RÈGLEMENT MUTUALISTE

PROTECVIA (frais de santé)

VIASANTÉ mutuelle
GROUPE AG2R LA MONDIALE

ÉDITION 2026

p. 1

RÈGLEMENT MUTUALISTE PROTECVIA

p. 13

ANNEXE 1 : PIÈCES JUSTIFICATIVES

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES 3

Préambule – Principes et valeurs mutualistes 3

ART. 1 OBJET DU RÈGLEMENT 3

ART. 2 CARACTÉRISTIQUES 3
- 2.1. Nature du Produit
- 2.2. Dématérialisation de la relation contractuelle
- 2.3. Demande ou question relative aux remboursements de prestations ou la gestion du Contrat

ART. 3 DÉFINITIONS 3

CHAPITRE II – ADHÉSION 4

ART. 4 OBJET DE L'ADHÉSION 4

ART. 5 CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION 4
- 5.1. Adhésion du Membre participant
- 5.2. Conditions pour bénéficier des Garanties et Options
- 5.3. Caractère familial de l'adhésion

ART. 6 DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION 4

ART. 7 FACULTÉ DE RENONCIATION 4
- 7.1. Faculté de renonciation en cas de vente à distance
- 7.2. Faculté de renonciation suite au démarchage

ART. 8 SOUSCRIPTION ET CADUCITÉ DE L'ADHÉSION 4

ART. 9 ENGAGEMENT DE L'ADHERENT 4

CHAPITRE III – OUVERTURE, MODIFICATION DE GARANTIES, CESSATION ET EXCLUSIONS 4

ART. 10 OUVERTURE DES DROITS 4

ART. 11 MODIFICATIONS DU CONTRAT 4
- 11.1. Changement de Garantie
  - 11.1.1. Délai à respecter
  - 11.1.2. Date d'effet de la modification
  - 11.1.3. Modalités d'application des plafonds et de renouvellement Équipements Optiques
- 11.2. Modification de l'(des) option(s)
- 11.3. Modification des Ayants droit
  - 11.3.1. Ajout d'Ayant droit
  - 11.3.2. Suppression d'Ayant droit

ART. 12 CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES 5
- 12.1. Cessation des Garanties
- 12.2. Suspension des Garanties

CHAPITRE IV – MODALITÉS DE RÉSILIATION 5

ART. 13 RÉSILIATION 5
- 13.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent
  - 13.1.1. Résiliation annuelle
  - 13.1.2. Résiliation à tout moment
  - 13.1.3. Résiliation exceptionnelle
- 13.2. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle
- 13.3. Cas particulier des Bénéficiaires décédés

ART. 14 CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION 5

CHAPITRE V – COTISATIONS 5

ART. 15 FIXATION ET DÉTERMINATION DES COTISATIONS 5

ART. 16 ÉVOLUTION DES COTISATIONS 5

ART. 17 PAIEMENT DES COTISATIONS 6
- 17.1. Principe général
- 17.2. Avis de paiement de cotisation
- 17.3. Gratuité
- 17.4. Modalités de paiement de la cotisation
- 17.5. Non-paiement des cotisations
- 17.6. Remboursements de cotisations

CHAPITRE VI – PRESTATIONS 6

ART. 18 DÉFINITION DES GARANTIES 6

ART. 19 GARANTIES PROPOSÉES 6
- 19.1. Garanties VIASANTÉ Mutuelle
- 19.2. Les modalités de prise en charge des prestations optique / soins dentaires prothétiques / aides auditives / prothèses capillaires / véhicules pour les personnes en situation de handicap dans le cadre des Garanties Responsables
  - 19.2.1. Optique
  - 19.2.2. Dentaire
  - 19.2.3. Les aides auditives
  - 19.2.4. Véhicules pour personnes en situation de handicap (entrant dans le panier 100 % santé)
  - 19.2.5. Prothèses capillaires
- 19.3. Prestations Particulières
  - 19.3.1. Forfait automédication
  - 19.3.2. Forfait médecines douces
  - 19.3.3. Remboursement des séances de psychologues
  - 19.3.4. Télésurveillance médicale
  - 19.3.5. Forfait prothèses dentaires non remboursées
  - 19.3.6. Chambre particulière en ambulatoire
  - 19.3.7. Frais d'accompagnants
  - 19.3.8. Honoraires médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée
  - 19.3.9. Téléconsultation
  - 19.3.10. Forfait Patient Urgences
  - 19.3.11. Les cures thermales
  - 19.3.12. Capital Maladies Graves
- 19.4. Options VIASANTÉ Mutuelle
  - 19.4.1. Pack Liberté
  - 19.4.2. Pack Confort
  - 19.4.3. Service d'assistance
  - 19.4.4. Cumul des options

ART. 20 BASE ET LIMITE DE REMBOURSEMENT 9
- 20.1. Base de remboursement
- 20.2. Limite de remboursement / Forfaits

ART. 21 MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS 9
- 21.1. Conditions de versement des prestations
  - 21.1.1. Mise en jeu des garanties
  - 21.1.2. Demandes de devis
  - 21.1.3. Pièces à fournir
  - 21.1.4. Tiers Payant et carte mutualiste
- 21.2. Les soins à l'étranger
- 21.3. Produits achetés via Internet ou produits non remboursés par le Régime Obligatoire achetés à l'étranger
- 21.4. Modalités et délais de règlement des prestations
- 21.5. Prestations indûment perçues

ART. 22 EXCLUSIONS 10

ART. 23 SUBROGATION – RECOURS CONTRE TIERS 10

ART. 24 SANCTIONS 10

CHAPITRE VII – COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE ACTION SOCIALE 11

ART. 25 COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE – ACTION SOCIALE 11

CHAPITRE VIII – PRÉVENTION 11

ART. 26 ACTIONS DE PRÉVENTION 11

CHAPITRE IX – DISPOSITIONS DIVERSES 11

ART. 27 PRESCRIPTION 11

ART. 28 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL 11

ART. 29 OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE 11

ART. 30 TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION 11

ART. 31 MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT MUTUALISTE, DES COTISATIONS ET / OU DES PRESTATIONS 12

ART. 32 LOI APPLICABLE 12

ART. 33 LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME 12

ART. 34 MESURES RESTRICTIVES ET SANCTIONS INTERNATIONALES 12

ART. 35 DÉSIGNATION DE L'ORGANISME DE CONTRÔLE 12

RÈGLEMENT MUTUALISTE PROTECVIA

Ce que vous devez savoir avant de vous engager.

INFORMATIONS PRÉCONTRACTUELLES EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Le Contrat PROTECVIA est assuré par VIASANTÉ Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le N° SIREN 777 927 120 située au 14 – 16, boulevard Malesherbes – 75008 PARIS.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de VIASANTÉ Mutuelle.

Le montant de la cotisation, fixé à la souscription, est calculé en fonction de la Garantie souscrite, de l'(des) option(s) éventuellement choisie(s), de l'âge atteint (calculé par différence de millésime) de chacun des Bénéficiaires, du lieu de résidence principal de l'Adhérent et enfin, selon le régime d'affiliation de l'Adhérent (régime général ou régime local Alsace-Moselle).

La cotisation est annuelle et payable d'avance. L'Adhérent peut opter pour un fractionnement dans les conditions définies à l'article 17.4 du présent Règlement.

Les Garanties prévues par le Contrat sont des garanties frais de santé qui ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer à l'Adhérent et éventuellement à ses Ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie maternité français. Le Contrat prévoit également une garantie « Capital Maladies Graves » ayant pour objet le versement d'un capital, dont le montant est fixé dans les Tableaux des Garanties, en cas de diagnostic d'une Maladie Grave.

Le Contrat PROTECVIA comprend également une Garantie optionnelle d'assistance assurée par un prestataire, ainsi que deux renforts optionnels à la garantie santé « Pack Liberté » et « Pack Confort ».

La durée minimale de l'adhésion s'étend à compter de sa date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Les exclusions prévues par le Contrat PROTECVIA sont celles prévues par l'article 22 du présent Règlement. La présente offre contractuelle est valable jusqu'à la date indiquée sur le devis personnalisé.

La souscription se fait au moyen d'un bulletin d'adhésion rempli et signé par l'Adhérent.

Les frais afférents à la vente à distance sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envois postaux, le coût des communications téléphoniques ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.

L'Adhérent bénéficie d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires à compter, soit du jour où il est informé que son adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est conclu. Pour cela, il lui suffit d'adresser à VIASANTÉ Mutuelle, Gestion Santé, TSA 90025 - 69653 Villefranche Cedex, une lettre recommandée ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, pouvant être rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M/Mme .....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer au Contrat «PROTECVIA», numéro...., que j'ai souscrit le....

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma demande.

Fait à ...
Le ....
Signature»

L'Adhérent, lorsque le Contrat a été conclu en ligne, peut également exercer son droit de renonciation via son espace adhérent.

Les relations précontractuelles et contractuelles avec VIASANTÉ Mutuelle sont régies par le droit français. VIASANTÉ Mutuelle s'engage à utiliser la langue française pendant toute la durée du Contrat.

En cas de réclamation, les Bénéficiaires peuvent contacter le Service de Traitement des réclamations en adressant un courrier à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle – SERVICE RECLAMATIONS – TSA 10005 – 11804 CARCASSONNE CEDEX ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact.reclamation@viasante.fr ou par téléphone au 09 69 39 3000.

La Mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite et à y répondre dans un délai de deux (2) mois à compter de la date d'envoi de ladite réclamation.

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

- Courrier : Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) - Monsieur le Médiateur de la consommation de la Mutualité Française - 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15
- Site internet : www.mediateur-mutualite.fr

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

Et ceci sans préjudice des autres voies d'action légale.

RÈGLEMENT MUTUALISTE PROTECVIA

(branches 1 et 2) 2026

CHAPITRE I
DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Préambule – Principes et valeurs mutualistes

Les modalités de fonctionnement décrites dans ces différents documents sont fondées sur des principes et valeurs mutualistes de solidarité consistant :

- à être ouverte à tous : la Mutuelle couvre chacun, quelle que soit sa situation sociale et professionnelle. Elle permet de bénéficier d'une assurance complémentaire adaptée et de la conserver tout au long de sa vie,
- à refuser la sélection médicale qui consisterait à n'accepter que les personnes en bonne santé : la Mutuelle assure la protection de chacun quel que soit son état de santé présent ou futur,
- à être à l'écoute des familles mutualistes en difficulté et à leur venir en aide grâce aux dispositifs de solidarité mis en place à cet effet.

Les règles définies par la Mutuelle ont pour but de préserver l'intérêt général des mutualistes qui pourrait être affecté par des comportements individuels opportunistes. Or, tous les Membres participants, ensemble, pourvoient à leur protection réciproque. Ils ont donc des droits mais aussi des devoirs.

