutualité qu'indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant 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 le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

#### ❑ Fausse déclaration non intentionnelle (article L.221-15 du code de la Mutualité) :

Pour les opérations collectives facultatives, l'omission ou la déclaration inexacte du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant : à défaut d'accord de celui-ci, le contrat prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La mutuelle 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 du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

#### ❑ Interprétation :

Les statuts, la notice d'information, le contrat collectif, le bulletin d'adhésion, le règlement intérieur, sont applicables par ordre de priorité décroissante.

#### ❑ Loi applicable :

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

### QUELLE EST LA DUREE DE VOTRE GARANTIE ?

**Votre couverture frais de santé est effective à compter de votre date d'affiliation à la mutuelle, dans le cadre du contrat facultatif, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle est souscrite dans le cadre de l'année civile et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle est renouvelable par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année.**

Toutefois, dès lors que la personne morale souscriptrice ne renverrait pas à la mutuelle au plus tard le 30/11 de l'année en cours, les avenants dûment signés, qui sont établis par la mutuelle lors des modifications du contrat, votre garantie ne serait pas renouvelée et viendrait à échéance le 31 décembre de l'année en cours. Les avenants modificatifs seront adressés par la mutuelle à la personne morale souscriptrice au plus tard le 31/10 de l'année en cours, pour une prise d'effet au 1er janvier de l'année suivante.

La carte mutualiste justifie de votre ouverture de droits sur la période de couverture, elle doit être retournée à la mutuelle en cas de résiliation.

### DANS QUELLES CONDITIONS VOTRE GARANTIE CESSE-T-ELLE ?

Les garanties cessent :

- ♦ à la date d'effet de la résiliation du contrat frais de santé par le souscripteur ;
- ♦ à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion en tant que membre participant ;
- ♦ en cas de non paiement des cotisations dans les cas et dans les conditions définis à l'article L.221-8 du code de la Mutualité.
- ♦ en cas de perte de la qualité de membre de la collectivité :

Dans ce cas, la personne morale souscriptrice s'engage à signaler à la mutuelle dans le mois qui suit l'événement tout départ d'un membre participant quel qu'en soit le motif.

A réception, la mutuelle prend contact avec l'adhérent pour recueillir son choix sur le maintien ou non de son adhésion :

- Si l'adhérent ne maintient pas son adhésion, la mutuelle le radiera à la date à laquelle il a perdu la qualité de membre de la collectivité.

- Si l'adhérent souhaite maintenir son adhésion, la mutuelle lui adresse un bulletin d'adhésion à compléter et à renvoyer. Les garanties d'assurance et le montant de la cotisation à payer doivent correspondre aux dispositions du contrat collectif d'assurance souscrit par la collectivité. Il en est de même dans le cas de changement d'employeur tel que prévu à l'article L 5111-7 du code général des Collectivités Territoriales. L'adhésion prendra effet à la date mentionnée sur le bulletin d'adhésion.

#### ➔ Cas particulier du changement d'employeur :

- ♦ Du fait de l'employeur : si vous changez d'employeur dans le cadre d'une réorganisation en application de l'article L5111-7 du code général des Collectivités Territoriales, le nouvel employeur est substitué de plein droit à l'ancien pour l'exécution de la convention de participation et du contrat sauf accord contraire entre le nouvel employeur, l'ancien employeur et l'assureur.

- ♦ Du fait de l'agent : les garanties sont maintenues en cas de mobilité de l'assuré, autre que celle prévue par l'article par l'article L5111-7 du Code général des collectivités territoriales, sous réserve d'une demande expresse communiquée à l'Assureur dans le mois qui suit la date de radiation de l'effectif par l'employeur.

**Au delà de la date d'effet de la résiliation du contrat, seuls les actes médico-chirurgicaux ou événements dont la date de réalisation est antérieure à la date d'effet de la résiliation pourront être pris en charge par le contrat.**

## **QUELLES SONT LES MODALITES DE DENONCIATION DE VOTRE ADHESION AU CONTRAT FACULTATIF ?**

### **1- Résiliation annuelle**

Vous pouvez dénoncer votre affiliation au contrat collectif facultatif, en adressant à la mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'Article L.221-10-3 du code de la Mutualité (Cf. point 4) au moins deux mois avant la date d'échéance.

### **2- Résiliation infra-annuelle - Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**

Vous pouvez dénoncer votre affiliation au contrat collectif facultatif après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par l'un des moyens prévu à l'Article L.221-10-3 du code de la Mutualité (Cf. point 4). La dénonciation de l'affiliation prend effet au plus tôt un mois après que la mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par son nouvel organisme assureur dans le cas où il lui a donné mandat.

### **3- Dispositions applicables en cas de modification apportée à vos droits et obligations**

Conformément à l'article L.221-6 du code de la Mutualité, dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice décrivant notamment les garanties souscrites. La personne morale souscriptrice est tenue de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, la personne morale souscriptrice est également tenue de vous informer en vous remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à la personne morale souscriptrice.

### **4- Modalités de résiliation**

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer son affiliation au contrat collectif facultatif, cette dénonciation peut être effectuée :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle confirme par écrit la radiation.

## **DANS QUELLES CONDITIONS LES AYANTS DROIT COUVERTS A TITRE FACULTATIF PEUVENT-ILS ETRE RADIES ?**

### **1- Résiliation annuelle**

Vous pouvez dénoncer l'affiliation au contrat collectif de vos ayants droit couverts à titre facultatif, en adressant à la mutuelle une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité (Cf. point 3) au moins deux mois avant la date d'échéance.

### **2- Résiliation infra-annuelle - Dispositions applicables après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription**

Vous pouvez dénoncer l'affiliation au contrat collectif de vos ayants droit couverts à titre facultatif, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités, par l'un des moyens prévus à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité (Cf. point 3). La dénonciation de l'affiliation prend effet au plus tôt un mois après que la mutuelle en a reçu notification directement de votre part ou par votre nouvel organisme assureur dans le cas où vous lui avez donné mandat.

### **3- Modalités de radiation**

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer l'affiliation de ses ayants droit, la notification de la dénonciation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque la mutuelle propose l'affiliation au contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;

La mutuelle confirme par écrit la radiation des bénéficiaires.

## **QUE SE PASSE-T-IL SI LES COTISATIONS NE SONT PAS REGLEES PAR LE MEMBRE PARTICIPANT ?**

### **❑ La personne morale souscriptrice assure le précompte de la cotisation**

Conformément aux dispositions du code de la Mutualité, lorsque, dans le cadre des opérations collectives, l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle d'appliquer des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur et de poursuivre en justice l'exécution du contrat collectif, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'employeur ou à la personne morale, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale souscriptrice est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier paragraphe. Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

### **❑ La personne morale souscriptrice n'assure pas le précompte des cotisations (appels individuels)**

Dans ce cas, en vertu des dispositions de l'article L.221-8-II du code de la Mutualité, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre est envoyée 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les cotisations doivent être payées. Le membre participant est informé, dans la lettre de mise en demeure, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation pourra entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisation.

Lorsqu'il y a participation de la personne morale souscriptrice au paiement de la cotisation et que celle-ci ne paie pas sa part, la procédure prévue à l'article L.221-8-I du code de la Mutualité s'applique. Dans ce cas, la mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure et rembourse le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

### **QUELS SONT LES AUTRES SERVICES DE LA MUTUELLE DONT VOUS BENEFICIEZ ?**

#### **❑ Le Tiers Payant :**

Chaque membre participant complète un bulletin d'affiliation. Il lui est remis une carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale. Cette carte mentionne explicitement les garanties couvertes en tiers payant et fait partie intégrante des conditions particulières du contrat d'adhésion.

Cette carte de Tiers Payant reste la propriété de la mutuelle. Le souscripteur du contrat s'engage, si la carte de Tiers Payant est en cours de validité, à la récupérer auprès du membre participant et à en assurer la restitution à la mutuelle dans le délai de quinze jours suivant le départ du membre participant ou la résiliation du contrat.

Le membre participant restituera les sommes payées par la mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

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

#### **❑ Commission Entraide mutualiste – Action sociale :**

Il existe au sein de chaque comité VIASANTÉ Mutuelle au moins une Commission Entraide mutualiste – Action sociale.

Chaque Commission Entraide mutualiste – Action sociale se compose au maximum de 10 délégués ou administrateurs de la mutuelle. Elles se réunissent au moins trois fois par an.

Ces commissions ont pour objet d'accompagner les membres bénéficiaires en situation de détresse, face à un accident, une maladie, un handicap ou un décès, en leur attribuant une aide financière.

#### **❑ Les Réalisations Mutualistes :**

Vous bénéficiez de l'accès aux réalisations sanitaires et sociales gérées par VIASANTÉ Mutuelle ou de tout autre organisme mutualiste associé. Vous pouvez obtenir la liste de ces réalisations mutualistes sur simple demande de votre part, téléphonique ou écrite, ou en vous rendant dans l'un de nos points d'accueil.

#### **❑ Votre Magazine d'Information :**

Chaque trimestre, le « MUTUALISTE », votre magazine d'information sur la santé et l'actualité de votre mutuelle vous est adressé à votre domicile.

#### **❑ Vos remboursements consultables 24h/24, 7 jours sur 7 :**

Vous pouvez consulter vos remboursements par Internet : [www.mutuelle-viasante.fr](http://www.mutuelle-viasante.fr), en vous connectant sur votre espace privé.

### **QUELQUES CONSEILS AVANT D'ENGAGER VOS DEPENSES DE SANTE**

Pour bénéficier des meilleurs tarifs en optique ou pour les audioprothèses, n'hésitez pas à faire établir plusieurs devis. En ce qui concerne la réalisation de prothèses dentaires ou les traitements orthodontiques, faites nous parvenir le devis du praticien consulté et nous vous indiquerons en retour le niveau de notre prise en charge.

### **PROTECTION DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL**

#### ***Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?***

Vos données à caractère personnel ainsi que celles de vos éventuels ayants droit sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à l'âge, la situation familiale et professionnelle, à la santé ;
- Les coordonnées de contact, le Numéro d'Inscription au Répertoire (NIR)\* et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelles ou collectives ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.



Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat ; VIASANTÉ Mutuelle ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Dans le cadre de la gestion du contrat, nous sommes susceptibles de recevoir des données à caractère personnel en provenance du souscripteur (votre employeur ou votre association, par exemple) et des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les adhérents, aux membres du groupe AG2R La Mondiale ou aux sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat, et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

#### **Quels sont vos droits et comment les exercer ?**

Vous bénéficiez d'un droit d'accès aux données à caractère personnel vous concernant. Dans les conditions prévues par la loi, vous pouvez également demander une limitation du traitement, la rectification ou l'effacement des données vous concernant, ainsi que leur portabilité, ou communiquer des directives générales sur le sort de ces données après votre décès.

Si le traitement est fondé sur votre consentement, vous disposez du droit de retirer votre consentement.

Si le traitement est fondé sur l'intérêt légitime de VIASANTÉ Mutuelle, vous pouvez vous opposer à ce traitement si vous justifiez de raisons propres à votre situation.

Vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (sauf si les éléments communiqués dans le cadre de la demande permettent de les identifier de façon certaine) à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) – 1 avenue Carsalade du Pont – CS 89921 – 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à [DPD@viasante.fr](mailto:DPD@viasante.fr)

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.**

Nous apportons la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins s'ils considèrent que le traitement des données les concernant constitue une atteinte à leurs droits, les adhérents disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : <https://www.viasante.fr>

\*NIR : Il s'agit du numéro de Sécurité sociale

#### **AUTORITE DE CONTROLE PRUDENTIEL ET DE RESOLUTION**

Conformément au code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

#### **OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE**

Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, conformément à l'article L.223-1 du code de la Consommation vous pourrez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique.

Selon la réglementation en vigueur, cette demande ne sera prise en compte qu'à la fin de la relation contractuelle qui vous lie à VIASANTÉ Mutuelle.



