

**STATUTS
& RÈGLEMENT
2020**

COLLECTIVIA

**COLLECTIVITÉS TERRITORIALES
(BRANCHES 1, 2, 20 ET 21)**

- ▶ Statuts P. 2 à 8
- ▶ Règlement garanties P. 9 à 18
- ▶ Tableaux de garanties P. 19 à 24
- ▶ Glossaire P. 25

TITRE I - Formation, objet et composition de la mutuelle

CHAPITRE I FORMATION ET OBJET DE LA MUTUELLE

Art. 1 - Dénomination

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

Art. 2 - Siège

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

Art. 3 - Objet

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

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

La Mutuelle a pour objet :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 4 - Le mécanisme de la substitution

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

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

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

Art. 5 - Règlement intérieur

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

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

Art. 6 - Respect de l'objet des Mutuelles

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

Art. 7 - Protection des données à caractère personnel

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité 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

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

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

* NIR : Numéro de Sécurité sociale

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

Section 1 – Conditions d'adhésion

Art. 8 - Catégories de membres

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De même, les enfants mineurs de moins de 16 ans peuvent être membres participants de la Mutuelle sous réserve de l'autorisation expresse de leur représentant légal et que ce dernier soit bénéficiaire d'un contrat collectif obligatoire ne permettant pas de rattacher des ayants droit.

Les membres honoraires sont les personnes physiques qui versent une cotisation ou font des dons sans pouvoir bénéficier des prestations de la Mutuelle et des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif ainsi que les représentants des membres affiliés au travers la souscription de ces personnes morales.

Les membres sont répartis dans 2 sections de vote nationales :

- section professionnelle,
- section interprofessionnelle.

Art. 9 - Adhésion individuelle

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

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

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

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

Art. 10 - Adhésions collectives

I – Opérations collectives facultatives :

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

II – Opérations collectives obligatoires :

Dans le cadre des opérations collectives obligatoires, la qualité de membre

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

Section 2 – Majorations de retard et exécution en justice

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

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

Section 3 – Démission, radiation et exclusion

Art. 11 - Démission

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

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

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

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

Art. 12 - Radiation

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions d'admission prévues aux présents statuts, au règlement mutualiste et aux contrats collectifs.

Sont notamment radiés les membres dont les garanties ont été résiliées dans les conditions prévues aux articles L. 221-7, L. 221-8 et L. 221-17 du code de la mutualité.

Art. 13 - Exclusion

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TITRE II - ADMINISTRATION DE LA MUTUELLE

CHAPITRE I - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Section 1 – Composition, élection

Art. 15 - Composition de l'Assemblée générale

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

Art. 16 - Section de vote

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

Art. 17 - Élection des délégués

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

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

Chaque votant dispose d'une voix.

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

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

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

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

Après l'élection des premiers délégués, le Comité des candidatures procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel les délégués seront soumis à réélection.

Section 2 – Réunions de l'Assemblée générale

Art. 18 - Convocations de l'Assemblée générale

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

L'Assemblée générale peut également être convoquée par :

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

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

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

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

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

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

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

Tout délégué, peut détenir jusqu'à 2 procurations.

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

Le Président du Conseil d'administration doit refuser l'inscription d'un projet

de résolution lorsque celui-ci n'entre pas dans l'objet social de la Mutuelle. L'Assemblée générale délibère sur les points inscrits à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toute circonstance révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles prévues par le code de la mutualité.

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

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

Art. 20 - Quorum et majorités

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

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

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

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

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

Section 3 : Attributions de l'Assemblée générale

Art. 21 - Compétences

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

L'Assemblée générale est appelée à se prononcer sur :

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

mentionnées au II de l'article L. 221-2, dans le cas où les statuts prévoient que le Conseil d'administration adopte les règlements de ces opérations, 19. toute question relevant de sa compétence en application des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

L'Assemblée générale se prononce également sur :

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

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

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

Cette délégation est valable 1 an.

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

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

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

CHAPITRE II - CONSEIL D'ADMINISTRATION

Section 1 – Composition, élections

Art. 24 - Composition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 26 - Modalités de l'élection

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

Afin de permettre aux membres de l'Assemblée générale d'élire les administrateurs dans les conditions prévues par l'article L.114-16-1 du code de la mutualité, il est établi une ou plusieurs listes de candidats composée(s) en recherchant une représentation équilibrée des femmes et des hommes. Chaque liste doit comporter une part minimale de sièges pour les personnes de chaque sexe au moins égale à 40 %, sauf insuffisance du nombre de candidats d'un sexe.

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

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

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

Le renouvellement du Conseil d'administration a lieu par moitié tous les 3 ans, selon les mêmes modalités d'élection que celles prévues à l'article 26.

Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'administration ou en cas de renouvellement complet, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

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

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

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

Tout administrateur cesse ses fonctions :

- lorsqu'il perd la qualité de membre participant ou de membre honoraire de la Mutuelle ;
- lorsqu'il est atteint par la limite d'âge, dans les conditions mentionnées à l'article 25 ;
- lorsqu'il ne respecte pas les dispositions de l'article L. 114-23 du code de la mutualité relatif au cumul, il présente sa démission ou est déclaré démissionnaire d'office dans les conditions prévues au présent article ;
- 3 mois après qu'une décision de justice définitive l'a condamné pour l'un des faits visés à l'article L. 114-21 du code de la mutualité ;
- par suite d'une décision d'opposition à la poursuite du mandat prise par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

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

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

Section 2 – Réunions du Conseil d'administration

Art. 28 - Réunions

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

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

Le Conseil d'administration peut se réunir par visioconférence, sauf en cas d'élection du Bureau ou d'arrêtés des comptes.