La Mutuelle attend de chaque mutualiste une attitude responsable fondée sur la défense de l'intérêt général. C'est la condition requise pour assurer la pérennité d'une protection complémentaire de qualité au plus juste prix.

ARTICLE 1 – OBJET DU RÈGLEMENT

Les dispositions du présent Contrat, établi par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité, déterminent les conditions dans lesquelles VIASANTÉ Mutuelle assure les garanties et options souscrites par ses Membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.

Elles s'appliquent à tous les Bénéficiaires inscrits en tant que tels.

Le Contrat définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque Membre participant et VIASANTÉ Mutuelle c'est à dire les droits et obligations respectifs des intervenants au Contrat. Les Membres participants y ayant adhéré sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux Statuts.

Toutes les dispositions légales ou règlementaires d'ordre public qui interviendraient postérieurement à la rédaction de ce règlement, seront immédiatement applicables.

ARTICLE 2 – CARACTÉRISTIQUES

2.1. Nature du Produit

Le Produit PROTECVIA contient différentes Garanties telles que définies au sein du Tableau des Garanties et à l'article 19.1 des présentes.

Le caractère responsable ou non responsable de la couverture souscrite est indiqué dans le Tableau des Garanties annexé au présent Contrat.

Conformément aux précisions figurant à l'article 19.1, certaines Garanties, notamment « Indice 30 » à « Indice 120 » sont « Responsables », c'est-à-dire qu'elles répondent aux exigences posées par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

D'autres, telles que la Garantie « Indice 20 » sont, quant à elles, « non responsable », c'est-à-dire qu'elles ne répondent pas aux exigences posées par les articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Les Garanties du présent Contrat ne sont pas susceptibles de bénéficier des exonérations dites « Loi Madelin. »

2.2. Dématérialisation de la relation contractuelle

VIASANTÉ Mutuelle s'engage dans une démarche éco – responsable et à ce titre, certaines informations et documents feront l'objet d'une communication dématérialisée. Dès qu'un document est accessible sur l'Espace Adhérent de VIASANTÉ Mutuelle, l'Adhérent en sera informé. Ces documents électroniques ont la même valeur juridique que leur version papier.

Comment consulter les documents ?

- L'application mobile de VIASANTÉ Mutuelle
- L'Espace Adhérent accessible depuis le site internet de VIASANTÉ Mutuelle

Rendez – vous sur l'Espace Adhérent et se connecter en utilisant l'identifiant et le mot de passe.

S'il s'agit d'une première visite, il est nécessaire de créer un compte pour activer l'Espace Adhérent.

La création de l'Espace Adhérent est totalement gratuite et permet notamment de :

- Consulter ses remboursements 24h24, 7j/7
- Accéder à sa carte de Tiers Payant
- Modifier ses informations personnelles
- Envoyer des documents à la Mutuelle (demandes devis, factures, ...)
- Ajouter ou supprimer des Bénéficiaires

L'Adhérent peut, à tout moment et sans frais, refuser la dématérialisation des documents :

- Depuis l'Espace Adhérent du Membre participant
- En contactant le Centre de Relation Client de VIASANTÉ Mutuelle au numéro de téléphone figurant sur la carte de Tiers Payant.
- Auprès d'un conseiller en agence afin de bénéficier d'un accompagnement dans cette démarche.

Dans cette hypothèse, les documents et informations relatifs au Contrat continueront à être adressés en version papier.

2.3. Demande ou question relative aux remboursements de prestations ou la gestion du Contrat

Pour toute demande relative aux remboursements de prestations ou sur la gestion d'un contrat, les Assurés peuvent écrire à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle, Gestion Santé, TSA 90025 - 69653 VILLEFRANCHE Cedex.

ARTICLE 3 – DÉFINITIONS

Code de la Mutualité :
Texte officiel édictant les règles de fonctionnement de tous les organismes mutualistes (mutuelles, unions et fédérations).

Produit (ou Contrat) :
Désigne l'ensemble des Garanties soumis à un même règlement mutualiste ayant pour objet de fournir à ses membres des prestations relevant des branches 1 (Accidents), 2 (Maladie), 20 (Vie/Décès) et 21 (Nuptialité-Natalité) du Code de la mutualité.

Garantie :
Le Produit contient différents niveaux, chaque niveau est nommé Garantie.
L'adhésion à chaque Garantie constitue un contrat distinct.

Membre participant (ou Adhérent) :
Personne physique âgée d'au moins 16 ans relevant et justifiant d'un régime français obligatoire, qui adhère à VIASANTÉ Mutuelle, afin de bénéficier des prestations de la Mutuelle et qui, le cas échéant, en ouvre le droit à ses Ayants droit.
Le Membre participant est également dénommé « Adhérent ».

Ayants droit :
Personnes bénéficiant des prestations complémentaires maladie de la Mutuelle, non à titre personnel mais du fait de leurs liens avec l'Adhérent.

Les personnes comprises sous le terme d'Ayants droit sont les membres de la famille de l'Adhérent relevant et justifiant d'un régime français obligatoire.

Sont considérés comme Ayants droit de l'Adhérent :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation Sécurité sociale de l'Adhérent 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 de l'Adhérent (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 Adhérent et se trouve à sa charge effective, totale et permanente, à condition d'en apporter la preuve. Il est à noter que les Ayants droit de moins de 26 ans doivent cotiser isolément comme Adhérent à compter du 1er jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'Ayant droit ou atteignent leur 26e anniversaire.

Un enfant mineur ne possédant pas sa propre immatriculation à un Régime d'Assurance Maladie ne peut être Membre participant.

Néanmoins, 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.

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

Le Bénéficiaire est également dénommé « Assuré ».

Délai de Carence :
Période pendant laquelle l'Assuré ne bénéficie pas de la garantie prévue au Contrat. Le Délai de Carence court à compter de la prise d'effet des garanties pour chacun des Assurés.

Régime Obligatoire (RO) :
Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés les Bénéficiaires.

Sécurité sociale :
Terme générique utilisé dans le présent Contrat pour désigner le Régime d'Assurance Maladie auprès duquel le Bénéficiaire est affilié.

Protection complémentaire maladie :
Elle permet la prise en charge de tout ou partie des frais liés à la santé en complément ou en supplément des prestations versées par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie maternité français.

Télétransmission :
Le système de Télétransmission Noémie est un échange d'informations automatisé entre les caisses d'Assurance Maladie et la Mutuelle. Il permet d'assurer des remboursements de frais médicaux dans un délai très rapide puisque les décomptes de l'Assurance Maladie sont transmis à la Mutuelle sans que l'Assuré n'ait besoin de lui adresser.

Ticket Modérateur (TM) :
Fraction de dépenses de frais de soins de santé laissée à la charge de l'Assuré, après l'intervention du régime de Sécurité sociale français obligatoire.

Tiers Payant (TP) :
Système dont bénéficient les personnes affiliées à un régime de Sécurité sociale français obligatoire et qui leur permet, sous certaines conditions, d'être dispensées d'avancer totalement ou partiellement les frais médicaux s'ils sont pris en charge par le Régime Obligatoire et/ou l'organisme de complémentaire santé.

Le Tiers Payant Sécurité sociale est matérialisé par une carte Vitale qui atteste des droits de l'Assuré à l'Assurance Maladie.

La Mutuelle délivre à l'Adhérent, pour l'application du Tiers Payant complémentaire, une carte de Tiers Payant santé qui lui permet, à lui ou ses Ayants droit, en la présentant aux professionnels de santé, de bénéficier d'une dispense de paiement du Ticket Modérateur.

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

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

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

Base de Remboursement (BR) :
Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Notion pouvant encore être appelée « Tarif de Responsabilité » (TR).

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

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

CHAPITRE II – ADHÉSION

ARTICLE 4 – OBJET DE L'ADHÉSION

Le Produit PROTECVIA prévoit des Garanties frais de santé ayant pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer le remboursement ou la prise en charge des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément de celles servies, en nature, par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie français.

Certaines prestations non prises en charge par le Régime Obligatoire peuvent également être allouées conformément au Tableau des Garanties.

Le présent Contrat prévoit également une garantie « Capital Maladies Graves » ayant pour objet le versement d'un capital, dont le montant est fixé dans les Tableaux des Garanties, en cas de Diagnostic d'une Maladie Grave.

En tout état de cause, les Adhérents et, le cas échéant, leurs Ayants droit bénéficient des garanties conformément à la Garantie choisie par l'Adhérent au moment de l'adhésion auquel peut(peuvent) être ajoutée(s) une(des) prestation(s) optionnelle(s).

A ce titre, le Contrat PROTECVIA prévoit les garanties optionnelles suivantes :
- Une Garantie optionnelle d'assistance assurée par un autre organisme assureur,

Les Conditions Générales de cette Garantie sont remises à l'Adhérent lors de sa souscription.

Les services assurés par cet organisme sont susceptibles d'être modifiés et/ou remis en cause par ce dernier.
- Deux renforts optionnels à la Garantie santé « Pack Liberté » et « Pack Confort » dont les caractéristiques figurent à l'article 19.4 du présent Contrat.

ARTICLE 5 – CONDITIONS ET MODALITÉS D'ADHÉSION

5.1. Adhésion du Membre participant

Peuvent adhérer à la Mutuelle, en application de ses Statuts, les personnes qui, quels que soient leur âge, leur état de santé et leur profession sont affiliées à titre obligatoire ou volontaire, à un Régime Obligatoire d'Assurance Maladie maternité français. L'engagement réciproque de l'Adhérent et de VIASANTÉ Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts et du présent Contrat.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :
- la date d'effet de la Garantie souscrite,
- les Bénéficiaires de la Garantie souscrite,
- les conditions d'entrée en vigueur des garanties,
- les montants ou taux et assiettes de cotisations,
- la Garantie choisie,
- la(les) option(s) éventuellement souscrite(s).

Le détail des prestations fournies au titre de la Garantie souscrite est annexé au bulletin d'adhésion et figure à la fin du présent document.

5.2. Conditions pour bénéficier des Garanties et Options

Peuvent bénéficier des Garanties et options prévues par le présent Contrat, les Adhérents tels que définis à l'article 3, ainsi que leurs Ayants droit.
Dès que les conditions permettant de bénéficier des Garanties ne seront plus respectées, les Garanties prendront fin.
Les personnes redevables d'une dette envers VIASANTÉ Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

5.3. Caractère familial de l'adhésion

L'adhésion de l'Adhérent entraîne, s'il le souhaite, l'affiliation de tout ou partie de ses Ayants droit.
Les Ayants droit bénéficient du même niveau de garantie et le cas échéant des mêmes options que l'Adhérent.