# GARANTIE CD78 + CD78 CONFORT - CD78 PLUS

		RO + RC SOCLE	RO + RC CONFORT	RO + RC PLUS	
HOSPITALISATION					
HONORAIRES					
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie et d'anesthésie	Médecins adhérents aux DPTM	200%	250%	300%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	180%	200%	200%	
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER					
Forfait Hospitalier journalier - Durée illimitée		FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	FRAIS RÉELS	
AUTRES FRAIS					
Frais de séjour		100%	125%	150%	
Participation assuré acte médicaux > 120€		Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	
Chambre particulière avec nuitée		50€/jour	70€/jour	100€/jour	Durée illimitée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique. Durée limitée à 60 jours/année civile en Soins de Suite et de Réadaptation et Psychiatrie.
Chambre particulière en ambulatoire		15€/jour	15€/jour	15€/jour	
Frais accompagnant enfant moins de 16 ans		15€/jour	20€/jour	30€/jour	
SOINS COURANTS					
HONORAIRES MÉDICAUX					
Consultations et visites (généralistes et spécialistes)	Médecins adhérents aux DPTM	125%	200%	250%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	105%	180%	200%	
Radiologie	Médecins adhérents aux DPTM	125%	150%	200%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	105%	130%	180%	
HONORAIRES PARAMÉDICAUX					
Frais d'honoraires auxiliaires médicaux		125%	150%	250%	
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE					
Analyses médicales	Médecins adhérents aux DPTM	125%	150%	200%	
	Médecins non adhérents aux DPTM	105%	130%	180%	
MÉDICAMENTS					
Pharmacie remboursée par le RO (y compris homéopathie RO)		100%	100%	100%	
Vaccins et Vaccins antigrippaux		100%	100%	100%	
Contraception sur prescription		150%	150%	150%	
MATÉRIEL MÉDICAL					
Pansements, accessoires, appareillage et prothèses		150%	200%	250%	Hors appareillage dentaire et auditif.
Orthopédie		150% + 100€/an	200% + 150€/an	250% + 200€/an	
Prothèses mammaires					
Prothèses capillaires					
Prothèses oculaires					
Grand appareillage					
AUTRES FRAIS					
Frais de transport		100%	100%	100%	
Participation assuré acte médicaux > 120€		Pris en charge	Pris en charge	Pris en charge	
OPTIQUE					
EQUIPEMENTS 100% SANTÉ*					
Montures et Verres Classe A		100% PLV	100% PLV	100% PLV	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES (1)					
Montures et Verres Classe B	Verres simples (a)	160€	260€	360€	La prise en charge est limitée à un équipement tous les deux ans pour les adultes et enfants de plus de 16 ans. Sauf pour les enfants jusqu'à 15 ans ou en cas d'évolution de la vue, où un équipement par an peut être remboursé, dans la limite fixée par la garantie souscrite. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Dont une prise en charge maximale de 100€ pour la monture.
	Verres simples, multifocaux ou progressifs (b)	240€	390€	540€	
	Verres simples et unifocaux (c)	320€	520€	700€	
	Verres simples, multifocaux ou progressifs forte correction (d)	200€	352€	450€	
	Verres simples, multifocaux ou progressifs et multifocaux ou progressifs forte correction (e)(f)	320€	520€	720€	
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE (POUR LES VERRES CLASSE A OU CLASSE B)					
Adaptation de la correction visuelle		100% PLV	100% PLV	100% PLV	
Appairage (hors verres classe B)		100% PLV	100% PLV	100% PLV	
Verres avec filtre		100% PLV	100% PLV	100% PLV	
Autres suppléments		100% TM	100% TM	100% TM	
AUTRES					
Lentilles remboursées par le RO		100% + 50€/an	100% + 100€/an	100% + 150€/an	
Lentilles non remboursées par le RO		100€/an	150€/an	200€/an	
Chirurgie réfractive		200€/oeil	300€/oeil	400€/oeil	
DENTAIRE					
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*					
Soins et prothèses dentaires		100% HLF	100% HLF	100% HLF	
PROTHÈSES					
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres prises en charge par le RO		200%	300%	400%	Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé. Inlays-core inclus.
Prothèses non prises en charge par le RO		100€	200€	200€	Par prothèse.
SOINS					
Soins dentaires		100%	150%	200%	Inlay-onlay inclus
AUTRES					
Orthodontie prise en charge par le RO		200%	300%	300%	
Orthodontie non prise en charge par le RO		200€/an	200€/an	200€/an	
Parodontologie		100€/an	100€/an	200€/an	
Implantologie		150€/Implant	250€/Implant	400€/Implant	3 implants par an

# GARANTIE CD78 + CD78 CONFORT - CD78 PLUS

	RO + RC SOCLE	RO + RC CONFORT	RO + RC PLUS	
<b>AIDES AUDITIVES</b>				
<b>EQUIPEMENTS 100% SANTÉ*</b>				
Classe I par oreille	100% PLV	100% PLV	100% PLV	A partir du 1er Janvier 2021, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
<b>AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES</b>				
Classe II par oreille	100% + 350€	100% + 600€	100% + 850€	A partir du 1er Janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1 700€ par prothèse et à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
<b>AUTRES</b>				
Forfait entretien prothèse auditive	100% BR	100% BR	100% BR	Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale
<b>TRANSPORT</b>				
Frais de transport	100%	100%	100%	
<b>CURES</b>				
<b>CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO</b>				
Honoraires, Frais d'établissement, Transport	100% + 60€	100% + 60€	100% + 150€	
<b>AUTRES INDEMNITES</b>				
<b>OBSÈQUES</b>				
Allocation frais d'obsèques	200€	400€	600€	Se reporter aux conditions générales de la garantie souscrite
<b>MATERNITÉ</b>				
Allocation maternité	100€	150€	200€	Se reporter aux conditions générales de la garantie souscrite
<b>PREVENTION ET BIEN ETRE</b>				
Actes de prévention remboursés par le RO	100%	100%	100%	Scellement des puits, sillons et fissures (enfants de moins de 14 ans), détartrage annuel complet, bilan du langage (enfant de moins de 14 ans), dépistage hépatite B, dépistage trouble de l'audition (personne de plus de 50 ans), ostéodensitométrie (personne de plus de 50 ans), Vaccins (sur liste), orthopédie.
Dépistage et actes de prévention non remboursés (par an)	100€/an	125€/an	150€/an	Contraception, ostéodensitométrie, vaccins non remboursés, automédication, médicament prescrit et non remboursés.
Médecines douces (forfait annuel, 25€/séance)	100€/an	125€/an	150€/an	Acupuncture, chiropractie, étiopathie, mésothérapie, micro-kinésithérapie, ostéopathie, réflexologie, diététique, homéopathie, psychologie.
Substituts nicotiniques pris en charge par le RO	150€/an	150€/an	150€/an	
<b>SERVICES ET ACCOMPAGNEMENT</b>				
Assistance - 24h/24, 7j/7 : Aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalisé vie quotidienne...	OUI	OUI	OUI	Se reporter aux conditions générales et particulières Assistance.
Téléconsultation	OUI	OUI	OUI	Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...). Voir notice d'information.

RO : Régime Obligatoire - RC : Régime Complémentaire - DPTM: Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée - PLV: Prix limite de vente - BR : Base de remboursement - PMSS : Plafond mensuel Sécurité Sociale - HLF: Honoraire limite de facturation FR: Frais réels

(I) a) Equipements à :

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

Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)

c) Equipements à :

- verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries;
- ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
- ou à 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 ;
- ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.

Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)

e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)

f) Equipements à :

- verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;
- ou à 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 ;
- ou à 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 ;
- ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

\*Tels que définis réglementairement.

Pour le détail, se référer à la notice d'information ou au contrat.

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite.

Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables.

Les remboursements sont effectués dans la limite des frais engagés et pour les montants déclarés à la Sécurité Sociale.

Sont ainsi exclus des remboursements accordés par la Mutuelle VIASANTÉ au titre de la garantie:

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la sécurité sociale et L111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1er janvier 2016.

VIASANTÉ Mutuelle, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le n° SIREN 777 927 120 Siège social : VIASANTÉ Mutuelle  
104-110, boulevard Haussmann - 75008 PARIS - Assureur

# VIASSISTANCE

LE SERVICE D'ASSISTANCE SANTÉ DE VOTRE MUTUELLE

➤ Mise en oeuvre des prestations .....	P. 2
➤ Résumé des prestations et prises en charge .....	P. 2
➤ Définitions .....	P. 3
➤ Conditions d'exécution des prestations .....	P. 3
➤ Prestations .....	P. 3
➤ Responsabilité .....	P. 6
➤ Exclusions générales .....	P. 6
➤ Modalités d'examen des réclamations .....	P. 6
➤ Protection des données à caractère personnel ...	P. 6
➤ Autorité de contrôle .....	P. 7
➤ Loi applicable - Langue utilisée .....	P. 7

# 1 Mise en oeuvre des prestations

Mondial Assistance est accessible 24 heures/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires.

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations doit obligatoirement être formulée directement par le Bénéficiaire ou ses Proches auprès de Mondial Assistance par téléphone aux numéros suivants :

- de France 01 40 25 59 05
- de l'étranger +33 1 40 25 59 05 (appel non surtaxé)
- accès sourds & malentendants <https://accessibilite.votreassistance.fr>

en indiquant :

- Le nom VIASANTÉ Mutuelle et le numéro du contrat souscrit : **921810**,
- Les nom et prénom du Bénéficiaire,
- L'adresse exacte du Bénéficiaire,
- Le numéro de téléphone auquel le Bénéficiaire peut être joint.

Un numéro de dossier d'assistance, à rappeler lors de toute relation avec Mondial Assistance, sera communiqué au Bénéficiaire.

Mondial Assistance se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation,...). Ce justificatif sera adressé au médecin Mondial Assistance qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi ledit justificatif.

**LES PRESTATIONS QUI N'ONT PAS ÉTÉ DEMANDÉES PRÉALABLEMENT ET QUI N'ONT PAS ÉTÉ ORGANISÉES PAR MONDIAL ASSISTANCE NE DONNENT PAS DROIT À REMBOURSEMENT NI À INDEMNITÉ COMPENSATOIRE.**

## 2 Résumé des prestations et prises en charge

### EN CAS D'URGENCE À DOMICILE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Soutien pratique	Illimitée.
Informations médicales	Illimitée.
Recherche d'un médecin	Communication des coordonnées sans prise en charge.
Recherche d'une infirmière	Communication des coordonnées sans prise en charge.
Mise en relation avec un ambulancier	Mise en relation, sans prise en charge.
Livraison en urgence de médicaments	Coût de la livraison.

### HOSPITALISATION IMPRÉVUE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
<b>Dès le 1er jour d'hospitalisation</b>	
<b>Assistance aux Enfants</b> a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé <b>ou</b> b. Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche <b>ou</b> c. Conduite à l'école des Enfants <b>ou</b> d. Garde au Domicile des Enfants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. <b>ou</b> c. 300€ TTC maximum. <b>ou</b> d. 30 heures maximum par période d'Hospitalisation.
<b>Assistance aux Ascendants dépendants</b> a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire hospitalisé <b>ou</b> b. Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche <b>ou</b> c. Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. <b>ou</b> c. 20 heures maximum par période d'Hospitalisation.

### HOSPITALISATION IMPRÉVUE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
<b>En cas d'hospitalisation de plus de 2 jours</b>	
Transfert d'un Proche	- Transport aller et retour : frais réels ; - Hébergement : 50€ TTC par nuit dans la limite de 2 nuits.
Aide à Domicile	Dans la limite de 10 heures réparties sur une semaine maximum.
Garde des Animaux de compagnie	Chez un professionnel : 230€ TTC maximum par période d'Hospitalisation. <b>ou</b> Chez un Proche : dans un rayon de 100 km.

## CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE AMBULATOIRE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Aide à Domicile	30 heures maximum réparties sur la durée du traitement quel que soit le nombre de protocoles et de séances.

## MATERNITÉ

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Service d'informations-Prévention	Illimitée.
Auxiliaire de puériculture	2 heures maximum dans la semaine qui suit la sortie de maternité de la Bénéficiaire.
Accompagnement « baby blues »	3 entretiens téléphoniques maximum.
Aide à Domicile en cas de naissances multiples	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés qui suivent la sortie de la maternité de la Bénéficiaire.

## ASSISTANCE POUR LES ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
a. Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent <b>ou</b> b. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire	Garde : 30 heures maximum par période d'Immobilisation. <b>ou</b> Transfert : Transport aller/retour : frais réels.
Aide pédagogique de l'Enfant	15 heures maximum par semaine
<b>En cas d'arrêt de travail de la nounou</b>	
Garde à Domicile des Enfants <b>OU</b> Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire <b>OU</b> Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche	Garde : 10 heures maximum par jour dans la limite de 2 jours consécutifs. <b>OU</b> Transfert : Transport aller et retour : frais réels.

## GRAVE ACCIDENT OU MALADIE OU DÉCÈS

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Conseil social	Illimitée.
Accompagnement psychologique	3 entretiens téléphoniques maximum.