ARTICLE 6 – DATE D'EFFET ET DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, soit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours suivant la date d'effet de l'adhésion, et se renouvelle chaque année, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions prévues au chapitre IV du présent Contrat.

L'adhésion prend effet :
- **Pour les personnes qui bénéficiaient précédemment d'une complémentaire santé et qui ont confié à VIASANTÉ Mutuelle la résiliation de leur Garantie auprès de leur ancien organisme complémentaire : le lendemain de la résiliation de l'ancienne Garantie.**
- **Pour les personnes ne bénéficiant pas d'une précédente complémentaire santé : à la date d'effet souhaitée complétée sur le bulletin d'adhésion (cette dernière ne pouvant être antérieure à la date du jour) sous réserve de la réception du dossier complet dans le délai imparti sur le bulletin d'adhésion.**

ARTICLE 7 – FACULTÉ DE RENONCIATION

7.1. Faculté de renonciation en cas de vente à distance

L'Adhérent ayant adhéré à distance, a la faculté de renoncer au Contrat souscrit auprès de la Mutuelle.

Pour exercer sa faculté de renonciation, l'Adhérent peut adresser, dans un délai de quatorze (14) jours à compter, soit du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est conclu, un courrier ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle, Gestion Santé, TSA 90025 – 69653 VILLEFRANCHE Cedex.

Un modèle de renonciation destiné à faciliter l'exercice de ce droit est proposé à l'article suivant du Contrat ainsi que sur le bulletin d'adhésion.

L'Adhérent, lorsque le Contrat a été conclu en ligne, peut également exercer son droit de renonciation via son espace adhérent.

L'Adhérent sera tenu au paiement des cotisations sur la période où le risque a couru.

En cas de versement de prestations, à la demande expresse de l'Adhérent, avant l'expiration du délai de renonciation, celui – ci devra restituer à la Mutuelle le montant correspondant auxdites prestations dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente (30) jours à compter de la date de renonciation. En contrepartie, la Mutuelle s'engage à restituer la cotisation si celle-ci a été perçue.

7.2. Faculté de renonciation suite au démarchage

Tout Adhérent qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités.

L'Adhérent doit adresser un courrier à la Mutuelle, pouvant être rédigé selon le modèle suivant :
« Je soussigné(e) M/Mme .....(nom, prénom, adresse), déclare renoncer au Contrat «PROTECVIA», numéro..., que j'ai souscrit le.... Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma demande.
Fait à ... Le ....
Signature »

En cas de renonciation, l'Adhérent ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion. La Mutuelle est tenue de rembourser à l'Adhérent le solde au plus tard dans les trente (30) jours suivant la date de fin d'adhésion.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à la Mutuelle si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors que la réalisation d'un risque mettant en jeu la garantie du règlement et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

L'exercice de la faculté de renonciation entraîne de plein droit la cessation de l'adhésion au Contrat et de toutes les Garanties et annexes s'y rapportant.

ARTICLE 8 – SOUSCRIPTION ET CADUCITÉ DE L'ADHÉSION

Lorsque l'ensemble des justificatifs ne sont pas transmis à VIASANTÉ Mutuelle dans le délai imparti, l'adhésion deviendra caduque et d'éventuels indus pourront être réclamés.

ARTICLE 9 – ENGAGEMENT DE L'ADHERENT

L'Adhérent certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son Contrat. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux Statuts et Contrat.

Par ailleurs, l'Adhérent est tenu d'informer VIASANTÉ Mutuelle, dans un délai de trois (3) mois, de toutes les modifications pouvant avoir un impact sur le Contrat et notamment :
- son état civil,
- son adresse,
- sa situation matrimoniale,
- sa situation familiale,
- sa situation socioprofessionnelle,
- son ouverture de droits au regard des Régimes d'Assurance Maladie Obligatoires,
- ses coordonnées bancaires,
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour VIASANTÉ Mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par l'Adhérent seront prises en compte par VIASANTÉ Mutuelle.

CHAPITRE III
OUVERTURE, MODIFICATION DE GARANTIES, CESSATION ET EXCLUSIONS

ARTICLE 10 – OUVERTURE DES DROITS

Le droit aux prestations est ouvert à partir de la date d'effet du Contrat fixée au bulletin d'adhésion.

ARTICLE 11 – MODIFICATIONS DU CONTRAT

11.1. Changement de Garantie

Un Adhérent a la possibilité de changer de Garantie dans les conditions suivantes :

11.1.1. Délai à respecter

Tout changement de Garantie ne peut intervenir **qu'à l'expiration d'un délai de douze (12) mois minimal à compter de la date d'effet de la Garantie,** sous réserve d'en faire **la demande au moins un (1) mois à l'avance.**

En cas de demande anticipée, la date souhaitée dans le courrier sera retenue sous réserve qu'elle respecte le délai de préavis d'un (1) mois minimum.

Ces demandes de changement pourront également être formalisées via l'espace adhérent de l'Adhérent uniquement si la modalité de paiement des cotisations choisie initialement est le prélèvement automatique.

11.1.2. Date d'effet de la modification

Le changement de Garantie prend effet le lendemain de l'expiration du délai de préavis d'un (1) mois suivant

la demande **sous réserve d'avoir bénéficié de la Garantie précédente pendant douze (12) mois minimum.**

11.1.3. Modalités d'application des plafonds et de renouvellement Équipements Optiques

Le versement d'une prestation soumise à plafond dans la nouvelle Garantie tiendra compte de l'éventuelle consommation de ladite prestation dans l'année civile, faite au titre de la Garantie précédemment détenue.

Concernant les prestations optiques relevant d'une Garantie responsable, la date d'acquisition du premier élément de l'équipement (verre ou monture) sera prise en compte pour le droit au renouvellement de l'équipement.

11.2. Modification de l'(des) option(s)

La souscription d'une ou de plusieurs option(s) se fera par la signature d'un bulletin d'adhésion et prendra effet le 1er jour du mois suivant la signature d'un avenant au bulletin d'adhésion.

Cette(ces) option(s) devra(devront) être conservée(s) pendant une période effective de douze (12) mois minimum avant toute autre modification.

La résiliation d'une option ne peut se faire qu'au 31 décembre de l'année en cours, par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité adressé(e) au siège de la Mutuelle, deux (2) mois au moins avant la fin de l'année civile, soit le 31 octobre de l'année en cours.

11.3. Modification des Ayants droit

11.3.1. Ajout d'Ayant droit

Si l'Adhérent souhaite, après son adhésion, ajouter un(des) Ayant(s) droit, il doit remplir un avenant au bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives.

La date d'effet de l'affiliation de(s) Ayant(s) droit sera celle complétée sur l'avenant au bulletin d'adhésion sous réserve de la réception du dossier complet dans le délai imparti.

11.3.2. Suppression d'Ayant droit

L'Adhérent peut demander la suppression de l'un des Ayants droit figurant au Contrat. Dans cette hypothèse, la suppression interviendra le dernier jour du mois de la réception de ladite demande écrite accompagnée des justificatifs le cas échéant. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées à l'Adhérent.

ARTICLE 12 - CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES

12.1. Cessation des Garanties

Les Garanties cessent dans les cas suivants :

- **En cas de décès de l'Adhérent.**

Dans ce cas, les Garanties prennent fin également à l'égard des Ayants droit de l'Adhérent et ce à compter de son décès, sauf demande formulée par un Ayant droit souhaitant se substituer à l'Adhérent décédé et validée par la Mutuelle ;

À la date d'effet de la résiliation par l'Adhérent selon les conditions prévues à l'article 13 du présent Contrat,

- **En cas de résiliation de l'Adhérent par la Mutuelle pour non-paiement des cotisations selon les conditions prévues à l'article 17.5 du présent Contrat,**
- **En cas d'exclusion d'un Bénéficiaire prévue à l'article 24 du présent Contrat,**
- **Pour les Adhérents, dans le cas où les conditions posées à l'article 3 du présent Contrat ne sont plus remplies ;**
- **Pour les Ayants droit, à la date à laquelle ils perdent leur qualité d'Ayant droit tel que définie à l'article 3 des présentes. Dans cette hypothèse, la suppression de l'Ayant droit concerné interviendra le dernier jour du mois suivant la réception de l'information.**

La fin de l'adhésion de l'Adhérent entraîne automatiquement la fin de la couverture de ses Ayants droit.

La cessation de la Garantie santé entraîne automatiquement et dans les mêmes conditions la cessation de la(des) garantie(s) optionnelle(s) éventuellement souscrite(s).

12.2. Suspension des Garanties

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des Garanties dans les conditions prévues à l'article 17.5. ci-après.

Dans ce cas, aucune prestation n'est due pendant la période de suspension.

CHAPITRE IV
MODALITÉS DE RÉSILIATION

ARTICLE 13 - RÉSILIATION

13.1. Résiliation à l'initiative de l'Adhérent

13.1.1. Résiliation annuelle

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion le 31 décembre de chaque année, en adressant une notification par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, à la Mutuelle au moins deux (2) mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre.

Le délai de préavis est décompté à partir de la date d'envoi de cette demande.

L'Adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'appel de cotisations.

13.1.2. Résiliation à tout moment

L'Adhérent peut mettre fin à son adhésion, à tout moment, après l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de sa première souscription, sans frais ni pénalités.

Pour se faire, l'Adhérent peut notifier à la Mutuelle son souhait de résilier son Contrat :

- Soit par lettre ou tout 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 de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que la Mutuelle en ait reçu notification par l'Adhérent ou par le nouvel organisme si un mandat lui a été confié.

13.1.3. Résiliation exceptionnelle

a) L'Adhérent qui adhère à un contrat collectif obligatoire :

L'Adhérent devant adhérer à un contrat collectif obligatoire peut demander la résiliation de son contrat individuel en cours d'année. Pour ce faire, l'Adhérent doit envoyer par tout support durable mentionné à l'article L.221 – 10 – 3 du Code de la mutualité, une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire. **La résiliation prendra effet après l'expiration d'un délai d'un (1) mois qui suit la réception de la demande.**

b) Le Bénéficiaire qui se voit attribuer la Complémentaire Santé Solidaire :

Sur demande de l'Adhérent, la résiliation des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire intervient le 1er jour du mois suivant la date de la décision uniquement si, dans ce délai qui est de rigueur, l'information du changement de complémentaire a été portée à la connaissance de la Mutuelle. À défaut, la résiliation interviendra le dernier jour du mois de la réception de la copie de l'attestation délivrée par le Régime Obligatoire. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées à l'Adhérent.

13.2. Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

VIASANTÉ Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion de l'Adhérent en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 17.5. du présent Contrat.