## DÉCÈS

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
<b>En cas de décès du Bénéficiaire – Assistance aux autres membres de la famille</b>	
<b>Assistance aux Enfants</b> a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire décédé <b>ou</b> b. Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche <b>ou</b> c. Conduite à l'école des Enfants <b>ou</b> d. Garde au Domicile des Enfants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. <b>ou</b> c. 300€ TTC maximum. <b>ou</b> d. 30 heures maximum.
<b>Assistance aux Ascendants dépendants</b> a. Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire décédé <b>ou</b> b. Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche <b>ou</b> c. Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants	a. et b. Coût du Transport aller et retour : frais réels. <b>ou</b> c. 20 heures maximum.
Transfert d'un Proche	- Transport aller et retour : frais réels ; - Hébergement : 50€ TTC par nuit dans la limite de 2 nuits.
Aide à Domicile	Dans la limite de 10 heures réparties sur une semaine maximum.
Garde des Animaux de compagnie	Chez un professionnel : 230€ TTC maximum. <b>ou</b> Chez un Proche : dans un rayon de 100 km.
<b>En cas de décès d'un membre de la famille</b>	
Organisation des obsèques	Organisation sans prise en charge.

## FRAIS MÉDICAUX D'URGENCE À L'ÉTRANGER

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Frais médicaux à l'Étranger	- Remboursement des frais restant à la charge du Bénéficiaire (hors frais dentaires) : 5 000€ TTC maximum par événement garanti. - Remboursement des frais dentaires d'urgence : 45€ - Avance des frais d'hospitalisation : 5 000€ TTC maximum par événement garanti.

## AUTRES PRESTATIONS

PRESTATIONS	PRISE EN CHARGE PAR MONDIAL ASSISTANCE
Téléassistance ponctuelle à Domicile	Coût du service pour une durée de 3 mois.
Informations juridiques, administratives et pratiques	Illimitée.

## 3 Définitions

Les Parties conviennent que les termes et expressions qui commencent par une lettre majuscule auront la signification suivante :

### Bénéficiaire

Le terme « Bénéficiaire » se réfère à :

- la personne physique, ci-après dénommée le « Bénéficiaire assuré », assurée par le contrat Santé souscrit auprès de VIASANTÉ Mutuelle et comportant de l'assistance
- son Conjoint
- ses Enfants, uniquement pour les prestations « Assistance pour les Enfants ».

### Conjoint

Conjoint, partenaire de PACS ou concubin notoire du Bénéficiaire assuré, vivant habituellement sous le toit du Bénéficiaire assuré.

### Enfants

Enfants âgés de moins de 16 (seize) ans fiscalement à charge du Bénéficiaire assuré ou de son Conjoint, vivant habituellement sous le toit du Bénéficiaire assuré.

### Animaux de compagnie

Sont considérés comme animaux de compagnie uniquement les chats et chiens, à l'exclusion de tout autre animal.

Pour être couvert par les garanties, l'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires.

Sont exclus les chiens de 1<sup>re</sup> et 2<sup>nd</sup>e catégorie (article L211-12 du Code rural et de la pêche maritime).

### Accident

Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et étrangère à la volonté du Bénéficiaire.

Les intoxications alimentaires, les accidents médicaux, les entorses non répétitives consécutives à une distorsion brusque ainsi que les ruptures tendineuses consécutives à un choc subit et démontré sont assimilés à des accidents.

### Ascendant dépendant

Tout ascendant (parent, beau-parent et grand-parent du Bénéficiaire) dépendant et vivant sous le toit du Bénéficiaire assuré.

La dépendance se caractérise par des restrictions dans la réalisation des activités de la vie quotidienne et sociale, causées notamment par des troubles du comportement et/ou des atteintes physiques. La dépendance suppose une perte d'autonomie liée au grand âge et peut être partielle ou totale.

### Chimiothérapie ou Radiothérapie ambulatoire

Administration d'un traitement anti-cancer pendant quelques minutes ou quelques heures dans un hôpital de jour, à la suite de laquelle le patient peut rentrer chez lui.

La chimiothérapie orale prise au domicile est exclue.

### Domicile

Lieu de résidence principale situé en France métropolitaine et dont l'adresse figure sur le dernier avis d'imposition sur le revenu.

### Frais médicaux d'urgence à l'étranger

Frais pharmaceutiques, chirurgicaux, de consultation et d'Hospitalisation, prescrits par une autorité médicale compétente, consécutifs à un Accident ou une Maladie.

### Hébergement

Frais d'hôtel (petit déjeuner compris) à l'exclusion de tout autre frais notamment de restauration, de boisson et de pourboires.

### Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement de soins privé ou public, ou tout séjour dans un centre spécialisé (centre de réadaptation, rééducation...), consécutifs à un accident ou une maladie imprévue, à l'exclusion des hospitalisations de jour, des hospitalisations planifiées, des hospitalisations à domicile et des séances de chimiothérapie et radiothérapie faites à l'hôpital, sauf mention contraire. Mondial Assistance se réserve le droit de demander un bulletin confirmant l'Hospitalisation avant de mettre en œuvre les prestations d'assistance.

### Immobilisation à Domicile

Toute incapacité physique à se déplacer, ou à effectuer les tâches ménagères habituelles aisément consécutive à un accident ou à une maladie et survenant inopinément, constatée par un médecin et nécessitant le repos au domicile prescrit par un médecin.

### Maladie

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital.

### Membre de la famille

Bénéficiaire assuré, son Conjoint, leurs Enfants et ses Ascendants dépendants.

### Prestataire

Prestataire de services professionnel référencé par Mondial Assistance.

### Proche

Toute personne physique, membre de la famille ou non, résidant en France métropolitaine et désignée par le Bénéficiaire.

### Transport

Tout déplacement non médicalisé s'effectuant par :

- train en 1<sup>ère</sup> classe sauf mention contraire,
- avion en classe économique,
- véhicule de location,
- taxi (uniquement pour des distances inférieures à 50 km).

## 4 Conditions d'exécution des prestations

### DUREE DE VALIDITE

Les prestations sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat d'assurance du Bénéficiaire souscrit auprès de VIASANTÉ Mutuelle et de l'accord liant VIASANTÉ Mutuelle et Fragonard Assurances pour la délivrance de ces prestations.

### EVENEMENT GARANTI

Les prestations sont délivrées en cas de survenance de l'un des événements suivants :

- Accident
- Maladie
- Décès

### TERRITORIALITE

- La prestation « Frais médicaux à l'Etranger » est accordée pour des événements garantis survenus lors de déplacements privés n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs dans le Monde Entier à l'exception de la Corée du Nord et des pays non couverts.

La liste, mise à jour, de l'ensemble des Pays non couverts est disponible sur le site de Mondial Assistance à l'adresse suivante : <http://paysexclus.votreassistance.fr>

- Toutes les autres prestations de la Convention sont accordées uniquement pour des événements garantis survenus en France métropolitaine.

## 5 Prestations

### 5.1. En cas d'urgence à Domicile

#### 5.1.1. Soutien pratique

En cas d'urgence, le Bénéficiaire prend contact en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il peut avoir besoin :

- coordonnées des services d'urgence (SAMU, pompier, centre anti-poison ...)
- structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- démarches administratives à entreprendre : déclaration à la police, à la Sécurité Sociale, à l'assureur
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?)
- comment porter plainte ?
- à qui s'adresser en cas de litige, comment se défendre ?
- où trouver de l'aide ?

#### 5.1.2. Informations médicales

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé. Une réponse sera apportée sous deux (2) jours ouvrés maximum.

#### a. Informations d'ordre général sur la santé

- les urgences (n° SAMU, pompier, centre anti-poison ...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : obligatoires/conseillées, risques liés à la vaccination



- les maladies du 3<sup>e</sup> / 4<sup>e</sup> âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies : ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)

#### **b. Informations spécifiques à une pathologie (ex : Parkinson, Alzheimer, autisme, allergies, sida...)**

- le traitement et les conséquences médicales de cette pathologie :
- aide dans les recherches (où se renseigner ? associations ?)
- l'évolution de la maladie
- risque de transmission aux enfants (génétiquement), risque de contagion pour l'entourage

#### **5.1.3. Recherche d'un médecin**

En l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire des numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

Dans ce cas, Mondial Assistance n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible.

De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du Bénéficiaire.

#### **5.1.4. Recherche d'une infirmière**

Sur prescription médicale et le plus près possible de l'endroit où se trouve le Bénéficiaire, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire jusqu'à cinq (5) numéros de téléphone d'infirmières diplômées d'Etat.

Mondial Assistance n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible.

La non disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de Mondial Assistance.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du Bénéficiaire.

#### **5.1.5. Mise en relation avec un ambulancier**

Sur prescription médicale, Mondial Assistance met en relation le Bénéficiaire avec un ambulancier, sans prise en charge.

L'attention du Bénéficiaire est attirée sur le fait qu'en fonction de la distance parcourue, le transport peut être plus ou moins coûteux. Le Bénéficiaire est invité à demander un devis au Prestataire avant la prestation.

Les frais de transport seront réglés directement par le Bénéficiaire au Prestataire concerné.

#### **5.1.6. Livraison en urgence de médicaments**

Les médicaments immédiatement nécessaires au Bénéficiaire et prescrits par un médecin sont livrés, sous réserve de disponibilité, au Domicile.

Le coût des médicaments reste à la charge du Bénéficiaire.

### **5.2. Durant l'Hospitalisation du Bénéficiaire**

En cas d'Hospitalisation du Bénéficiaire suite à un Accident ou à une Maladie, Mondial Assistance organise les prestations d'assistance décrites ci-dessous. La prise en charge de Mondial Assistance est limitée à une fois par Hospitalisation.

#### **5.2.1. Dès le 1er jour d'Hospitalisation**

Les prestations d'assistance sont valables dès le 1er jour d'Hospitalisation du Bénéficiaire et uniquement pendant la durée de son Hospitalisation.

Si aucun Proche n'est disponible sur place, Mondial Assistance organise et prend en charge :

##### **a. Assistance aux Enfants**

- **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper des Enfants. Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche », « Conduite à l'école des Enfants » et « Garde au Domicile des Enfants ».

- **Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Enfants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) ou d'un Prestataire pour les accompagner.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile », « Conduite à l'école des Enfants » et « Garde au Domicile des Enfants ».

- **Conduite à l'école des Enfants**

Mondial Assistance organise et prend en charge, à hauteur de 300 euros TTC maximum, le Transport des Enfants en taxi aller-retour depuis le Domicile. Les Enfants seront obligatoirement accompagnés d'un adulte désigné par le Bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile », « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » et « Garde au Domicile des Enfants ».

- **Garde au Domicile des Enfants**

La garde s'effectue dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 30 (trente) heures par période d'Hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

La prestation est rendue par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant au Domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'Enfant (à l'exclusion des soins médicaux).

Pendant ses heures de présence, l'intervenant(e) pourra accompagner les Enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extrascolaires et retourner les chercher, à condition que le déplacement se fasse sans véhicule.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile », « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » et « Conduite à l'école ».

Les prestations « Assistance aux Enfants » peuvent également être fournies en cas de séjour de plus de 8 jours de la Bénéficiaire en maternité obstétrique.

##### **b. Assistance aux Ascendants dépendants**

- **Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper des Ascendants dépendants.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche » et « Veille ou Prise en charge des Ascendants dépendants ».

- **Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche**

Mondial Assistance organise et prend en charge le transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche (Transport aller-retour) ainsi que le voyage d'un Proche (Transport aller-retour) ou d'un Prestataire pour les accompagner.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile » et « Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants ».

- **Veille ou prise en charge des Ascendants dépendants**

Mondial Assistance missionne pour un maximum de vingt (20) heures par période d'Hospitalisation :

- soit une auxiliaire de vie qui aide aux actes de la vie quotidienne (aide au lever, au coucher, toilette, repas, habillement, etc.)

- soit une personne de compagnie.

Chaque prestation dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 19h00.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les prestations « Transfert d'un Proche au Domicile » et « Transfert des Ascendants dépendants au Domicile d'un Proche ».

#### **5.2.2. En cas d'Hospitalisation de plus de 2 jours**

Si l'Hospitalisation du Bénéficiaire doit dépasser deux (2) jours et si personne ne réside à proximité de son lieu d'Hospitalisation, Mondial Assistance organise et prend en charge, les prestations définies ci-après :

##### **a. Transfert d'un Proche**

Mondial Assistance organise et prend en charge :

- le Transport aller-retour au départ de France métropolitaine, d'un Proche, afin de se rendre au chevet du Bénéficiaire hospitalisé.
- L'Hébergement du Proche, dans la limite de 50 euros TTC par nuit, avec un maximum de deux (2) nuits.