13.3. Cas particulier des Bénéficiaires décédés

En cas de décès d'un Bénéficiaire, la copie de l'acte de décès doit être transmise à VIASANTÉ Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte. La résiliation intervient le lendemain de la date apparaissant sur l'acte de décès ; la cotisation est due jusqu'à cette date.

Les cotisations versées pour la période postérieure à la date de résiliation seront remboursées :

- sur le compte bancaire du défunt si celui – ci est toujours actif,
- au conjoint Ayant droit au Contrat sur présentation de l'acte de décès,
- à tout membre de la famille sur présentation d'un certificat d'hérédité.

À défaut de présentation du certificat d'hérédité, c'est au notaire que le remboursement sera effectué.

ARTICLE 14 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

La résiliation de la Garantie complémentaire santé entraîne la fin de l'adhésion aux options éventuellement souscrites.

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation restent dues dans tous les cas.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

L'Adhérent s'engage à restituer à VIASANTÉ Mutuelle la carte mutualiste et duplicata en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de VIASANTÉ Mutuelle.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant.

En aucun cas, l'Adhérent exclu pour des faits ayant causé un préjudice à VIASANTÉ Mutuelle ne pourra devenir ayant droit d'un Membre participant (conjoint ou autre) ou adhérer de nouveau à VIASANTÉ Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'administration.

CHAPITRE V – COTISATIONS

ARTICLE 15 - FIXATION ET DÉTERMINATION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées pour l'année civile dans les conditions prévues aux Statuts et conformément aux articles L. 114-9 et L. 114-11 du Code de la Mutualité.

Elles sont établies sur la base de la législation de l'Assurance Maladie impactant notamment les prestations et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion. Elles seront revues sans délai en cas de changement de ces textes.

Elles sont également déterminées en fonction de la Garantie et de l'(des) option(s) éventuellement souscrite(s), du Régime d'Assurance Maladie Obligatoire, de l'âge atteint du(des) Bénéficiaire(s) et du lieu de résidence de l'Adhérent, et enfin, selon le régime d'affiliation de l'Adhérent (régime général ou régime local Alsace-Moselle).

L'âge retenu pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint en cours d'année, celui-ci est calculé par différence entre l'année en cours et l'année de naissance du Bénéficiaire.

Ex : Bénéficiaire né en 1986, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2026 : 40 ans.

Le montant des cotisations est indiqué dans le bulletin d'adhésion. La cotisation tient compte des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques (fédérations, unions...) et des frais de gestion. À cette cotisation s'ajoutent les taxes de nature règlementaire en vigueur.

ARTICLE 16 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont révisables chaque année à effet du 1er janvier compte tenu notamment de la variation constatée et prévue du volume du coût des soins ou services et notamment à partir des éléments suivants :

- de l'âge des Bénéficiaires de la Garantie santé souscrite ;
- de la souscription ou de la résiliation d'une ou de plusieurs garantie(s) optionnelle(s) ;
- du lieu de résidence principal de l'Adhérent.
- du changement de régime d'affiliation (régime général ou régime local Alsace-Moselle).

Les nouveaux montants de cotisations sont communiqués à l'Adhérent par la transmission d'un appel de cotisations, le règlement s'effectuant conformément aux modalités indiquées dans le bulletin d'adhésion.

Les changements intervenus en cours d'année peuvent avoir une incidence à la hausse ou à la baisse sur les cotisations fixées pour l'année civile en cours (notamment, le changement de lieu de résidence ou la détermination des options souscrites). Dans cette hypothèse, un nouvel appel de cotisations actualisé sera adressé à l'Adhérent.

D'une façon générale, si un déséquilibre apparaissait entre les recettes et les dépenses (notamment à la

suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie), la Mutuelle se réserve le droit d'effectuer les réajustements appropriés de tarifs ou de prestations face aux nouvelles obligations laissées à la charge des organismes complémentaires.

Il pourrait en être de même en cas de variation importante ou prévue du volume du coût des soins en cours d'exercice.

ARTICLE 17 – PAIEMENT DES COTISATIONS

17.1. Principe général

L'Adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la Mutuelle.

17.2. Avis de paiement de cotisation

La cotisation est appelée par « un appel de cotisations » adressé à chaque Adhérent annuellement. La non-réception de l'appel de cotisations par l'Adhérent ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter VIASANTÉ Mutuelle.

17.3. Gratuité

Troisième enfant

La gratuité est accordée aux enfants à charge de moins de 26 ans de 3e rang et plus, dans la mesure, toutefois, où tous les enfants sont inscrits sur un même Contrat.

Enfants nouveau – nés ou adoptés

Ils bénéficient de la gratuité de cotisation du mois au cours duquel est né ou a été adopté l'enfant, sous réserve que l'Adhérent soit adhérent à VIASANTÉ Mutuelle le jour de la naissance ou de l'adoption et que la demande d'adhésion soit effectuée dans un délai de trois (3) mois suivant la naissance ou l'adoption. Par ailleurs, l'inscription doit prendre effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant. La gratuité est appliquée sur le mois de naissance ou d'adoption de l'enfant, quel que soit le jour de naissance.

17.4. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance. Elle est due au 1er janvier pour tout Adhérent inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux Adhérents, à partir de la date d'effet du Contrat.

Les modalités de paiement sont le prélèvement automatique et le chèque.

Pour faciliter son règlement, la Mutuelle permet le fractionnement.

Pour les souscriptions en ligne, seul le prélèvement automatique est autorisé.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être semestrielle ou trimestrielle si la modalité de paiement choisie est le chèque.

Si la modalité de paiement choisie est le prélèvement automatique, sa périodicité peut être mensuelle, semestrielle ou trimestrielle.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée à l'Adhérent. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

17.5. Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre de mise en demeure par courrier recommandé avec avis de réception l'avisant de la situation et de ses conséquences sur le maintien des garanties souscrites.

À défaut de paiement de la cotisation dans les trente (30) jours suivant cette mise en demeure, la Mutuelle pourra suspendre les garanties.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des garanties intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à la résiliation effective du Contrat.

Le Contrat sera résilié dans les dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours, si aucun paiement n'a été effectué dans cette période, à moins que l'Adhérent n'apporte la preuve que le non-paiement est dû à un cas de force majeure.

En cas de résiliation, les cotisations antérieurement versées demeurent intégralement acquises à la Mutuelle.

La Garantie non résiliée reprend ses effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour où a été payée à VIASANTÉ Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

17.6. Remboursements de cotisations

Lorsque l'adhésion au Contrat est dénoncée dans le cadre de la résiliation infra-annuelle, l'Adhérent n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. La Mutuelle est tenue de rembourser le solde à l'Adhérent dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation. À défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

CHAPITRE VI – PRESTATIONS

ARTICLE 18 – DÉFINITION DES GARANTIES

L'ensemble des prestations assuré par la Mutuelle est précisé à l'article 4 du présent Contrat.

Sous réserve des exclusions visées à l'article 22, la nature et l'étendue des prestations assurées par la Mutuelle figurent dans les Tableaux des Garanties annexés au présent Contrat.

ARTICLE 19 – GARANTIES PROPOSÉES

19.1. Garanties VIASANTÉ Mutuelle

Lors de son adhésion au présent Contrat, l'Adhérent doit choisir l'une des six (6) Garanties proposées par la Mutuelle :

PROTECVIA Indice **20**	=>	Non responsable
PROTECVIA Indice **30**	=>	Responsable
PROTECVIA Indice **45**	=>	Responsable
PROTECVIA Indice **60**	=>	Responsable
PROTECVIA Indice **90**	=>	Responsable
PROTECVIA Indice **120**	=>	Responsable

Les Garanties sont détaillées dans les tableaux joints en annexe et constitue un Contrat distinct des autres Garanties.

Il est à noter que les Adhérents ayant souscrit au Produit avant le 1er janvier 2020 ont pu choisir les Garanties, désormais fermées à la commercialisation, suivantes :

PROTECVIA Indice 10	=>	Non responsable
PROTECVIA Indice 40	=>	Responsable
PROTECVIA Indice 50	=>	Responsable
PROTECVIA Indice 70	=>	Responsable
PROTECVIA Indice 80	=>	Responsable
PROTECVIA Indice 100	=>	Responsable
PROTECVIA Indice 110	=>	Responsable
PROTECVIA Indice 130	=>	Non responsable

Ces Garanties ne peuvent désormais plus être souscrites, néanmoins, les Assurés bénéficiaires de ces Garanties restent régis par les dispositions du présent Contrat.

A noter que les éventuelles modifications de Garanties demandées par les Adhérents, ne permettent pas de souscrire aux Garanties fermées.

19.2. Les modalités de prise en charge des prestations optique / soins dentaires prothétiques / aides auditives / prothèses capillaires / véhicules pour les personnes en situation de handicap dans le cadre des Garanties Responsables

19.2.1. Optique

La prise en charge par la Mutuelle des Equipements optiques verres et montures est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'Equipement, à savoir :

- la classe A
- la classe B

1. Équipements appartenant à la classe A (100 % santé)[1]

L'Equipement optique s'entend, au sens du présent Contrat, par une monture et deux (2) verres.

Conformément à la réforme « 100% Santé », les Equipements appartenant à la Classe A font l'objet d'une prise en charge renforcée par le Régime Obligatoire.

En conséquence, une fois le remboursement effectué par ce dernier et celui opéré au titre du présent Contrat dans la limite des Prix Limites de Vente, aucun reste à charge ne sera supporté par l'Assuré.

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 Equipement optique de classe A, est intégralement prise en charge le Régime Obligatoire et par la Mutuelle à hauteur du Prix Limite de Vente.

Prestation d'appairage – Suppléments :

La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indices de réfraction différents est intégralement prise en charge par le Régime Obligatoire et par la Mutuelle à hauteur du Prix Limite de Vente.

Le remboursement des suppléments pour verres de classe A se fait à hauteur des Prix Limites de Vente ou à 100% de la Base de Remboursement lorsqu'il n'existe pas de Prix Limites de Vente.

Pour les verres de classe B, le remboursement des suppléments se fait à hauteur de 100% de la Base de Remboursement.

2. Équipements appartenant à la classe B

La Mutuelle prend en charge les Equipements d'optique et leurs suppléments relevant de la classe B conformément aux taux/montants mentionnés sur le Tableau des Garanties.

Ces taux/montants de prise en charge respectent les limites (planchers/plafonds) définis par la règlementation des Contrats Responsables en vigueur.

La prise en charge des montures au sein de l'Equipement est limitée par la règlementation des Contrats Responsables à 100€. Ce plafond inclut le remboursement du Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur.

Le Bénéficiaire pourra avoir un reste à charge pour l'acquisition d'Equipements appartenant à cette classe B.