##### **b. Aide à Domicile**

Afin d'assurer le retour au Domicile du Bénéficiaire dans les meilleures conditions, Mondial Assistance organise et prend en charge, la venue d'une aide-ménagère pour un maximum de dix (10) heures pouvant être réparties sur 1 (une) semaine maximum :

- soit pendant l'Hospitalisation du Bénéficiaire,
- soit dans un délai de quinze (15) jours à compter de la date de sortie d'Hôpital du Bénéficiaire.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

La prestation « Aide à Domicile » peut également être fournie en cas de séjour du Bénéficiaire en maternité obstétrique durant plus de 8 jours.

##### **c. Garde des Animaux de compagnie**

- soit par un professionnel selon les disponibilités locales ; dans ce cas, les frais de garde, et de nourriture sont pris en charge, dans la limite de 230 euros TTC maximum, par période d'Hospitalisation
- soit par un Proche, dans un rayon maximum de 100 (cent) Km autour du lieu où se trouve l'animal ; dans ce cas les frais de transport sont pris en charge jusqu'au Domicile du Proche.

### **5.3. En cas de traitement par Chimiothérapie ou Radiothérapie ambulatoire**

#### **5.3.1. Aide à Domicile**

Afin d'assurer le retour au Domicile du Bénéficiaire dans les meilleures conditions, Mondial Assistance organise et prend en charge, la venue d'une aide-ménagère pour un maximum de 30 heures réparties sur la durée du traitement quel que soit le nombre de protocoles et de séances.

L'intervention de la prestation « aide-ménagère » doit obligatoirement être organisée dans les 48 heures qui suivent une séance de chimiothérapie ou de radiothérapie.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum 2 (deux) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.



La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

## 5.4. En cas de maternité

Pendant la grossesse de la Bénéficiaire ou après son accouchement, Mondial Assistance délivre les prestations d'assistance suivantes :

### 5.4.1. Service d'informations – Prévention

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, Mondial Assistance met en œuvre les prestations ci-après :

- **Informations relatives à la grossesse et à la petite enfance**

Mondial Assistance communique des renseignements dans les domaines suivants :

- Maternités et méthodes d'accouchement,
- Alimentation et diététique,
- Environnement social de la grossesse et de la petite enfance,
- Démarches administratives liées à la grossesse et à la maternité,
- Modes de garde et les démarches associées,
- Relations parents - enfants,
- Fiscalité, assurance et protection sociale.

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de 48 (quarante-huit) heures ouvrées.

- **Conseil santé lié à la maternité**

Mondial Assistance fournit des informations détaillées sur les pathologies affectant les femmes enceintes et les modalités de prévention envisageables ainsi que les modalités de dépistage pour chaque pathologie.

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

- **Calendrier vaccinal**

Mondial Assistance communique au Bénéficiaire, des informations sur le calendrier vaccinal : vaccins obligatoires, vaccins recommandés, modalités de la vaccination, suites prévisibles de la vaccination, etc.

### 5.4.2. Auxiliaire de puériculture

En cas de première maternité ou de naissance multiples (jumeaux, triplés ...), Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales, une auxiliaire de puériculture pour un maximum de 2 (deux) heures dans la semaine qui suit la sortie de maternité de la Bénéficiaire. L'auxiliaire de puériculture aide la Bénéficiaire dans les soins du ou des nouveau-né(s) (change, biberons, baignage) à leur retour au domicile.

### 5.4.3. Accompagnement « Baby blues »

Lorsque la Bénéficiaire est confrontée à un « baby blues » durant le mois qui suit son accouchement et que la Bénéficiaire souhaite être accompagnée pour mieux le surmonter, Mondial Assistance organise et prend en charge un Accompagnement Psychologique au cours de 3 (trois) entretiens téléphoniques maximum.

L'entretien téléphonique, mené par un professionnel qui garde une écoute neutre et attentive, permet au Bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation psychologique à laquelle il est confronté.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie régissant l'exercice de la profession de psychologue, et ne sauraient en aucun cas initier une psychothérapie par téléphone.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00. En fonction de la situation et des attentes du Bénéficiaire, un rendez-vous pourra être organisé pour le Bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son Domicile.

Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du Bénéficiaire.

### 5.4.4. Aide à Domicile en cas de naissances multiples

Mondial Assistance recherche, missionne et prend en charge la venue d'une aide-ménagère à concurrence de dix (10) heures maximum réparties sur les dix (10) jours ouvrés qui suivent la sortie de maternité de la Bénéficiaire.

Chaque prestation de l'aide-ménagère dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 à 18h00.

La prestation est rendue dans la limite des disponibilités locales par un Prestataire dont la mission consiste à réaliser de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, aide à la préparation des repas, petites courses etc.) au Domicile du Bénéficiaire.

## 5.5. Assistance pour les Enfants

### 5.5.1. Garde à Domicile de l'Enfant malade ou convalescent

Si l'Enfant est immobilisé à son Domicile pendant plus de deux (2) jours à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, Mondial Assistance organise et prend en charge :

- Soit la garde à domicile de l'Enfant pour un maximum de trente (30) heures par période d'immobilisation.

La prestation est rendue par un Prestataire dont la mission consiste à garder l'Enfant, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens.

Chaque prestation de la garde d'Enfant dure au minimum deux (2) heures et peut être fournie du lundi au samedi, hors jours fériés de 8h00 et 19h00.

- Soit le transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire (Transport aller-retour) pour s'occuper de l'Enfant.

### 5.5.2. Aide pédagogique de l'Enfant

Lorsque l'Immobilisation à Domicile de l'Enfant, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie, entraîne une absence scolaire supérieure à 14 (quatorze) jours,

Mondial Assistance organise et prend en charge l'intervention au Domicile d'un Prestataire répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe de l'Enfant.

L'aide pédagogique est accordée pour les Enfants scolarisés dans l'enseignement primaire ou secondaire uniquement.

Elle est dispensée pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi et hors jours fériés, à raison de quinze (15) heures maximum par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranches de trois (3) heures de cours au minimum dans la journée, par matière et par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'Enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire en cours.

Le délai pour la mise en œuvre de cette prestation est de deux (2) jours ouvrés minimum à compter de la demande.

Sont exclues les phobies scolaires.

### 5.5.3. En cas d'arrêt de travail de la nounou

Pendant l'Hospitalisation de plus de 24 heures ou l'Immobilisation au Domicile de plus de 2 jours suite à un Accident ou à la Maladie de la personne salariée en charge des Enfants alors que le Bénéficiaire travaille, Mondial Assistance organise et prend en charge :

- Soit la prestation « Garde à Domicile des Enfants » (décrite dans l'article 5.2.1.a), pour un maximum de dix (10) heures par jour sur deux (2) jours consécutifs au maximum.
- Soit la prestation « Transfert d'un Proche au Domicile du Bénéficiaire » décrite dans l'article 5.2.1.a.
- Soit la prestation « Transfert des Enfants au Domicile d'un Proche » décrite dans l'article 5.2.1.a.

## 5.6. En cas de grave Accident ou Maladie ou Décès du Bénéficiaire

Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

### 5.6.1. Conseil social

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, Mondial Assistance :

- informe et conseille le Bénéficiaire :
  - sur les principales prestations sociales existantes,
  - sur les conditions d'accès aux établissements spécialisés et leurs financements,
- oriente le Bénéficiaire vers les principaux organismes susceptibles d'apporter une aide financière, du service et de l'accompagnement (sécurité sociale, caisse d'allocations familiales, conseils généraux, centres communaux d'action sociale, Pôle Emploi, associations, caisse vieillesse)

### 5.6.2. Accompagnement psychologique

Une première évaluation par un psychologue clinicien est rendue par téléphone au cours de trois (3) entretiens maximum.

Si la situation nécessite une prise en charge thérapeutique, le psychologue oriente le Bénéficiaire vers des consultations en face à face avec un psychologue proche de son Domicile ou de son lieu de travail. La 1ère consultation est prise en charge par Mondial Assistance.

Le service est accessible du lundi au vendredi hors jours fériés, de 9h00 à 18h00.

Sont exclues les maladies psychologiques antérieurement avérées ou constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat.

## 5.7. Uniquement en cas de décès

Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

### 5.7.1. En cas de décès du Bénéficiaire assuré ou de son conjoint

Les autres Membres de la famille disposent d'un délai de trente (30) jours pour contacter Mondial Assistance et bénéficier des prestations suivantes :

- « Assistance aux Enfants » décrite dans l'article 5.2.1.a,
- « Assistance aux Ascendants dépendants » décrite dans l'article 5.2.1.b,
- « Transfert d'un Proche » décrite dans l'article 5.2.2.a,
- « Aide à Domicile » décrite dans l'article 5.2.2.b,
- « Garde des Animaux de compagnie » décrite dans l'article 5.2.2.c.

### 5.7.2. Organisation des obsèques

En cas de décès d'un Membre de la famille, Mondial Assistance peut se charger de coordonner l'organisation des obsèques en France métropolitaine : convoi, cérémonie religieuse, ouverture du caveau et mise en bière...

Pour ce faire, Mondial Assistance fait appel à son Prestataire habituel.

Dans ce cas, un devis envoyé aux autres Membres de la famille pour accord préalable doit être approuvé par les autres Membres de la famille.

Tous les frais sont à la charge des Membres de la famille.

## 5.8. Frais médicaux d'urgence à l'Etranger

Lorsque le Bénéficiaire est victime d'un Accident ou d'une Maladie survenu lors d'un déplacement privé n'excédant pas quatre-vingt-dix (90) jours consécutifs à l'étranger, Mondial Assistance propose les prestations suivantes :

- Remboursement des Frais médicaux d'urgence à l'étranger sur prescription médicale restant à la charge du Bénéficiaire après intervention des organismes de sécurité sociale, d'assurance maladie complémentaire ou de prévoyance auxquels le Bénéficiaire est affilié.

Les remboursements de Mondial Assistance s'effectuent dans la limite de cinq mille (5000) euros TTC par Evénement garanti.

Le remboursement des soins dentaires est quant à lui limité à quarante-cinq (45) euros TTC.

Une franchise de quinze (15) euros TTC s'applique au remboursement des frais médicaux et dentaires.

Pour bénéficier de cette prestation, le Bénéficiaire doit relever obligatoirement d'un régime primaire d'assurance maladie le couvrant au titre des Frais médicaux d'urgence à l'étranger, pendant toute la durée du voyage.

- Mondial Assistance peut également procéder à l'avance des frais d'Hospitalisation imprévus et urgents, après accord de son service médical, dans la limite de cinq mille (5000) euros TTC par Événement garanti.

Dans ce cas, le Bénéficiaire s'engage à rembourser cette avance à Mondial Assistance dans un délai de trois (3) mois à compter de la date de mise à disposition des fonds. Passé ce délai, Mondial Assistance sera en droit d'exiger, outre le montant de l'avance consentie, les frais et les intérêts légaux.

Cette avance est subordonnée à l'établissement d'un formulaire de reconnaissance de dette.

Ne donnent pas lieu à prise en charge complémentaire ou à l'avance de frais :

- les frais d'implant, de prothèses internes, optiques, dentaires, acoustiques, fonctionnelles, esthétiques ou autres, ainsi que les frais d'appareillage,
- les frais engagés en France métropolitaine et dans les Départements d'outre-mer, qu'ils soient consécutifs ou non à un Accident de la vie survenu en France ou à l'étranger,
- les frais de vaccination,
- les frais résultant de soins ou de traitements dont le caractère thérapeutique n'est pas reconnu par la législation française,
- les frais de rééducation, de cure thermique ou de séjour en maison de repos, ainsi que les frais de soins ou traitements ne résultant pas d'une urgence médicale.

## 5.9. Autres prestations

### 5.9.1. Téléassistance ponctuelle à Domicile

Si le Bénéficiaire est âgé de plus de 75 ans et se trouve isolé pendant sa convalescence après une Hospitalisation de plus de deux (2) jours, Mondial Assistance propose l'installation gratuite à son Domicile et la prise en charge d'un dispositif de téléassistance pendant trois (3) mois.

Le dispositif de téléassistance au Domicile composé d'un appareil de télécommunication automatique et d'un service d'écoute permet au Bénéficiaire, en cas de besoin, de lancer une alerte de n'importe quel endroit du Domicile et d'être immédiatement pris en charge par un Prestataire spécialisé qui mobilisera les moyens adaptés pour lui venir en aide.

La mise en place du dispositif de téléassistance nécessite la collecte d'informations à caractère personnel et l'installation du matériel d'interphonie.

### 5.9.2. Informations juridiques, administratives et pratiques

Sur simple appel téléphonique du lundi au samedi, hors jours fériés, de 8h00 à 20h00, Mondial Assistance communique au Bénéficiaire des informations et conseille le Bénéficiaire dans les domaines suivants :

- Informations juridiques : Fiscalité, justice, défense recours, assurance, travail, protection sociale, retraite, famille, mariage, divorce, succession ;
- Information sur les démarches administratives à effectuer ;
- Informations pratiques : informations loisirs ...

En aucun cas les renseignements fournis ne feront l'objet d'une confirmation écrite. Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Mondial Assistance s'engage à répondre dans un délai de quarante-huit (48) heures ouvrées.

Mondial Assistance peut fournir des renseignements d'ordre juridique ; en aucun cas elle ne donne de consultation juridique.

Les informations fournies par Mondial Assistance exclusivement par téléphone sont des renseignements à caractère documentaire. La responsabilité de Mondial Assistance ne pourra être recherchée dans le cas d'une utilisation ou interprétation erronée des renseignements communiqués.

## 6 Responsabilité

Mondial Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le Bénéficiaire ou ses Proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

Mondial Assistance ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, instabilité politique notoire, représailles, embargos, sanctions économiques (récapitulatif des mesures restrictives par pays disponible sur le site internet du Ministère de l'Économie et des Finances : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Ressources/sanctions-financieres-internationales>), mouvements populaires, émeutes, sabotage, terrorisme, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au Bénéficiaire.

L'organisation par le Bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la Convention ne peut donner lieu à remboursement que si Mondial Assistance a été prévenue et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que Mondial Assistance aurait engagés pour organiser la prestation.

La responsabilité de Mondial Assistance ne concerne que les services qu'elle réalise en exécution de la Convention. Elle ne sera pas tenue responsable :

- des actes réalisés par les Prestataires intervenant auprès du Bénéficiaire en leur propre nom et sous leur propre responsabilité ;

- de l'inexécution ou de la mauvaise exécution de leurs obligations contractuelles consécutive à un cas de force majeure.

## 7 Exclusions générales

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire

Outre les exclusions prévues dans la Convention, sont toujours exclus :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- le suicide ou les conséquences de tentative de suicide du Bénéficiaire,
- les dommages consécutifs à la consommation d'alcool par le Bénéficiaire et/ou l'absorption par le Bénéficiaire de médicaments, drogues ou stupéfiants, non prescrits médicalement,
- les conséquences :

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents radioactifs,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques

rémanents, qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou locales,

- les dommages provoqués intentionnellement par un Bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense,
- les conséquences :

- de maladies et accidents antérieurs à la date d'effet du contrat,
- de maladies psychologiques antérieurement diagnostiquées/avérées/constituées ou en cours de traitement à la date d'effet du contrat,
- des affections de longue durée, de maladies chroniques ou de l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées,

- les dommages résultant de soins d'ordre esthétique (y compris chirurgie esthétique).

## 8 Modalités d'examen des réclamations

Lorsqu'un Bénéficiaire est mécontent du traitement de sa demande, sa première démarche doit être d'en informer son interlocuteur habituel pour que la nature de son insatisfaction soit comprise et que des solutions soient recherchées.

En cas de désaccord sur les solutions proposées, le Bénéficiaire peut adresser une réclamation à l'adresse électronique suivante :

[reclamation@votreassistance.fr](mailto:reclamation@votreassistance.fr)

(ou envoyer un courrier à l'adresse : AWP FRANCE SAS,  
Service Réclamations, TSA 70002 - 93488 Saint Ouen Cedex.)

Un accusé de réception parviendra au Bénéficiaire dans les dix (10) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à sa réclamation lui est transmise dans ces délais. Une réponse lui sera fournie au plus tard dans les deux (2) mois suivant la date de réception de sa réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont Fragonard Assurances le tiendrait informé.

Si le désaccord persiste après la réponse de Fragonard Assurances ayant procédé à un dernier examen de sa demande épuisant les voies de recours interne, le Bénéficiaire peut aller saisir le médiateur indépendant dont les coordonnées sont les suivantes :

La Médiation de l'Assurance  
<http://www.mediation-assurance.org>

LMA  
TSA 50110  
75441 Paris Cedex 09

Fragonard Assurances, entreprise adhérente de La Médiation de l'Assurance propose un dispositif permettant aux Bénéficiaires et aux tiers de bénéficier d'une procédure de médiation pour le règlement de leurs litiges. Ce dispositif est défini par la Charte de la Médiation de l'Assurance.

## Protection des données à caractère personnel

Le traitement de données à caractère personnel est régi par la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée le 20 juin 2018 et le Règlement UE 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.

Fragonard Assurances et AWP France SAS sont les responsables du traitement des données à caractère personnel, recueillies en vue de la passation, la gestion et l'exécution des contrats.

Ces données sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution du contrat et conformément aux dispositions relatives à la prescription. Elles sont destinées aux gestionnaires des prestations d'assistance et sont susceptibles d'être communiquées à des sous-traitants, situés dans ou hors de l'Union Européenne.

Conformément à la législation et réglementation applicables en matière de protection des données le Bénéficiaire peut exercer son droit d'accès aux données le concernant et les faire rectifier en contactant : [informations-personnelles@votreassistance.fr](mailto:informations-personnelles@votreassistance.fr).

Le Bénéficiaire est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel » sur laquelle il peut s'inscrire : <https://conso.bloctel.fr/>.

Pour plus d'informations, il est possible de consulter la Déclaration de confidentialité expliquant notamment comment et pourquoi sont collectées les données personnelles. Sa version la plus récente est remise au Bénéficiaire lors de la souscription du contrat (c.f à la fin du présent livret).

Dans le cadre de sa politique de maîtrise des risques et de la lutte anti-fraude, AWP France SAS se réserve le droit de procéder à tout contrôle des informations et de saisir, si nécessaire, les autorités compétentes conformément à la législation en vigueur.

## Autorité de contrôle

Les entreprises qui accordent les prestations prévues par la Convention sont soumises au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, sise au 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - <https://acpr.banque-france.fr>

## Loi applicable - Langue utilisée

La Convention est régie par la loi française.

La langue utilisée pour l'exécution de la Convention est le français.

**FRAGONARD ASSURANCES - Assureur**

SA au capital de 37 207 660,00 €

479 065 351 RCS Paris

Siège social : 2, rue Fragonard - 75017 Paris

Entreprise régie par le Code des assurances  
sont mises en œuvre par :

**AWP FRANCE SAS - Gestionnaire**

SAS au capital de 7 584 076,86 €

490 381 753 RCS Paris

Siège social : 7, rue Dora Maar - CS 60001 - 93488 Saint-Ouen Cedex

Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669

<http://www.orias.fr/>

Précédemment dénommée "Mondial Assistance".

**VIASANTÉ Mutuelle - Distributeur**

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité  
immatriculée sous le n°SIREN 777 927 120.

Siège social : VIASANTÉ Mutuelle 14-16, boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

**VIASANTÉ Mutuelle :**

Mutuelle soumise aux dispositions  
du Livre II du Code de la Mutualité  
immatriculée sous le n°SIREN 777 927 120.

Siège social : 14-16, boulevard Malesherbes  
75008 PARIS.

KG / 20210126

[www.viasante.fr](http://www.viasante.fr)



**viasanté**  
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE

**STATUTS  
2022**

# MUTUELLE

- TITRE I - Formation, objet et composition  
de la mutuelle .....P. 2 à 4
- TITRE II - Administration de la Mutuelle .....P. 4 à 8
- TITRE III - Dispositions diverses .....P. 8

# TITRE I - Formation, objet et composition de la mutuelle

## CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

### Art. 1 - Dénomination

Il est constitué une mutuelle dénommée VIASANTÉ Mutuelle, ci-après désignée « la Mutuelle », personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité et immatriculée auprès du Secrétaire général du Conseil supérieur de la mutualité sous le n° SIREN 777 927 120.

### Art. 2 - Siège

Le siège de la Mutuelle est situé : 14-16 boulevard Malesherbes - 75008 PARIS.

### Art. 3 - Objet

La Mutuelle mène, au moyen des cotisations versées par ses membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de ses membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie notamment en réalisant les opérations d'assurance prévues à l'article R. 211-2 du code de la mutualité et classées dans les branches d'activité suivantes :

1. Accidents
2. Maladie
20. Vie décès
21. Nuptialité-natalité

La Mutuelle a pour objet :

- de réaliser les opérations d'assurance suivantes :
  - couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie,
  - contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine,
  - verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants,
- d'accepter les opérations ci-dessus en réassurance,
- de participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 611-3, L. 611-20, du code de la Sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30, L. 741-23, L. 741-25 à L. 742-3 du code rural et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'état ou d'autres collectivités publiques,
- d'assurer, à titre accessoire, la prévention des risques de dommages corporels,
- de mettre en œuvre, à titre accessoire, une action sociale.

Elle peut, à la demande d'autres mutuelles, mettre à disposition de ces dernières des services dans les conditions définies au règlement mutualiste. La Mutuelle peut, conformément aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, se substituer à d'autres mutuelles ou à des unions de mutuelles, sur leur demande, pour la délivrance de leurs engagements.

Elle peut conclure des contrats de coassurance dans les conditions définies par le code de la mutualité.

La Mutuelle est autorisée, dans les conditions déterminées par l'article L. 116-1 du code de la mutualité, à présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance.

Elle peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance.

La Mutuelle peut également céder en réassurance, à tout organisme autorisé à pratiquer cette activité, quel que soit son statut juridique, tout ou partie des risques qu'elle couvre ou des avantages qu'elle constitue. Il appartient au Conseil d'administration de valider la conclusion de traités de réassurance auprès d'un réassureur non assujéti au code de la mutualité.

La Mutuelle peut déléguer totalement ou partiellement la gestion de contrats collectifs ; les principes de cette délégation seront déterminés par l'Assemblée générale. Elle peut également déléguer partiellement la gestion de ses opérations individuelles et assurer la gestion pour le compte d'autres organismes d'assurance.

Elle peut adhérer à une union de groupe mutualiste au sens de l'article L. 111-4-1 du code de la mutualité, ou à une union mutualiste de groupe, à un groupement paritaire de prévoyance ou s'affilier à une société de groupe d'assurance mutuelle.

**La Mutuelle peut, conformément à l'article L. 931-2-2 du code de la Sécurité sociale, s'affilier à une société de groupe assurantiel de protection sociale sous réserve qu'elle ne soit pas déjà affiliée à une société de groupe d'assurance définie à l'article L. 322-1-2 du code des assurances, à une union mutualiste de groupe définie à l'article L. 111-4-2 du code de la mutualité ou à une autre société de groupe assurantiel de protection sociale.**

### Art. 4 - Le mécanisme de la substitution

Conformément à l'article L. 211-5 du code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle peut conclure en tant que mutuelle substituante une convention de substitution avec des unions ou mutuelles substituées. Dans ce cas, il s'agit d'opérations directes de la mutuelle substituante. La substitution s'étend à l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la mutuelle ou l'union substituée et est assurée par la mutuelle substituante unique. La mutuelle substituante donne aux mutuelles ou unions substituées leur caution solidaire pour l'ensemble de leurs engagements financiers et charges, y compris non assurantiels vis-à-vis de l'ensemble des bénéficiaires. À ce titre, la mutuelle substituante exerce un pouvoir de contrôle sur la mutuelle ou union substituée, y compris en ce qui concerne leur gestion qui comporte a minima une autorisation préalable

du Conseil d'administration de la mutuelle substituante pour la fixation des prestations et des cotisations, pour la désignation du dirigeant opérationnel si la mutuelle ou union substituée relève du régime dit « Solvabilité II » au sens de l'article L. 211-10 du code de la mutualité, pour la politique salariale et de recrutement, pour les plans de sauvegarde de l'emploi, pour la conclusion de contrats d'externalisation de prestations, pour la conclusion par la mutuelle ou union substituée d'opérations d'acquisition ou de cession d'immeubles par nature, d'acquisition ou de cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, de constitution de sûretés et d'octroi de cautions, avals ou garanties.

En cas de carence de la mutuelle ou de l'union substituée pour fixer ces paramètres, ils sont déterminés par la mutuelle substituante.

### Art. 5 - Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'administration qui précise les modalités d'application des présents statuts et qui est approuvé par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.

### Art. 6 - Respect de l'objet des Mutuelles

Les instances dirigeantes de la Mutuelle s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de la mutualité définis à l'article L. 111-1 du code de la mutualité.