Les différentes catégories de verres sont ainsi définies :

Par équipement composé de « Verres simples », il faut entendre :

a) Équipements 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 composé de « Verres complexes », soit : « simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :

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

c) Équipements 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 sphé-

1. 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 ».

riques 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 composé de « Verres très complexes » soit « multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :

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

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

f) Équipements 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.

3. Équipements 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, le remboursement de chaque élément (monture et verres) sera conforme aux montants de remboursement prévues dans le Tableau des Garanties.

4. Modalités de renouvellement des Équipements d'Optique (Classes A – B Équipements mixtes)

4.1. Conditions générales de renouvellement des Equipements

<u>Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus</u>

Le renouvellement de la prise en charge d'un Equipement est possible **au terme d'une période minimale de deux (2) ans par Bénéficiaire**.

Cette période s'apprécie à compter de la dernière acquisition de l'Equipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire.

L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'Equipement optique.

En cas d'achat en deux temps de l'Equipement, la périodicité de prise en charge débute à compter de l'achat du premier élément optique (verre ou monture) Cette période est réduite à un (1) an concernant les frais exposés pour l'acquisition d'un Equipement destiné à un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (justificatifs à fournir).

<u>Pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans</u>

Le renouvellement de la prise en charge d'un Equipement est possible **au terme d'une période minimale d'un (1) an**.

<u>Pour les enfants jusqu'à 6 ans</u>

Le renouvellement de la prise en charge d'un Equipement est possible **au terme d'une période minimale de six (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 (1) an précédemment mentionné s'applique.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. Elles s'apprécient à la date d'acquisition de l'Equipement.

4.2. Dérogations : renouvellements anticipés des Équipements d'Optique

<u>Pour les adultes et pour les enfants de 16 ans et plus</u>

Un renouvellement anticipé de la prise en charge d'un Équipement est possible au terme d'une période minimale d'un (1) 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 :

- variations 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 (+) inferieur ou égal a 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 (+) > 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.

<u>Pour les enfants de moins de 16 ans</u>

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.

Dans tous les cas :

- **Il est tenu compte des éventuelles prises en charge antérieures.**
- **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 un (1) an
    - cataracte évolutive a composante réfractive
    - tumeurs oculaires et palpébrales
    - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de six (6) mois
    - antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de un (1) an
    - greffe de cornée datant de moins de un (1) an
    - kératocône évolutif
    - kératopathies évolutives
    - dystrophies cornéennes
    - 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 ankylo- sante) ;
    - hypertension artérielle mal contrôlée
    - sida
    - affections neurologiques à composante oculaire
    - cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associes 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 entrainer des complications oculaires.

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

19.2.2. Dentaire

Les soins et prothèses dentaires susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle au titre de la règlementation des Contrats Responsables sont répartis dans 2 classes :
- les soins et prothèses dentaires « 100 % santé »
- les soins et prothèses entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres

1. Soins et Prothèses dentaires entrant dans le panier 100 % santé

La Mutuelle prend en charge les frais de soins et prothèses dentaires exposés par le Bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des Honoraires Limite de Facturation.

Les soins et prothèses dentaires appartenant à cette classe à prise en charge renforcée, sont intégralement pris en charge par le Régime Obligatoire et la Mutuelle au titre de la règlementation des Contrats Responsables.

2. Soins et Prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés[2] ou libres[3]

La Mutuelle prend en charge les soins et prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres conformément aux taux/ montants mentionnés sur le Tableau des Garanties.

Le Bénéficiaire pourra avoir un reste à charge sur les actes entrant dans ces paniers.

19.2.3. Les aides auditives

La prise en charge par la Mutuelle des prestations « Aides auditives » est différente en fonction de la Classe à laquelle appartient l'aide auditive, à savoir :
- 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 Bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité[4], dans la limite des prix fixés en application de la règlementation 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 le Régime Obligatoire et la Mutuelle au titre de la règlementation 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 le Tableau des Garanties et dans la limite fixée **par la règlementation des Contrats Responsables, soit un plafond fixé à 1 700€ par aide auditive. Ce plafond inclut le remboursement de Régime Obligatoire et le Ticket Modérateur.**

Le Bénéficiaire 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 (4) ans suivant l'acquisition de cet appareil.

L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire. Ces dispositions tiennent compte des quatre (4) années antérieures à la date de prise d'effet ci-dessous précisée.

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

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

La Mutuelle prend en charge dans la limite des prix

2 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.

3 Les tarifs de ces actes sont librement fixés par les professionnels de santé.

4 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.

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

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

19.2.5. Prothèses capillaires

1. Prothèses capillaires de classe I

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

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

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

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

3. Prothèses capillaires de classe III et IV

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

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

19.3. Prestations Particulières

19.3.1. Forfait automédication

Lorsqu'il est prévu par le niveau de garanties souscrit, le forfait automédication est versé pour les médicaments listés ci-dessous :

- Les médicaments remboursés par le RO à 15% ou à 30% ;
- Les médicaments homéopathiques ;
- Les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO

Le remboursement est conditionné au respect des conditions cumulatives suivantes :

- **Les médicaments doivent bénéficier d'un taux TVA < à 20% ;**
- **Les médicaments doivent figurer dans le répertoire pharmaceutique de l'Agence Nationale de Sécurité pour le Médicament (ANSM) ;**
- **La production des pièces justificatives mentionnées en Annexe 1 des présentes.**

19.3.2. Forfait médecines douces

Lorsqu'il est prévu par le niveau de garanties souscrit, le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte) mentionné en Annexe 1 des présentes.

Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étiopathe, bio kinergie, kiné méthode Mézières, micro kinésithérapeute, psychomotricien, acupuncteur, sophrologue, homéopathe, pédicure – podologue, psychologue, diététicien, nutritionniste, bilan du langage réalisé par un orthophoniste et mésothérapeute.

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

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

19.3.3. Remboursement des séances de psychologues

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

Seules les séances réalisées dans le cadre du présent dispositif pourront être remboursées.

Si la Garantie souscrite est non– responsable, le Ticket Modérateur des séances de psychologues est pris en charge dès lors que la garantie couvre les actes d'auxiliaires médicaux.

19.3.4. Télésurveillance médicale

VIASANTÉ Mutuelle prend en charge le Ticket Modérateur des forfaits facturés au titre du dispositif de télésurveillance conformément à l'article 36 de la Loi n°2021 – 1754 du 23 décembre 2021 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 dès sa mise en œuvre effective.

19.3.5. Forfait prothèses dentaires non remboursées

Lorsqu'il est prévu par le niveau de garanties souscrit, le forfait prothèses dentaires non remboursées est versé sur justificatif (facture du dentiste) et comprend l'ensemble des actes non remboursés par le Régime Obligatoire **(à l'exception des actes d'implantologie, de parodontologie et d'orthodontie)**.

19.3.6. Chambre particulière en ambulatoire

Lorsqu'elle est prévue par la Garantie souscrite, la chambre particulière en ambulatoire est prise en charge pour les séjours inférieurs à 24 heures, en dehors de disposition conventionnelle, dans le cadre de la réalisation d'un acte de chirurgie ou d'un examen réalisé sous anesthésie et **est limitée à dix (10) jours par an**.

19.3.7. Frais d'accompagnants

La Mutuelle prend en charge, dans un rayon de 10km autour de l'établissement, les frais d'hébergement et les frais facturés par un établissement de restauration **(l'alcool n'étant pas éligible)**.

19.3.8. Honoraires médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

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.

19.3.9. Téléconsultation

Un service de téléconsultation médicale est intégré à vos garanties Frais de Santé. Ce service permet aux Bénéficiaires 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.

VIASANTÉ Mutuelle a fait appel à MédecinDirect – Société par actions simplifiées – Siège social : 2 rue de Choiseul – 75002 Paris – 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/

19.3.10. 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 règlementation 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.

VIASANTÉ Mutuelle prend également en charge ce forfait en cas de souscription d'une Garantie Non – Responsable.

19.3.11. Les cures thermales

Lorsqu'elle est prévue par la Garantie souscrite, la prise en charge d'une cure thermale est conditionnée à la communication de l'attestation de cure et des pièces justificatives mentionnées à l'Annexe 1 des présentes.

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 le Tableau des Garanties.

Le remboursement des frais de transport pour cure thermale, non pris en charge par le Régime Obligatoire, peuvent également faire l'objet d'une indemnisation par la Mutuelle à condition de transmettre le justificatif figurant en Annexe 1.

19.3.12. Capital Maladies Graves

La Garantie « Capital Maladies Graves » permet à l'Assuré, **à l'issue du Délai de Carence de douze (12) mois**, de bénéficier d'un capital, de mille (1 000) à cinq mille (5 000) euros en fonction de la Garantie choisie par l'Adhérent, en cas survenance d'une des Maladies Graves visées ci-dessous :

- Cancer,
- Accident Vasculaire Cérébral (AVC) avec séquelles neurologiques,
- Infarctus du myocarde,
- Pathologies nécessitant un pontage coronarien,
- Pathologies nécessitant la greffe d'un organe vital,
- Sclérose en plaques,
- Insuffisance rénale nécessitant dialyse,
- Parkinson,
- Alzheimer.

L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait que sont prises en charge les Maladies Graves, reconnues par la Mutuelle, dont le premier diagnostic médical est intervenu pendant la période de validité de la Garantie et à l'issue du Délai de Carence de douze (12) mois applicable à compter de la date de prise d'effet de la Garantie pour chacun des Assurés.

Le versement du capital garanti à l'Assuré, suite au premier Diagnostic de l'une des Maladies Graves mentionnées ci-dessus, met fin à la garantie « Capital Maladies Graves » pour ce dernier.

En cas de premier Diagnostic de plusieurs Maladies Graves survenant au même moment, le capital garanti ne sera versé qu'une (1) seule fois.

Lorsque l'Assuré demande le versement du capital garanti en cas de premier Diagnostic d'une des Maladies Graves visées par le présent article, ce dernier doit retourner, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de la Mutuelle, le Certificat médical relatif aux Maladies Graves fourni par la Mutuelle et complété par son médecin, à l'adresse suivante : VIASANTÉ Mutuelle – A l'attention du médecin-conseil – 14 rue René Cassin – CS 7020 – 77014 Melun Cedex.

La Mutuelle se réserve le droit de demander à l'Assuré toutes pièces jugées nécessaires pour l'obtention du capital garanti.

Sont entendues comme des Maladies Graves et date de premier Diagnostic au sens du présent Règlement les définitions ci-dessous :

CANCER

Sont entendus comme Maladies Graves cancer :

- Les tumeurs malignes à partir du stade II de la classification de TNM ou de Figo.
- Les mélanomes malins si la tumeur est classée pT2 ou plus selon la Classification Internationale TNM, soit respectivement un indice de Clark de niveau III, avec un indice de Breslow supérieur à 0,75 mm d'épaisseur verticale.
- Les tumeurs hématopoïétiques, leucémies, lymphomes, maladie de Hodgkin, maladie de Kahler etc., à l'exception de certaines formes spécifiques indiquées comme exclues ci-dessous.

Sont exclus :

- **Les tumeurs bénignes ou précancéreuses,**
- **Les tumeurs préinvasives,**
- **Les tumeurs dites « in situ » (Tis)* ou non invasives, exception faite du cancer du sein,**
- **La dysplasie cervicale CIN I-III,**
- **Le carcinome de la vessie stade Ta*,**
- **Le carcinome papillaire de la thyroïde et le carcinome folliculaire de la thyroïde, histologiquement diagnostiqués comme T1a* (tumeur 1 cm dans sa plus grande dimension) sauf en cas de présence d'envahissement locorégional et/ou de métastases à distance,**
- **La leucémie lymphoïde chronique (LLC),**
- **Toutes tumeurs de la peau non mentionnées dans la définition des mélanomes malins indiqués au paragraphe précédent les exclusions,**
- **Toutes tumeurs malignes associées à une infection par le VIH ou le SIDA.**

*** Selon la classification internationale TNM**

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation du cancer, quel que soit son stade et son étendue. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de cancer est conditionné à la confirmation de la malignité de la

tumeur, des caractéristiques susmentionnées et à la réception de l'examen anatomo-pathologique définitif.

ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL (AVC)
Est entendu comme Maladie Grave Accident Vasculaire Cérébral tout épisode d'ischémie, par rupture ou thrombose, d'une artère cérébrale aboutissant à des séquelles neurologiques permanentes.

Sont exclus les accidents ischémiques transitoires.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de l'AVC. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas d'AVC est conditionné à la confirmation de la permanence et de l'ampleur du dommage neurologique constaté par un déficit fonctionnel neurologique supérieur ou égal à vingt pourcent (20 %) trois (3) mois après la survenance de l'AVC.

INFARCTUS DU MYOCARDE
Est entendu comme Maladie Grave infarctus du myocarde la destruction d'une partie du muscle cardiaque du fait d'une diminution de l'apport en oxygène aux cellules du muscle du cœur (ischémie) et d'une nécrose disposant :

1. de la confirmation par un cardiologue qualifié de la présence d'akinésie ou de dyskinésie lors de l'échocardiographie ou autre imagerie cardiaque reconnue, contemporaine,
2. et simultanément de la vérification d'au moins une des trois propositions suivantes :

2.1. développement d'une onde pathologique Q au moins sur deux dérivations du tracé de l'électrocardiogramme (Q sup ou égal 0,04 ou Q sup 25% de l'amplitude de l'onde R),
2.2. signes électrocardiographiques non spécifiques associés à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine),
2.3. symptomatologie récente d'infarctus du myocarde associée à des modifications significatives des marqueurs biochimiques (CPK-MB et troponine),

Sont également couverts les cas ne répondant que partiellement à la définition précédente si l'Adhérent a été traité soit par une thrombolyse intraveineuse, soit par une angioplastie d'une artère coronaire en urgence, certifiée par compte(s) rendu(s) d'hospitalisation, et que le diagnostic a été confirmé par un cardiologue.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de l'infarctus du myocarde. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas d'infarctus du myocarde est conditionné à la confirmation des conditions susmentionnées par le cardiologue.

PATHOLOGIES NECESSITANT UN PONTAGE CORONARIEN
Sont entendues comme Maladies Graves pathologies nécessitant un pontage coronarien les affections coronariennes nécessitant une intervention à thorax ouvert (sternotomie médiane) pour désobstruer ou contourner les artères coronaires rétrécies.

Sont exclues les interventions non chirurgicales (angioplasties).

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de l'affection coronarienne. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de pathologies nécessitant un pontage coronarien est conditionné à la confirmation des conditions susmentionnées et la réalisation du pontage coronarien, par le cardiologue et le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation.

PATHOLOGIES NECESSITANT UNE GREFFE D'ORGANE VITAL
Sont entendues comme Maladies Graves pathologies nécessitant une greffe d'organe vital toutes transplantations ou inscriptions sur une liste officielle d'attente, de greffe des organes suivants exclusivement : cœur, poumon, rein, pancréas et foie. Les allogreffes de moelle hématopoïétique pour des affections non malignes sont également couvertes.

Sont exclues les transplantations seules des îlots de Langerhans. Seuls les Assurés transplantés peuvent bénéficier de la garantie : les Assurés donneurs ne sont pas couverts.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la pathologie touchant un des organes vitaux susmentionnés. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de pathologies nécessitant une greffe d'organe vital est conditionné à la confirmation des conditions susmentionnées par le médecin spécialiste.

SCLEROSE EN PLAQUES
Est entendue comme Maladie Grave sclérose en plaques l'affection du système nerveux central évoluant par poussées par démyélinisation progressive des neurones, entraînant à plus ou moins long terme des troubles neurologiques permanents et invalidants.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la sclérose en plaques quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de sclérose en plaques est conditionné au diagnostic de troubles neurologiques permanents et matérialisé par un score EDSS supérieur ou égal à 5.

INSUFFISANCE RENALE NECESSITANT DIALYSE
Sont entendues comme Maladie Grave insuffisance rénale nécessitant dialyse les déficiences irréversibles et terminales de la fonction rénale nécessitant une dialyse extra corporelle ou une greffe de rein ou les deux successivement.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la pathologie rénale quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas d'insuffisance rénale nécessitant dialyse est conditionné à la nécessité d'un traitement par dialyse continue, certifiée par le néphrologue.

PARKINSON
Est entendue comme Maladie Grave Parkinson la dégénérescence des cellules nerveuses d'une zone, située à l'intérieur du cerveau avec tous les éléments du syndrome Parkinsonien. Seule la maladie de Parkinson idiopathique est garantie.

Est exclue la maladie de Parkinson consécutive à l'administration de médicaments (dits « iatrogènes »).

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la maladie de Parkinson, quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de maladie de Parkinson est conditionné au diagnostic de la bilatéralité des symptômes ainsi que la nécessité d'un traitement spécifique par le neurologue.

ALZHEIMER
Est entendue comme Maladie Grave Alzheimer l'altération progressive de la mémoire immédiate associée à au moins une autre altération des fonctions cognitives (le langage - aphasie, l'écriture - dysorthographie, le mouvement - apraxie) et accessoirement le comportement et l'humeur (anxiété, dépression, irritabilité) et le sommeil (insomnie), entraînant un ralentissement sur la vie au quotidien.

Sont exclues les démences.

Par date de premier Diagnostic on entend la date de première constatation de la maladie d'Alzheimer, quel que soit son stade. Le bénéfice de la garantie « Capital Maladies Graves » en cas de maladie d'Alzheimer est conditionné au diagnostic des troubles susmentionnés et matérialisé par un résultat inférieur ou égal à 20 au test Mini Mental Score (MMS).

19.4. Options VIASANTÉ Mutuelle

L'adjonction ou la résiliation des options ci-après mentionnées pourra être formalisée via l'espace adhérent de l'Adhérent uniquement si la modalité de paiement des cotisations choisie initialement est le prélèvement automatique.

19.4.1. Pack Liberté

L'Adhérent ne pourra choisir cette option **qu'en cas de souscription d'un niveau de Garanties PROTECVIA indice 30 à 120.**

Lorsque cette option est choisie, les prestations complémentaires en automédication, orthodontie (remboursée ou non par le RO), contraception (non remboursée par le RO), stop tabac, vaccins (non remboursés par le RO), médecines douces selon la liste de disciplines énumérées dans le forfait dédié sont à ajouter aux prestations présentées dans les Tableaux de Garanties de l'indice PROTECVIA correspondant.

Le forfait stop tabac est une aide à l'arrêt du tabac. Cette aide comprend la prise en charge des compléments alimentaires (tels que magnésium, phytothérapie et aromathérapie), des inhaleurs ou inhalateurs de traitement nicotinique de substitution (TNS) et de consultations de tabacologie qui ne sont pas pris en charge par le Régime Obligatoire, sous réserve des pièces justificatives mentionnées en Annexe 1.

Par ailleurs, la prise en charge des compléments alimentaires nécessitera l'inscription sur le site data.economie.gouv.fr dont la liste est alimentée par la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation, et de la Répression des Fraudes (DGCCRF).

19.4.2. Pack Confort

L'Adhérent ne pourra choisir cette option qu'en cas de souscription d'une **Garantie PROTECVIA indice 30 à 120.**

Lorsque cette option est choisie, des prestations complémentaires seront versées concernant les postes suivants : Forfait dentaire (prothèses remboursées ou non par le RO), implants, Forfait optique, Pédicure – Podologue, Ostéodensitométrie, Forfait aides auditives, Cure thermale.

Le forfait Équipement Optique s'applique dans les limites définies dans le cadre des Contrats dit « responsables » et selon la même périodicité, à savoir, tous les deux (2) ans.

Le forfait prothèses dentaires s'applique aux prothèses dentaires fixes (codes PFM, PFC), prothèses dentaires amovibles (codes PAR, PAM) ainsi qu'aux inlay Core (code ICO).

Le forfait aides auditives pourra être versé selon la périodicité applicable aux Contrats responsables, à savoir, tous les quatre (4) ans.

Si la Garantie choisie permet de bénéficier du forfait médecines douces, la souscription de l'option Pack Confort permet d'augmenter le forfait pédicure – podologie prévu dans le forfait médecines douces dans la limite énoncée dans le Tableau des Garanties et dans la limite des frais réellement engagés.

Si la Garantie choisie ne permet pas de bénéficier du forfait médecines douces, le forfait pédicure – podologie inclut dans l'option Pack Confort s'applique dans la limite énoncée dans le Tableau des Garanties et dans la limite des frais réellement engagés.

19.4.3. Service d'assistance

Lorsqu'il a été choisi, le service d'assistance peut intervenir au bénéfice des Bénéficiaires, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un accident ou à une maladie soudaine et imprévisible.

Ce service est assuré et géré par une société juridiquement distincte de la Mutuelle, qui dispose d'un agrément pour cette activité.

Le descriptif des prestations et des conditions générales du service d'assistance est remis, en cas de souscription de l'option, à l'Adhérent lors de son adhésion à la Mutuelle.

19.4.4. Cumul des options

Il est précisé que les différentes options à savoir le Pack Liberté, le Pack Confort et le service d'assistance peuvent se cumuler.

ARTICLE 20 – BASE ET LIMITE DE REMBOURSEMENT

20.1. Base de remboursement

Les prestations proposées par VIASANTÉ Mutuelle sont déterminées par l'Assemblée générale dans les conditions fixées aux Statuts.