### Art. 7 - Protection des données à caractère personnel

#### Comment et pourquoi utilisées vos données ?

Vos données à caractère personnel sont collectées et traitées par VIASANTÉ Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre contrat, ainsi nous utilisons :

- Des données relatives à votre âge, votre situation familiale et professionnelle, à votre santé. Ces données sont nécessaires à l'étude de vos besoins et de votre profil afin de vous proposer des produits et services adaptés ;
- De vos coordonnées de contact, votre Numéro d'Inscription au Répertoire\* (NIR) et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés ;

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre nos intérêts légitimes de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- La réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de complémentaire santé, individuelle ou collective ;
- La mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- La lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;

Elles sont enfin traitées pour satisfaire à nos obligations légales et réglementaires, notamment :

- La lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- Les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.

Nous pouvons être amenés à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse de vos données, notamment pour répondre à nos obligations de conseil, de déterminer les garanties, les placements ou les prestations et de vous proposer des contrats et services adaptés.

Les données nécessaires à la gestion de votre contrat et des services associés sont conservées pendant la durée de votre contrat et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée de votre contrat et pour une durée de 3 ans après la fin de votre contrat ou après le dernier contact émanant de votre part.

Les informations présentées comme obligatoires sont nécessaires à la bonne exécution de votre contrat, leur absence pourrait entraîner la nullité de ce dernier.

Dans le cadre de ces traitements, vos données sont transmises aux services en relation avec vous et vos ayants droit, aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, intermédiaires d'assurance, réassureurs, qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées et, enfin, aux administrations et autorités publiques concernées.

#### Quels sont vos droits et comment les exercer ?

Vous disposez du droit de demander l'accès aux données vous concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Vous pouvez aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou vous opposer à sa mise en œuvre. Enfin, vous avez la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont vous entendez que soient exercés ces droits, après votre décès.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité (sauf si les éléments communiqués dans le cadre de votre demande permettent de vous identifier de façon certaine) à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr



Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.**

Nous apportons la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins si vous considérez que le traitement des données vous concernant porte atteinte à vos droits vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : [www.viasante.fr](http://www.viasante.fr).

\* NIR : Numéro de Sécurité sociale

## CHAPITRE II CONDITIONS D'ADHÉSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

### Section 1 – Conditions d'adhésion

#### Art. 8 - Catégories de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires dans les conditions définies aux règlements mutualistes.

Les membres participants sont les personnes physiques qui, par le versement d'une cotisation, bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

**Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.**

Concernant les opérations individuelles, les ayants droit des membres participants sont :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS),
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation de droits délivrée par la Sécurité sociale au membre participant ou à son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (enfants scolarisés dans un établissement d'études secondaires, étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis percevant une rémunération mensuelle brute inférieure à 60% du SMIC),
- La personne qui vit avec un membre participant et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve.

Concernant les opérations collectives, la définition des ayants droit est :

- celle retenue par le contrat collectif,
- à défaut, celle précisée ci-dessus.

Les ayants droit de moins de 26 ans doivent cotiser isolément comme membre participant à compter du 1<sup>er</sup> jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant droit ou atteignent leur 26<sup>e</sup> anniversaire.

À leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être membres participants sans l'intervention de leur représentant légal.

De même, les enfants mineurs de moins de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sous réserve de l'autorisation expresse de leur représentant légal et que ce dernier soit bénéficiaire d'un contrat collectif obligatoire ne permettant pas de rattacher des ayants droit. Les membres honoraires sont les personnes physiques qui versent une cotisation ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations de la Mutuelle et des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif ainsi que les représentants des membres affiliés au travers la souscription de ces personnes morales.

Les membres sont répartis dans 3 sections de vote nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle,
- section fonction publique.

#### Art. 9 - Adhésion individuelle

Dans le cadre d'une adhésion individuelle, la qualité de membre participant est constatée par la signature du bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le règlement mutualiste.

Toute modification des statuts est portée à la connaissance de chaque membre participant.

L'adhésion en qualité de membre honoraire est subordonnée à la décision du Conseil d'administration qui peut, pour ce faire, procéder à des délégations. L'acte d'adhésion emporte acceptation des statuts et du règlement intérieur par le membre honoraire.

#### Art. 10 - Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

Dans le cadre des opérations collectives facultatives, la qualité de membre participant résulte de la signature du bulletin d'affiliation qui emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations définis au contrat conclu entre l'employeur ou la personne morale souscriptrice et la Mutuelle et de la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

II – Opérations collectives obligatoires :

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la qualité de membre participant résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion ou d'un contrat souscrit par l'employeur ou la personne morale et la Mutuelle en application de dispositions législatives, réglementaires conventionnelles, de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, d'une décision unilatérale de l'employeur de s'affilier à la Mutuelle. Elle emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, du contrat collectif conclu entre l'employeur et la Mutuelle et de la notice d'information prévue à l'article L.221-6 du code de la mutualité.

### Section 2 – Majorations de retard et exécution en justice

Lorsque l'adhésion à la Mutuelle résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, à défaut du paiement de la cotisation dans les 10 jours de son échéance, des majorations de retard à la charge exclusive de l'employeur sont appliquées par la Mutuelle. Le taux est fixé à 5% du montant de la cotisation globale non versée à la date d'exigibilité. Une majoration complémentaire de 2% par mois de retard sera également exigée.

L'exécution du contrat peut également être poursuivie en justice par la Mutuelle.

### Section 3 – Démission, radiation et exclusion

#### Art. 11 - Démission

Le membre participant pour les opérations individuelles ou pour les opérations collectives à adhésion facultative, l'employeur ou la personne morale pour les opérations collectives à adhésion obligatoire peuvent résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, **après l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou de la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification** par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

La renonciation par le membre participant à la totalité des prestations servies par la Mutuelle, entraîne la démission de la Mutuelle et la perte de sa qualité de membre participant dans les conditions et formes prévues au règlement mutualiste ou au contrat collectif.

La démission d'un membre honoraire personne physique prend effet un mois après que la Mutuelle en ait reçu notification par ce dernier par lettre recommandée avec accusé de réception.

La résiliation d'un contrat collectif par l'employeur ou la personne morale souscriptrice entraîne, le cas échéant, la démission de plein droit de la Mutuelle des membres participants rattachés au contrat et la perte de leur qualité d'adhérent, ainsi que la perte de la qualité de membre honoraire.

#### Art. 12 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts, au règlement mutualiste et aux contrats collectifs. Sont notamment radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du code de la mutualité.

#### Art. 13 - Exclusion

**Peuvent être exclus les membres qui portent volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle ou qui refusent de se soumettre à ses statuts et règlements.**

**Tout membre participant ou un de ses ayants droit pourra également être exclu en cas de :**

- Fausse déclaration intentionnelle
- Tentative de fraude ou fraude avérée qui consiste à tromper délibérément la Mutuelle pour obtenir un bénéfice illégitime en utilisant un moyen déloyal.

**En tout état de cause, peut être exclue toute personne qui aura causé un préjudice matériel ou moral à la Mutuelle, sans préjudice de toute action en restitution ou réparation.**

Pour cela, le Comité d'éthique convoque la personne dont l'exclusion est proposée par lettre recommandée avec accusé de réception pour l'entendre sur les faits qui lui sont reprochés. L'intéressé peut se faire assister par toute personne de son choix lors de l'audition.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. S'il s'abstient de s'y référer, sauf motif légitime laissé à l'appréciation de la Mutuelle, le Comité d'éthique prend acte de son absence et en informe le Conseil d'administration qui statue sur son exclusion sans autre formalité.

La décision d'exclusion est portée à la connaissance du membre participant ou de l'ayant droit par lettre recommandée avec accusé de réception en précisant la date d'effet de l'exclusion. Toute exclusion entraîne une impossibilité d'adhésion à la Mutuelle d'une durée de 24 mois à compter de la date d'effet de l'exclusion tant en qualité de membre participant que d'ayant droit.

#### Art. 14 - Conséquences de la démission, de la radiation et de l'exclusion

La démission, la radiation et l'exclusion entraînent la perte de la qualité de membre participant ou honoraire et du droit de participer aux instances de la mutuelle.

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sauf dans les hypothèses prévues à l'article L. 221-17 du code de la mutualité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ni après la décision de radiation ou d'exclusion sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

## TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

### CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

#### Section 1 – Composition, élection

##### Art. 15 - Composition de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est composée de délégués, ayant la qualité de membres participants ou de membres honoraires. Les délégués membres participants sont élus par les sections de vote définies à l'article 8 des présents statuts. Les délégués membres honoraires sont désignés et représentent d'une part les personnes morales souscriptrices de contrats collectifs et d'autre part les représentants des membres affiliés au travers de la souscription de ces personnes morales.

##### Art. 16 - Section de vote

Les sections de vote sont les sections mentionnées à l'article 8.

##### Art. 17 - Élection des délégués

Tous les membres participants et honoraires de la mutuelle sont répartis en section de vote.

Dans chaque section de vote, les délégués à l'Assemblée générale sont élus à raison de 1 délégué pour 4 000 membres.

Chaque votant dispose d'une voix.

Les élections des délégués ont lieu à bulletins secrets par vote électronique via Internet et en cas d'impossibilité (pas d'adresse électronique) par correspondance au scrutin de listes fermées majoritaire à un tour sans panachage, sans vote préférentiel et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés. Dans l'hypothèse d'un double vote c'est à dire par correspondance et par Internet, seul le vote électronique sera pris en compte.

En cas d'égalité de voix, l'élection est acquise à la liste comportant le candidat le plus jeune.

Les délégués sont élus pour 6 ans, leurs mandats sont renouvelables.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de délégué.

#### Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale

##### Art. 18 - Convocations de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale se réunit au moins une fois par an, sur convocation du Président du Conseil d'administration. À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

1. La majorité des administrateurs composant le conseil ;
2. Les commissaires aux comptes ;
3. L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, d'office ou à la demande d'un membre-participant ;
4. Un administrateur provisoire nommé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, à la demande d'un ou plusieurs membres participants ;
5. Les liquidateurs.

À défaut d'une telle convocation, le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, peut, à la demande de tout membre de la Mutuelle, enjoindre sous astreinte aux membres du Conseil d'administration de convoquer cette assemblée ou désigner un mandataire chargé de procéder à cette convocation.

##### Art. 19 - Modalités de convocation et ordre du jour de l'Assemblée générale

L'Assemblée générale est convoquée 15 jours avant la date de sa réunion ou 6 jours en cas de 2<sup>e</sup> convocation.

La convocation est rédigée conformément aux dispositions de l'article D. 114-3 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 114-14 du code de la mutualité, la Mutuelle adresse à chacun des délégués composant l'Assemblée générale ou met à leur disposition les documents dont la liste et les modalités de remise sont fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Conformément à l'article D. 114-2 du code de la mutualité, à compter de la date de la convocation de l'Assemblée générale, une formule de vote par procuration doit être remise ou adressée aux frais de l'organisme à tout délégué qui en fait la demande.

Tout délégué, peut détenir jusqu'à 2 procurations.

L'ordre du jour des Assemblées générales est fixé par l'auteur de la convocation. Il doit être joint aux convocations. Toutefois lorsqu'un quart au moins des délégués demande l'examen d'un point, 5 jours au plus tard avant la tenue de la réunion, la question, si elle est conforme à l'objet social de la Mutuelle et aux dispositions des présents statuts, est obligatoirement soumise à l'Assemblée générale.

Le Président du Conseil d'administration doit refuser l'inscription d'un projet de résolution lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la Mutuelle.

L'Assemblée générale délibère sur les points inscrits à l'ordre du jour.

Néanmoins, elle peut en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

Est nulle toute décision prise dans une réunion de l'Assemblée générale qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée générale.

##### Art. 20 - Quorum et majorités

I - Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, le montant du fonds d'établissement, les montants ou taux de cotisation, la délégation de pouvoir prévue à l'article L. 114-11 du code de la mutualité, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, les règles générales en matière d'opérations collectives, les règles générales en matière d'opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations en application de l'article L. 114-1, la fusion, la scission, la dissolution ou la création d'une Mutuelle ou d'une union, l'Assemblée générale ne délibère valablement que si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal à la moitié du total des membres.

Si le quorum n'est pas réuni lors de la première convocation, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total de ses membres.

Les décisions de l'Assemblée générale sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

II - Pour l'exercice de ses autres attributions, l'Assemblée générale délibère valablement si le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13, est au moins égal au quart du total des membres.

Si lors de la première convocation, l'Assemblée générale n'a pas réuni le quorum fixé, l'Assemblée générale peut être à nouveau convoquée. Elle délibère valablement quel que soit le nombre de ses membres présents ou représentés ou en ayant fait usage des facultés de vote par correspondance ou par vote électronique dans les conditions prévues par l'article L. 114-13.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

#### Section 3 - Attributions de l'Assemblée générale

##### Art. 21 - Compétences

L'Assemblée générale procède à l'élection des membres du Conseil d'administration et le cas échéant à leur révocation.