Les prestations sont calculées, conformément aux différentes Nomenclatures d'actes, sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale (B.R.S.S) en vigueur ou sur des montants forfaitaires, indiqués à la fin du présent règlement, déduction faite du remboursement du Régime Obligatoire s'il existe. Les taux de remboursement indiqués intègrent la part prise en charge par le Régime Obligatoire et par VIASANTÉ Mutuelle.

20.2. Limite de remboursement / Forfaits

Les forfaits annuels, sauf exceptions mentionnées au présent Contrat, s'entendent par année civile et par Bénéficiaire. Ils se renouvèlent donc chaque 1er janvier.

En application des dispositions de l'article L. 224 – 8 du Code de la mutualité, les remboursements effectués par VIASANTÉ Mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du Bénéficiaire 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.

En application de la loi Evin du 31 décembre 1989, les garanties / options de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie / option quelle que soit la date de souscription. Dans cette limite, le Bénéficiaire du Contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 21 – MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

21.1. Conditions de versement des prestations

21.1.1. Mise en jeu des garanties

Pour percevoir les prestations, les Adhérents doivent

être à jour de leurs cotisations et des éventuels frais de recouvrement.

Sous réserve d'éventuels Délais de Carence, les prestations sont servies dès la prise d'effet de l'adhésion, à condition que la date de soins et la date de survenance des évènements soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion.

Sont pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle en fonction de la Garantie souscrite et des éventuelles options et limites précisées au descriptif des garanties, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le Régime Obligatoire.

La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du Régime Obligatoire, sauf cas spécifiques.

Concernant l'orthodontie (acceptée ou refusée), le fait générateur est réputé être la date de début des travaux.

Sont également couvertes les prestations ne donnant pas lieu à une prise en charge par le Régime Obligatoire et indiquées expressément au descriptif des garanties. Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

21.1.2. Demandes de devis

Afin de connaître avant la réalisation de leurs soins ou de leurs achats, le montant des prestations optiques ou dentaires auxquelles ils peuvent prétendre, les Assurés peuvent demander un devis écrit aux services de la Mutuelle.

21.1.3. Pièces à fournir

Le versement des prestations par VIASANTÉ Mutuelle est, le cas échéant, subordonné (selon les systèmes de transmission en place) à la prise en charge par le Régime d'Assurance Maladie français, à la production du décompte établi par le Régime d'Assurance Maladie, d'une facture acquittée, ou encore de tout autre justificatif nécessaire au déclenchement de la prestation.

L'Annexe 1 du Contrat détaille les différentes pièces nécessaires à la prise en charge en fonction de la nature des soins.

21.1.4. Tiers Payant et carte mutualiste

Lors de l'adhésion, il sera remis à l'Adhérent 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 de Tiers Payant reste la propriété de la Mutuelle.

L'Adhérent s'engage, si la carte de Tiers Payant est en cours de validité, à en assurer la restitution à la Mutuelle dans le délai de quinze (15) jours suivant la cessation de ses garanties.

L'Adhérent devra, le cas échéant, restituer les sommes payées par la Mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

21.2. Les soins à l'étranger

Des prestations peuvent être allouées par la Mutuelle uniquement s'il y a prise en charge des frais de soins engagés à l'étranger par le Régime Obligatoire français auquel appartient l'Assuré. Le remboursement n'interviendra qu'après présentation du décompte établi par l'Organisme d'assurance maladie obligatoire français et de la facture acquittée.

Le remboursement intervient :

- **à condition que la prestation soit prise en charge par les Régimes Obligatoires d'Assurance Maladie français et inscrite sur la nomenclature correspondante telles que CCAM, NGAP, LPP* selon la nature des soins.**
- **sur la base de remboursement retenue par l'Organisme d'assurance maladie obligatoire français.**

La Mutuelle pourra compléter cette prise en charge, à hauteur du taux ou du montant précisé par le Tableau des Garanties du Contrat souscrit par l'Adhérent.

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 Maitrisée.

Les prestations exprimées en forfait prenant en charge les actes non – remboursés par l'Assurance Maladie obligatoire, n'ouvrent droit à aucun remboursement de la Mutuelle si les soins ont été engagés à l'étranger ou dans les Collectivités d'Outre – Mer de Polynésie française et de Nouvelle – Calédonie.

(*) CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
LPP : Liste des Produits et Prestations

21.3. Produits achetés via Internet ou 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.

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

- **les médicaments achetés via le site Internet d'une pharmacie d'officine référencée 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.**

21.4. Modalités et délais de règlement des prestations

Les prestations sont réglées directement :

- à l'Adhérent,
- ou à ses Ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part,
- aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base de convention de tiers payant à cet effet.

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

Ces remboursements sont effectués dans les meilleurs délais, et sous réserve de la réception de l'ensemble des pièces justificatives que les Assurés doivent fournir, conformément à l'Annexe 1 du présent Contrat. **Dans plus de 80% des cas, les paiements à l'Adhérent sont réalisés à J*+5, les 20% restants nécessitant des compléments d'informations s'effectuent dans un délai maximum de quinze (15) jours à compter de la réception des éléments manquants.**

* J correspond soit à la réception du flux du Régime Obligatoire en cas de Télétransmission, soit à la réception de la demande de remboursement de la prestation au sein de VIASANTÉ Mutuelle.

21.5. Prestations indûment perçues

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès de l'Adhérent.

L'Adhérent est informé par courrier de la somme qu'il doit rembourser dès réception dudit courrier.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par VIASANTÉ Mutuelle seraient réduites à due concurrence et les dispositions de l'article 2 du décret n°90 – 769 du 30 août 1990 seront appliquées.

Le Bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit un remboursement pour les frais pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

ARTICLE 22 – EXCLUSIONS

Sont exclus des remboursements accordés par VIASANTÉ Mutuelle :

- **la participation forfaitaire et la franchise prévues à l'article L.160 – 13 du code de la Sécurité sociale,**
- **la majoration de participation prévue aux articles L. 162 – 5 – 3 du code de la Sécurité sociale,**
- **les frais consécutifs à l'application du coefficient de minoration prévu aux articles L. 871-1 et L. 322-5 du Code de la Sécurité sociale,**
- **les 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,**
- **tout autre acte, prestation, majoration, minoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application,**
- **les dépassements d'honoraires pour exigence particulière de lieu ou de temps (DE) définis par la convention médicale nationale (Article 39 – 1),**
- **les actes non pris en charge par les Régimes d'Assurance Maladie obligatoire français, à l'exception toutefois des prestations définies pour chaque garantie / option.**
- **les frais liés au long séjour, aux séjours en établissements médico – sociaux ou en maison de retraite.**

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur des garanties / options et/ou postérieurement à la date d'effet de la cessation ou résiliation des garanties, ne donnent pas droit à prise en charge de la part de VIASANTÉ Mutuelle. Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des soins.

Ainsi une hospitalisation ayant débuté avant la prise d'effet de la garantie / option et se poursuivant après ne donnera droit à remboursement qu'à partir de la date d'entrée en vigueur de la garantie / option.

Par ailleurs, une hospitalisation ayant débuté avant la cessation de la garantie / option ne donnera droit à remboursement que jusqu'à la date de cessation bien que l'hospitalisation se poursuive après celle-ci.

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.

La Mutuelle ne remboursera 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. Seul le Ticket Modérateur sera remboursé.

ARTICLE 23 – SUBROGATION – RECOURS CONTRE TIERS

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

À cet effet, l'Adhérent et ses Ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de permettre à la Mutuelle d'exercer son recours contre celui-ci ou contre son assureur.

ARTICLE 24 – SANCTIONS

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

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

1. **En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité).**
2. **Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par l'Adhérent (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).**

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

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

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

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un Adhérent non à jour de ses cotisations agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle lorsque les garanties sont suspendues ou ne sont plus en vigueur.

En cas de refus du Bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la Mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont intentionnellement frauduleuses, la Mutuelle n'est redevable d'aucune prestation. De même, la production de documents inexacts ou mensongers fait perdre tout droit à prestation. En tout état de cause, la Mutuelle pourra engager des poursuites en vue du recouvrement des sommes indûment versées, sans préjudices des sanctions prévues par les Statuts de la Mutuelle.

CHAPITRE VII
COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE ACTION SOCIALE

ARTICLE 25 – COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE – ACTION SOCIALE

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

Chaque Commission entraide mutualiste – Action sociale se compose de délégués et/ou administrateurs de la Mutuelle. Elles se réunissent au moins deux fois par an en présentiel ou distanciel.

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 pouvant, le cas échéant, leur attribuer une aide financière.

Pour en savoir plus, le Bénéficiaire peut contacter la mutuelle à l'adresse suivante : action.sociale@viasante.fr.

CHAPITRE VIII – PRÉVENTION

ARTICLE 26 – ACTIONS DE PRÉVENTION

Des actions de prévention du type formation ou réunion d'information par exemple peuvent être mises en place à destination des Adhérents et de leurs Ayants droit.

CHAPITRE IX
DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 27 – PRESCRIPTION

En application des dispositions de l'article L 221 – 11 du code de la mutualité, toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ces délais ne courent :

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

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

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

Conformément à l'article L.221 – 12 du code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre participant, ou le Bénéficiaire, à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont visées par les articles 2240 à 2246 du Code civil, et sont notamment :

- **La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de la Mutuelle du droit de la garantie contestée ;**
- **L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;**
- **Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée notamment comme un commandement de payer, une saisie.**

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

Selon les cas et hormis les accords de Télétransmission avec d'autres organismes payeurs, les demandes de paiement des prestations, décomptes du Régime d'Assurance Maladie et facture acquittée doivent être produits dans un délai maximum de deux (2) ans à compter de la date des soins ou de facturation. À l'expiration des délais susmentionnés, le Bénéficiaire est déchu du bénéfice des prestations.

ARTICLE 28 – PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées les données ?

Les données à caractère personnel de l'Adhérent et, le cas échéant de ses Ayants droit sont collectées et traitées par VIASANTE Mutuelle, membre du groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution de votre Contrat. Ainsi la Mutuelle utilise :

- Des données relatives à l'âge, la situation familiale et professionnelle, à la santé. Ces données sont nécessaires à l'étude des besoins et du profil de l'Adhérent afin de lui proposer des produits et services adaptés ;
- Des 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 les intérêts légitimes de la Mutuelle, de protection et de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts aux 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 aux obligations légales et règlementaires de la Mutuelle, notamment :

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

La Mutuelle peut être amenée à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données de l'Adhérent, notamment pour répondre à ses obligations de conseil, déterminer les garanties, ou les prestations et de proposer des contrats et services adaptés.