L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

1. la modification des statuts,
2. les activités exercées,
3. l'existence et le montant des droits d'adhésion,
4. le montant du fonds d'établissement,
5. les montants ou les taux de cotisations lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
6. les prestations offertes lorsque cette compétence ne relève pas du Conseil d'administration conformément aux articles L. 114-1 ou L. 114-11 du code de la mutualité,
7. l'adhésion à une union ou à une fédération, la conclusion d'une convention de substitution, le retrait d'une union ou d'une fédération, la fusion avec une autre Mutuelle ou une union, la scission ou la dissolution de la Mutuelle, ainsi que la création d'une autre Mutuelle ou d'une union conformément aux articles L.111-3 et L.111-4 du code de la mutualité,
8. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession en réassurance,
9. l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés, de certificats mutualistes et d'obligations dans les conditions fixées aux articles L. 114-44 et L. 114-45 du code de la mutualité,
10. le transfert de tout ou partie du portefeuille de garanties, que la Mutuelle soit cédante ou cessionnaire,
11. le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent,
12. les comptes combinés ou consolidés de l'exercice établis conformément à l'article L.212-7 ainsi que sur le rapport de gestion du groupe établi conformément à l'article L.114-17,
13. le rapport spécial du Commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionnées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité,
14. le rapport du Conseil d'administration relatif aux transferts financiers opérés entre les Mutuelles ou unions régies par les livres II et III du code de la mutualité auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du code de la mutualité,
15. le rapport du Conseil d'administration sur les opérations d'intermédiation et de délégation de gestion,
16. le plan prévisionnel de financement prévu par l'article L. 310-4 du code de la mutualité,
17. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité,
18. les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations,

19. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale se prononce également sur :

1. la nomination des Commissaires aux comptes,
2. la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif en cas de dissolution de la Mutuelle, prononcée conformément aux dispositions des présents statuts,
3. les apports faits aux mutuelles et aux unions créées en vertu des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.
4. les principes que doivent respecter les délégations de gestions des contrats collectifs.

#### **Art. 22 - Délégation de pouvoir de l'Assemblée générale : Taux de cotisations et prestations**

Pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, l'Assemblée générale peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de cotisations et de prestations au Conseil d'administration.

Cette délégation est valable 1 an.

#### **Art. 23 - Force exécutoire des décisions de l'Assemblée générale**

Les décisions régulièrement prises par l'Assemblée générale s'imposent à la Mutuelle et à ses membres sous réserve de leur conformité à l'objet de la Mutuelle et au code de la mutualité.

Les modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux membres.

## **CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION**

### **Section 1 – Composition, élections**

#### **Art. 24 - Composition**

La Mutuelle est administrée par un Conseil d'administration de 24 membres au moins et de 47 au plus, élus parmi les membres participants ou honoraires. Le Conseil d'administration est composé pour les deux tiers au moins de membres participants, élus délégués à l'Assemblée générale.

Il appartient au Conseil d'administration de créer tout poste supplémentaire, lorsque cela lui paraît utile lors de la fusion par absorption d'une autre mutuelle.

Le Conseil d'administration ne peut être composé pour plus de la moitié d'administrateurs exerçant des fonctions d'administrateurs, de dirigeants ou d'associés d'une personne morale de droit privé à but lucratif appartenant au même groupe au sens de l'article L. 212-7 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration est composé en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes, la proportion d'administrateurs de chaque sexe ne pouvant être inférieure à 40% de la totalité des membres, dans les conditions visées à l'article L.114-16-1 du code de la mutualité.

#### **Art. 25 - Limite d'âge - Conditions d'éligibilité**

Pour être éligibles au Conseil d'administration, les membres doivent :

- être âgés de 18 ans au jour de l'élection ;
- n'avoir fait l'objet d'aucune condamnation pour les faits énumérés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité ;
- ne pas avoir exercé une fonction de salarié au sein de la Mutuelle au cours des 3 années précédant l'élection.

Le nombre d'administrateurs ayant dépassé l'âge de 70 ans, ne peut excéder le tiers des membres du Conseil d'administration.

Si cette limite était franchie, la démission de l'administrateur le plus âgé, serait constatée d'office. Lorsqu'il trouve son origine dans l'élection d'un nouvel administrateur, ce dépassement entraîne la démission d'office de l'administrateur nouvellement élu.

Une même personne ne peut appartenir simultanément à plus de 5 Conseils d'administration de mutuelles, unions et fédérations, déduction faite de ceux détenus dans les mutuelles ou unions créées en application des articles L. 111-3 et L. 111-4 du code de la mutualité.

#### **Art. 26 - Modalités de l'élection**

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale à bulletin secret, au scrutin de listes fermées sans panachage majoritaire à un tour et selon la règle de majorité relative des suffrages exprimés.

Afin de permettre aux membres de l'Assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L.114-16-1 du code de la mutualité, il est établi une ou plusieurs listes de candidats composée(s) en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes.

Chaque liste doit comporter une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe au moins égale à 40 %, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe.

En cas d'égalité des voix, priorité est donnée à la liste dont l'élection permet d'atteindre l'objectif de parité. Si l'objectif est déjà atteint ou ne peut être atteint à défaut de candidatures suffisantes, l'élection est acquise à la liste dont la moyenne d'âge est la moins élevée.

#### **Art. 27 - Durée du mandat, renouvellement, vacance, démission**

Les administrateurs sont élus par l'Assemblée générale pour une durée de 6 ans.

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu selon les mêmes modalités d'élection que celles prévues à l'article 25.

Conformément à l'article L.114-16 du code de la mutualité, il peut être procédé à la cooptation d'un administrateur par le Conseil d'administration avant la prochaine réunion de l'Assemblée générale, dans la mesure du possible dans le respect des exigences de la parité, en cas de vacance en cours de mandat liée à un, décès, à une démission, à la perte de qualité de membre participant ou honoraire, ou à la cessation du mandat en cas d'opposition à sa poursuite par l'ACPR.

Si la nomination faite par le Conseil d'administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet administrateur et les actes qu'il aurait accomplis n'en seraient pas moins valables. L'administrateur ainsi désigné achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où le nombre d'administrateurs serait inférieur à 10 du fait de plusieurs vacances, une Assemblée générale est convoquée par le Président afin de procéder à l'élection de nouveaux administrateurs.

Tout administrateur cesse ses fonctions :

- lorsqu'il perd la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle,
- lorsqu'il est atteint par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 23,
- lorsqu'il ne respecte pas les dispositions de l'article L.114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, il présente sa démission ou est déclaré démissionnaire d'office dans les conditions prévues au présent article,
- 3 mois après qu'une décision de justice définitive l'a condamné pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité,
- Par suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

La révocation d'un administrateur peut intervenir, sur vote de la majorité des membres du Conseil, en cas d'absences non justifiées consécutives à 3 réunions du Conseil d'administration.

Les règles de vacance s'appliquent en l'espèce.

### **Section 2 – Réunions du Conseil d'administration**

#### **Art. 28 - Réunions**

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation du Président au moins 3 fois par an.

Le Président du Conseil d'administration établit l'ordre du jour du Conseil et le joint à la convocation. Celle-ci doit être envoyée aux administrateurs 5 jours au moins avant la date de la réunion sauf en cas d'urgence.

Le Conseil d'administration peut se réunir par visioconférence, dans les conditions fixées par l'article L.114-20 du code de la mutualité.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent de droit aux réunions du Conseil d'administration.

Le Président peut inviter des personnes extérieures à assister aux réunions du Conseil d'administration qui délibère préalablement sur cette présence.

#### **Art. 29 - Représentation des salariés au Conseil d'administration**

Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :

- 2 représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle,
- 1 représentant des salariés du GIE AG2R.

**Les représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle sont élus pour une durée de 3 ans.**

En cas de vacance d'un poste par décès, démission, révocation, rupture du contrat de travail ou pour toute autre cause que ce soit, le poste reste vacant jusqu'aux élections suivantes.

Néanmoins, si les 2 postes des représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle deviennent vacants, alors de nouvelles élections seront organisées dans les 6 mois suivant la vacance du dernier poste.

Les modalités d'élection des représentants des salariés de VIASANTÉ Mutuelle sont définies par le règlement intérieur de la Mutuelle.

#### **Art. 30 - Quorum et majorité**

Le Conseil d'administration délibère valablement si la moitié au moins de ses membres est présente.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante conformément à l'article L. 114-20 du code de la mutualité.

**Le Conseil d'administration vote obligatoirement à bulletin secret pour l'élection du Président et des membres du Bureau ainsi que sur les propositions de délibérations qui intéressent directement un administrateur.**

Le Conseil d'administration adopte le principe de décision à majorité renforcée pour les délibérations définies au règlement intérieur.

Un procès verbal de chaque réunion est approuvé par le Conseil d'administration lors de la séance suivante.

Les délibérations du Conseil sont confidentielles.

### **Section 3 – Attributions du Conseil d'administration**

#### **Art. 31 - Compétences**

Le Conseil d'administration détermine les orientations de la Mutuelle et veille à leur application, en prenant en considération les enjeux sociaux et environnementaux de son activité.

Le Conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de la Mutuelle.

À chaque clôture d'exercice, il arrête les comptes annuels et établit le rapport de gestion qui sera présenté à l'Assemblée générale ;



À la clôture de chaque exercice, il établit les comptes consolidés ou combinés le cas échéant, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale ;  
Il approuve l'ensemble des documents prudentiels et financiers requis par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

Il est chargé de définir la politique d'action sociale de la Mutuelle à l'égard des membres participants et de veiller à sa mise en œuvre en régions.

Il établit, chaque année, après avoir eu connaissance du compte rendu de gestion que lui a adressé le délégataire, un rapport qu'il présente à l'Assemblée générale et dans lequel il rend compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion visées aux articles L. 116-1 à L. 116-3 du code de la mutualité.

Le Conseil d'administration adopte annuellement le budget de la Mutuelle. Il fixe les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière. Le Conseil d'administration peut apporter au règlement intérieur des modifications qui s'appliquent immédiatement, celles-ci étant présentées pour ratification à la plus prochaine Assemblée générale.

Il adopte et modifie les règlements des opérations individuelles dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Il rend compte devant l'Assemblée générale des décisions qu'il prend en la matière.

Dans le cadre d'une convention de substitution, le Conseil d'administration valide l'autorisation préalable afin que la Mutuelle exerce son pouvoir de contrôle et de gestion sur la mutuelle ou l'union substituée sur les activités prévues à l'article L. 211-5 du code de la mutualité.

Plus généralement, le Conseil d'administration veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation applicable aux Mutuelles.

Dans le cadre de Solvabilité II, le rôle du Conseil d'administration est renforcé :

- il nomme et met fin aux fonctions du dirigeant opérationnel;
- il approuve les conditions dans lesquelles les responsables des fonctions clés peuvent l'informer, directement et de leur propre initiative, lorsque surviennent des événements de nature à la justifier ;
- il entend, directement et de sa propre initiative, chaque fois qu'il estime nécessaire et au moins une fois par an, les responsables des fonctions clés. Cette audition peut se dérouler hors la présence du dirigeant opérationnel si les membres du Conseil d'administration l'estiment nécessaire. Le Conseil d'administration peut renvoyer cette audition devant un comité spécialisé émanant de ce conseil ;
- il approuve les politiques écrites avant leur mise en œuvre ;
- il évalue les risques dans le cadre du processus EIRS.

#### **Art. 32 - Délégation d'attributions**

Le Conseil peut confier l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et plus généralement toutes attributions qui ne lui sont pas spécialement réservées par la loi, sous sa responsabilité et son contrôle, soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs administrateurs, soit à une ou plusieurs commissions ainsi qu'au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires et selon les dispositions des présents statuts.

Il peut à tout moment retirer une ou plusieurs de ces attributions.

Il peut déléguer tout ou partie de la compétence de fixer les montants ou les taux de cotisation et les prestations des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du code de la mutualité, pour une durée maximale d'un an, au Président du Conseil d'administration ou le cas échéant au Dirigeant opérationnel mentionné à l'article L.221-14.