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 légales. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant la durée du Contrat et pour une durée de trois (3) ans après la fin du Contrat ou après le dernier contact émanant de la part de l'Adhérent.

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

Dans le cadre de ces traitements, les données de l'Adhérent et, le cas échéant de ses Ayants droit, sont transmises aux services en relation avec les Bénéficiaires, 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 les droits et comment les exercer ?

Les Bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès aux données les concernant, leur rectification, leur effacement et leur portabilité. Ils peuvent aussi, sous certaines conditions, demander la limitation d'un traitement ou s'opposer à sa mise en œuvre. Enfin, ils ont la possibilité de définir des directives générales et particulières précisant la manière dont ils entendent que soient exercés ces droits, après leur décès.

Les Bénéficiaires disposent, en outre, du droit de s'opposer au traitement de leurs données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation 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 leur 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.

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.

La Mutuelle apporte la plus grande attention aux données personnelles, néanmoins si les Bénéficiaires considèrent que le traitement des données les concernant porte atteinte à leurs droits, ils disposent de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Pour en savoir plus sur la politique de protection de la vie privée et des données à caractère personnel de la Mutuelle, les Bénéficiaires peuvent retrouver des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : www.viasante.fr

*NIR : Numéro de Sécurité sociale

ARTICLE 29 – OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

Si l'Adhérent ne souhaite pas faire l'objet d'une prospection commerciale par voie téléphonique, conformément à l'article L. 223 – 1 du code de la consommation, il peut s'inscrire gratuitement sur une liste d'opposition BLOCTEL au démarchage téléphonique.

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

ARTICLE 30 – TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

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 RECLAMATIONS – TSA

10005 – 11804 CARCASSONNE CEDEX ou par courrier électronique à l'adresse suivante : contact.reclamation@viasante.fr ou par téléphone au 09 69 39 3000

Dans le cadre d'une réclamation écrite, un accusé de réception sera envoyé, par écrit, dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation, sauf si une réponse écrite est apportée dans le délai susmentionné.

Une réponse écrite sera adressée dans les meilleurs délais et en tout état de cause n'excédant pas le délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite.

Si le désaccord persiste, ou, à défaut de réponse de la Mutuelle dans un délai de deux (2) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, le Bénéficiaire 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 suivant : https://www.mediateur – mutualite.fr/.

La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tôt dans le délai de deux (2) mois après l'envoi d'une première réclamation écrite et au plus tard dans le délai d'un (1) an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

Conformément à l'article R. 612 – 5 du code de la consommation, une proposition sera rendue au plus tard dans le délai de quatre-vingt-dix (90) jours, sauf en cas de litige complexe.

La proposition 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.

ARTICLE 31 – MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT MUTUALISTE, DES COTISATIONS ET / OU DES PRESTATIONS

Le présent Contrat, les taux de cotisations et/ou de prestations peuvent être modifiés dans les conditions prévues dans les Statuts de la Mutuelle.

Ces modifications sont portées à la connaissance des Adhérents de la Mutuelle.

Les modifications apportées au Contrat, aux taux de cotisations et/ou aux montants de prestations sont applicables de plein droit aux Bénéficiaires à compter de leur notification.

ARTICLE 32 – LOI APPLICABLE

La loi applicable aux présentes dispositions est la loi française conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité. Lorsque des dispositions législatives et réglementaires viennent à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, cette dernière peut procéder à la révision du Contrat.

Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les conditions antérieures s'appliquent sauf lorsque les nouvelles dispositions sont d'ordre public et, de ce fait, d'application immédiate. En ce dernier cas, la Mutuelle pourra être amenée à aménager les garanties et les tarifs.

Ce Contrat est assujetti au régime fiscal français.

Tous impôts, taxes, prélèvements et contributions qui pourraient s'appliquer à l'adhésion au Contrat sont à la charge de l'Adhérent ou du Bénéficiaire selon le cas et ce, notamment lorsqu'une nouvelle législation est adoptée postérieurement à la date de souscription du Contrat.

ARTICLE 33 – LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET FINANCEMENT DU TERRORISME

La Mutuelle, en sa qualité d'organisme financier, est assujettie au respect de la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme, telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur en application des articles L. 561 – 1 et suivants du Code monétaire et financier. A ce titre, l'Adhérent s'engage à remettre à la Mutuelle dès l'entrée en relation d'affaires l'ensemble des éléments prévus dans la documentation nécessaire à la gestion et à l'exécution de son Contrat ainsi que les éléments de connaissance client pour lui – même et ses éventuels Ayants droit. Ces informations devront être actualisées pendant toute la durée de la relation d'affaires.

En application de l'article L. 561 – 8 du Code monétaire et financier, la Mutuelle est susceptible de refuser d'exécuter l'opération demandée quelles qu'en soient les modalités, voire de mettre fin au Contrat, si elle n'est pas en mesure de satisfaire à ses obligations d'identification ou de connaissance client.

ARTICLE 34 – MESURES RESTRICTIVES ET SANCTIONS INTERNATIONALES

La Mutuelle ne sera tenue d'accorder et/ou d'exécuter aucune garantie, ne fournira aucune prestation et ne sera obligée de payer aucune somme au titre du présent Contrat dès lors que l'exécution du règlement l'exposerait à une violation des sanctions, prohibitions, restrictions de nature ou portée économiques, financières ou commerciales décidées, administrées, imposées ou appliquées par le Conseil de sécurité des Nations Unies, l'Union Européenne, la France ou par des textes d'autres autorités compétentes ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions et mesures pour lesquelles la Mutuelle serait réglementairement tenue de se conformer.

ARTICLE 35 – DÉSIGNATION DE L'ORGANISME DE CONTRÔLE

La Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) sise : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE 1
PIÈCES JUSTIFICATIVES

Les demandes de remboursement sont adressées par le Bénéficiaire à la Mutuelle. Chaque dossier adressé doit comprendre, à défaut de Télétransmission par les organismes de base :

- Les décomptes de règlement de la Sécurité sociale pour les actes remboursés par le Régime Obligatoire ;
- Les décomptes de règlement de l'intervention d'un autre organisme complémentaire le cas échéant ;
- Une attestation de radiation ou de non prise en charge pour les décomptes de règlement faisant référence à la Télétransmission vers un autre organisme complémentaire que la Mutuelle.

Et **dans tous les cas**, tout justificatif ou facture permettant son traitement et notamment les notes d'honoraires et les factures des frais prescrits nominatives, détaillées, acquittées et datées, le cas échéant, les devis.

Il est rappelé aux Bénéficiaires que :

- Pour l'ensemble des prestations fournies, seuls les frais réels engagés figurant sur les décomptes Sécurité sociale ou sur les factures détaillées des praticiens et des professionnels de santé, des établissements hospitaliers ou des cliniques, seront pris en compte pour les remboursements.
- Les factures détaillées devront notamment comporter le cachet du praticien avec son numéro d'identification ainsi que le montant des frais engagés détaillé par acte, le libellé de l'acte correspondant au code de regroupement destiné aux organismes complémentaires, son prix unitaire tel que défini par la CCAM et la base de remboursement Sécurité sociale.

Par ailleurs et concernant plus particulièrement les prestations mentionnées ci-après :

- **En cas de consultation d'un praticien du secteur non conventionné,** une facture nominative et détaillée établie par le médecin ;
- **En cas de prise en charge de frais de prothèses dentaires,** d'implantologie ou parodontologie, une facture détaillée précisant le numéro de chaque dent traitée ou remplacée, la nature détaillée des actes (codes actes CCAM) et les honoraires détaillés concernant chaque acte ;
- **En cas d'hospitalisation,** le bordereau de facturation détaillé acquitté (clinique) mentionnant la discipline médico – tarifaire (code DMT ou DCS), ou l'avis des sommes à payer accompagné de l'attestation de paiement (hôpitaux) ;
- **En cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Médecine Douce,** la facture nominative acquittée et datée, comportant la mention de l'acte, du numéros Automatisation Des Listes (ADELI), ou du Répertoire Partagé des Professionnels de Santé (RPPS) ou de l'autorisation de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) ou encore du Registre National des Etiopathes (RNE).
  En l'absence de ces informations sur les factures, aucun remboursement ne sera effectué.
  Cette condition ne s'appliquant pas aux sophrologues.
  S'agissant de la micro – kinésithérapie, cette discipline pouvant être exercée soit par un médecin, soit un ostéopathe, le numéro d'identification de ce professionnel de santé concerné devra apparaître sur la facture.
- **En cas de prise en charge du forfait stop tabac,** la production de l'ordonnance du professionnel mentionnant un traitement de sevrage tabagique.
  Pour les inhaleurs ou inhalateurs de traitement nicotinique de substitution, la production de la facture nominative acquittée de la pharmacie ou de la parapharmacie, faisant mention de la nature du produit.
- **En cas de prise en charge de compléments alimentaires,** la production de la prescription ainsi que de la facture nominative acquittée de la pharmacie ou de la parapharmacie, faisant mention du taux de TVA à 5,5 %.
- **En cas de prise en charge des vaccins,** la production de la facture nominative acquittée de la pharmacie ou d'un centre de vaccination ou d'un établissement de santé.
- **En cas de prise en charge des cure thermales :**
  - Le décompte du Régime Obligatoire pour les honoraires du médecin thermal ;
  - La facture de l'établissement afférente au forfait thermal ;
  - Les 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 thermale, non pris en charge par le Régime Obligatoire peuvent également faire l'objet d'une indemnisation par la Mutuelle à condition de transmettre :
      - 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 des Garanties.
- **En cas de prise en charge de frais au titre de la garantie densitométrie osseuse,** la prescription médicale accompagnée de la facture acquittée et datée du praticien ;
- **En cas de prise en charge de frais au titre de la garantie chirurgie réfractive,** la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- **En cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle,** toutes pièces justificatives afin de procéder en particulier au recouvrement des sommes réglées par la Mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès – verbal, constat, attestations de témoins, coupures de journaux…) ;
- **En cas de prise en charge de frais au titre d'une des garanties Fécondation In Vitro,** la note d'honoraires du praticien accompagnée de la facture acquittée et datée ;
- **En cas de prise en charge du forfait automédication,** la production d'une facture détaillée et nominative comportant le taux de TVA applicable à chaque médicament qui doivent figurer dans le répertoire pharmaceutique de l'Agence Nationale de Sécurité pour le Médicament (ANSM) ;
- **En cas de prise en charge des transports non remboursés par le Régime Obligatoire** dans le cadre d'une consultation, d'un acte médical ou d'une hospitalisation, si utilisation d'un véhicule personnel, la production de la carte grise du véhicule concerné, si utilisation d'un transport en commun, la facture correspondante. Dans tous les cas, transmettre l'attestation de passage dans l'établissement.