Le Conseil d'administration peut confier au Président, au Dirigeant opérationnel ou à un administrateur nommément désigné le pouvoir de prendre seul toutes décisions concernant la passation et l'exécution de contrats ou type de contrats qu'il détermine, à l'exception des actes de disposition. Le Président, le Dirigeant opérationnel ou l'administrateur ainsi désigné agit sous le contrôle et l'autorité du Conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

#### **Art. 33 - Les différents types de conventions**

Conformément à l'article L.114-32 du code de la mutualité, les conventions réglementées doivent être soumises à l'autorisation préalable du Conseil d'administration. Les conventions courantes autorisées sont soumises à une obligation d'information en application de l'article L.114-33 du code de la mutualité. Certaines conventions sont interdites conformément à l'article L.114-37 du code de la mutualité

### **Section 4 – Statut des administrateurs**

#### **Art. 34 - Formation des administrateurs**

Conformément à l'article L. 114-25 du code de la mutualité, les administrateurs suivent, lors de leur première année d'exercice, un programme de formation adapté à leurs fonctions et aux responsabilités mutualistes.

De plus, une formation continue est dispensée aux administrateurs pendant l'exercice de leur mandat.

#### **Art. 35 - Gratuité des fonctions d'administrateur**

Les fonctions d'administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L. 114-26 à L. 114-28 du code de la mutualité et du décret n° 2004-132 du 10 février 2004 et conformément aux dispositions prévues dans le règlement intérieur.

La mutuelle rembourse aux administrateurs les frais de déplacement, de séjour et de garde d'enfants dans les conditions mentionnées à l'article L.114-26 du code de la mutualité.

Sous réserve des dispositions de l'article L. 114-32 du code de la mutualité, il est interdit aux administrateurs de prendre ou de conserver un intérêt, direct ou indirect, dans une entreprise ayant traité avec la Mutuelle ou dans un marché passé avec celle-ci.

Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du code de la mutualité.

#### **Art. 36 - Situation et comportements interdits aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux dirigeants effectifs**

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de la Mutuelle ne peut être allouée à quelque titre que ce soit à un administrateur ou au Dirigeant opérationnel ou aux dirigeants effectifs.

Les anciens membres du Conseil d'administration ne peuvent exercer de fonctions donnant lieu à une rémunération de la Mutuelle qu'à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la fin de leur mandat.

Il est interdit aux administrateurs, au Dirigeant opérationnel et aux dirigeants effectifs de passer des conventions avec la Mutuelle ou tout organisme appartenant au même groupe dans des conditions contraires aux articles L. 114-32 et suivants du code de la mutualité.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

#### **Art. 37 - Obligations des administrateurs, du Dirigeant opérationnel et des dirigeants effectifs**

Les administrateurs, le Dirigeant opérationnel et les dirigeants effectifs veillent à accomplir leurs missions dans le respect de la loi et des présents statuts. Ils sont tenus à une obligation de réserve et de confidentialité.

Les administrateurs sont tenus de faire savoir les mandats d'administrateurs qu'ils exercent dans une autre mutuelle, une union ou une fédération. Ils informent la Mutuelle de toute modification à cet égard.

Les administrateurs, le Dirigeant opérationnel et les dirigeants effectifs sont tenus de faire connaître à la Mutuelle les sanctions, même non définitives qui viendraient à être prononcées contre eux pour l'un des faits visés à l'article L.114-21 du code de la mutualité.

#### **Art. 38 - Responsabilité**

La responsabilité civile des administrateurs est engagée individuellement ou solidairement selon les cas, envers la Mutuelle ou envers les tiers, à raison des infractions aux dispositions législatives ou réglementaires, des violations des statuts ou des fautes commises dans leur gestion selon les dispositions de l'article L. 114-29 du code de la mutualité.

### **Section 5 – Statut du mandataire mutualiste**

#### **Art. 39 - Définition du mandataire mutualiste**

Conformément à l'article L. 114-37-1 du code de la mutualité, les personnes physiques exerçant des fonctions distinctes de celles des administrateurs qui apportent à la mutuelle, union ou fédération, en dehors de tout contrat de travail, un concours personnel et bénévole, dans le cadre du mandat pour lequel elles ont été désignées ou élues conformément aux statuts, ont la qualité de mandataire mutualiste.

#### **Art. 40 - Les conditions d'exercice des mandataires mutualistes**

Ils sont désignés pour 6 ans par l'Assemblée générale ou le Conseil d'administration parmi les membres participants et/ou les membres honoraires.

La perte de la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle entraîne celle de mandataire mutualiste.

Les mandataires mutualistes peuvent être invités aux différentes instances de la mutuelle afin qu'ils apportent leur avis et expertise.

Les fonctions des mandataires mutualistes sont gratuites, cependant leurs frais de déplacement leur sont remboursés dans les mêmes limites que celles fixées pour les administrateurs.

## **CHAPITRE III - PRÉSIDENT ET BUREAU**

### **Section 1 – Élection et attributions du Président**

#### **Art. 41 - Élection et révocation**

Le Conseil d'administration élit un Président en son sein parmi les membres participants. Il peut le démettre à tout moment.

Le Président est élu pour une durée de 6 ans qui ne peut excéder celle de son mandat d'administrateur. Il est élu au cours de la première réunion du Conseil qui suit l'Assemblée générale. Il est rééligible.

#### **Art. 42 - Vacance**

En cas de décès, de démission ou de perte de la qualité de membre participant du Président, il est pourvu à son remplacement par le Conseil d'administration qui procède à une nouvelle élection. Le Conseil est convoqué immédiatement à cet effet par le Vice-président le plus âgé ou à défaut par celui des 2 autres Vice-présidents le plus âgé.

#### **Art. 43 - Attributions**

Le Président organise et dirige les travaux du Conseil d'administration dont il rend compte à l'Assemblée générale.

Il préside les réunions du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale. Le Président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier. Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées. Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle. Il veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au code de la mutualité et aux statuts. Il engage les dépenses. Il avise les commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées par le Conseil d'administration. Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés. Le Président exerce la direction effective de la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du code de la mutualité.

## Section 2 – Élection, composition du Bureau

### Art. 44 - Élection

Le Conseil d'administration constitue un Bureau. Les membres du Bureau autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour 3 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration. Ils peuvent être démis à tout moment par le Conseil d'administration. En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

### Art. 45 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

- le Président du Conseil d'administration ;
- 3 Vice-présidents ;
- un Secrétaire général ;
- un Secrétaire adjoint ;
- un Trésorier général ;
- un Trésorier adjoint,
- et au plus 7 membres.

### Art. 46 - Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle. La convocation est envoyée aux membres du Bureau 5 jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence. Le Bureau peut se réunir par visioconférence. Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions dudit Bureau qui délibère alors préalablement sur cette présence. Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

### Art. 47 - Les Vice-présidents

Les Vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs, à l'exclusion de ceux relevant de sa mission de dirigeant effectif. En cas de vacance du Président, le Vice-président le plus âgé peut remplacer provisoirement le Président dans l'attente de l'élection d'un nouveau Président. En cas d'indisponibilité du Vice-président le plus âgé, celui des 2 autres Vice-présidents le plus âgé le supplée.

### Art. 48 - Le Secrétaire général et le Secrétaire adjoint

Le Secrétaire général est responsable de la rédaction des procès verbaux des réunions statutaires et de leur conservation. Le Secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines missions qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Le Secrétaire adjoint seconde et assiste le Secrétaire général dans toutes ses fonctions. En cas de vacance du Secrétaire général, le Secrétaire adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Secrétaire général.

### Art. 49 - Le Trésorier général

Le trésorier général effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité. Le Trésorier général est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle. Il fait procéder selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il prépare et soumet à la discussion du Conseil d'administration :

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L. 114-9 du code de la mutualité ;
- les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux 2 derniers alinéas de l'article L. 114-17 du code de la mutualité ;
- un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Le Trésorier général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Le Trésorier adjoint seconde et assiste le Trésorier général dans toutes ses fonctions. En cas de vacance du Trésorier général, le Trésorier adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Trésorier général.

## CHAPITRE IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

### Art. 50 - Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président, un Délégué général, et un Dirigeant opérationnel ; il détermine leurs attributions respectives. Il peut être mis fin aux fonctions du Délégué général et du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure. Le Délégué général est le Directeur général de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE. Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent aux réunions du Conseil d'administration et du Bureau ensemble ou séparément. Ils peuvent se faire représenter lors de ces réunions par la personne de leur choix. Le Dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer. Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L114-17 du code de la mutualité. Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

## CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

### Section 1 – Produits et charges

#### Art. 51 - Les produits

Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :

- le droit d'adhésion versé, le cas échéant, par les membres dont le montant est déterminé par l'Assemblée générale,
- les cotisations des membres participants et des membres honoraires,
- les dons et les legs mobiliers et immobiliers,
- les produits résultant de l'activité de la Mutuelle,
- plus généralement, toutes autres recettes conformes aux finalités mutualistes du groupement, notamment les concours financiers, subventions, prêts.

#### Art. 52 - Les charges

Les charges comprennent notamment :

- les diverses prestations servies aux membres participants ;
- les dépenses nécessitées par l'activité de la Mutuelle ;
- les versements faits aux unions et fédérations ;
- la participation aux dépenses de fonctionnement des comités VIASANTÉ Mutuelle ;
- les cotisations versées au fonds de garantie, ainsi que le montant des souscriptions aux certificats émis par le fonds ;
- les cotisations versées au Système Fédéral de Garantie prévu à l'article L. 111-6 du code de la mutualité ;
- la redevance prévue à l'article L. 612-20 du code monétaire et financier et affectée aux ressources de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution pour l'exercice de ses missions ;
- plus généralement, toutes autres dépenses conformes aux finalités de la Mutuelle et non interdites par la loi.

#### Art. 53 - Apports et transferts financiers

En cas de création de Mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles. Tout autre transfert financier doit faire l'objet d'un rapport du Conseil d'administration à l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Il ne peut remettre en cause les exigences de solvabilité.



## Section 2 - Modes de placement et de retrait des fonds et règles de sécurité financière

### Art. 54 - Placements

Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par la Mutuelle.

### Art. 55 - Garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

### Art. 56 - Règles de sécurité financière

Les marges de solvabilité et les provisions techniques sont constituées conformément à la législation en vigueur.

## Section 3 - Comité d'audit et Commissaires aux comptes

### Art. 57 - Comité d'audit

VIASANTÉ Mutuelle désigne un administrateur au sein du comité d'audit de SGAM AG2R LA MONDIALE afin de la représenter et de tenir informé le Conseil d'administration de VIASANTÉ Mutuelle.

### Art. 58 - Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un Commissaire aux comptes choisi sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code du commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée générale.

Le Commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du code de la mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournit à la demande de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale sans délai à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout fait et décision mentionné à l'article L. 612-44 II du code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le code du commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

## Section 4 - Fonds d'établissement

### Art. 59 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100€. Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 20 des présents statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

## TITRE III - Dispositions diverses

### Art. 60 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées par les présents statuts.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale qui a statué sur la clôture de la liquidation à d'autres mutuelles ou unions ou au Fond national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du code de la mutualité ou au Fond de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 113-4 du code de la mutualité, à défaut de

réunion de l'Assemblée générale durant deux années consécutives, l'ACPR peut prononcer la dissolution et nommer un liquidateur.

### Art. 61 - Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste ou la notice d'information, le contrat collectif, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

### Art. 62 - Reconnaissance dominante d'une société de groupe assurantiel de protection sociale (sgaps)

VIASANTÉ Mutuelle reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de SGAPS AG2R LA MONDIALE.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite Sgaps sur les décisions de ses affiliés susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion sans réserve aux statuts à son affiliation à la Sgaps, VIASANTÉ Mutuelle s'engage à recueillir son autorisation préalable, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature ;
- l'acquisition ou la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations ;
- la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;
- les opérations de fusion, de transfert de portefeuille ou de substitution (à l'exception des opérations entre les membres de la Sgam, de la Sgaps ainsi que de leurs filiales et participations) ;
- l'externalisation des activités définies par les articles L. 354-3 et R. 354-7 du code des assurances ;
- l'émission de fonds, titres ou certificats.

De même, VIASANTÉ Mutuelle reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la Sgaps sur ces affiliés, à savoir :

- la mise en place d'un mécanisme de prévention prévoyant notamment la possibilité de déclencher un audit et de mettre en place un plan de redressement ;
- la fixation des modalités de déclenchement de la société financière entre les organismes affiliés ;
- l'unicité de la direction générale entre le Sgaps et ses affiliés ;
- la mise en œuvre des politiques communes ;
- la coordination des fonctions clés des organismes affiliés du groupe prudentiel ;
- la mise à disposition des moyens humains et matériels d'AG2R LA MONDIALE.

Et plus généralement à respecter toutes opérations et obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la Sgaps.