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

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

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

Assistent aux réunions du Conseil avec voix consultative :

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

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

Art. 30 - Quorum et majorité

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

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents.

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

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

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

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

Les délibérations du Conseil sont confidentielles.

Section 3 – Attributions du Conseil d'administration

Art. 31 - Compétences

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

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

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

À la clôture de chaque exercice, il établit les comptes consolidés ou combinés le cas échéant, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'Assemblée générale ;

Il approuve l'ensemble des documents prudentiels et financiers requis par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

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

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

Le Conseil d'administration adopte annuellement le budget de la Mutuelle.

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

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

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

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

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

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

Art. 32 - Délégation d'attributions

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

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

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

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

Art. 33 - Les différents types de conventions

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

Section 4 – Statut des administrateurs

Art. 34 - Formation des administrateurs

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

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

Art. 35 - Gratuité des fonctions d'administrateur

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

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

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

Il leur est également interdit de faire partie du personnel rétribué par la

Mutuelle ou de recevoir, à quelque titre que ce soit et sous quelque forme que ce soit, des rémunérations ou avantages autres que ceux prévus à l'article L. 114-26 du code de la mutualité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Art. 38 - Responsabilité

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

Section 5 – Statut du mandataire mutualiste

Art. 39 - Définition du mandataire mutualiste

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

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

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

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

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

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

CHAPITRE III - PRÉSIDENT ET BUREAU

Section 1 – Élection et attributions du Président

Art. 41 - Élection et révocation

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

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

Art. 42 - Vacance

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

Art. 43 - Attributions

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

Il préside les réunions du Conseil d'administration et de l'Assemblée générale. Le Président convoque le Conseil d'administration et en établit l'ordre du jour. Il informe, le cas échéant, le Conseil d'administration des procédures engagées en application des dispositions de la section 6 et de la section 7 du chapitre II du titre Ier du livre VI du code monétaire et financier.

Il veille au bon fonctionnement des organes de la Mutuelle et s'assure en particulier que les administrateurs sont en mesure de remplir les attributions qui leur sont confiées.

Le Président représente la Mutuelle en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Il est compétent pour décider d'agir en justice, ou de défendre la Mutuelle dans les actions intentées contre elle.

Il veille à la régularité du fonctionnement de la Mutuelle, conformément au code de la mutualité et aux statuts.

Il engage les dépenses.

Il avise les commissaires aux comptes de toutes les conventions autorisées par le Conseil d'administration.

Le Président peut, sous sa responsabilité et son contrôle, et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général ou au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle ou à des salariés, l'exécution de certaines tâches qui lui incombent, et leur déléguer sa signature pour des objets déterminés.

Le Président exerce la direction effective de la Mutuelle au sens de l'article L.211-13 du code de la mutualité.

Section 2 - Élection, composition du Bureau

Art. 44 - Élection

Le Conseil d'administration constitue un Bureau.

Les membres du Bureau autres que le Président du Conseil d'administration, sont élus pour 3 ans par le Conseil d'administration en son sein au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée générale ayant procédé au renouvellement du Conseil d'administration.

Ils peuvent être démis à tout moment par le Conseil d'administration.

En cas de vacance et pour quelque cause que ce soit, le Conseil d'administration, pourvoit au remplacement du poste vacant. L'administrateur ainsi élu au Bureau achève le mandat de celui qu'il remplace.

Art. 45 - Composition

Le Bureau est composé de la façon suivante :

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

Art. 46 - Réunions et délibérations

Le Bureau se réunit sur convocation du Président, selon ce qu'exige la bonne administration de la Mutuelle.

La convocation est envoyée aux membres du Bureau 5 jours au moins avant la date de la réunion, sauf en cas d'urgence.

Le Bureau peut se réunir par visioconférence.

Le Président peut inviter des personnes extérieures au Bureau à assister aux réunions dudit Bureau qui délibère alors préalablement sur cette présence.

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres est présente. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Il est établi un procès verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

Art. 47 - Les Vice-présidents

Les Vice-présidents secondent le Président qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs, à l'exclusion de ceux relevant de sa mission de dirigeant effectif.

En cas de vacance du Président, le Vice-président le plus âgé peut remplacer provisoirement le Président dans l'attente de l'élection d'un nouveau Président.

En cas d'indisponibilité du Vice-président le plus âgé, celui des 2 autres Vice-présidents le plus âgé le supplée.

Art. 48 - Le Secrétaire général et le Secrétaire adjoint

Le Secrétaire général est responsable de la rédaction des procès verbaux des réunions statutaires et de leur conservation.

Le Secrétaire général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel de la Mutuelle l'exécution de certaines missions qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés. Le Secrétaire adjoint seconde et assiste le Secrétaire général dans toutes ses fonctions.

En cas de vacance du Secrétaire général, le Secrétaire adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Secrétaire général.

Art. 49 - Le Trésorier général

Le trésorier général effectue les opérations financières de la mutuelle et tient la comptabilité.

Le Trésorier général est chargé du paiement des dépenses engagées par le Président et fait encaisser les sommes dues à la Mutuelle.

Il fait procéder selon les directives du Conseil d'administration à l'achat, à la vente et, d'une façon générale, à toutes les opérations sur les titres et valeurs.

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

- les comptes annuels et les documents, états, tableaux qui s'y rattachent ;
- le rapport prévu au paragraphe m) et le plan prévu au paragraphe n) de l'article L. 114-9 du code de la mutualité ;

• les éléments visés aux paragraphes a) c) d) et f) ainsi qu'aux 2 derniers alinéas de l'article L. 114-17 du code de la mutualité ;

• un rapport synthétique sur la situation financière de la Mutuelle.

Le Trésorier général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'administration, confier au Délégué général et au Dirigeant opérationnel l'exécution de certaines tâches qui lui incombent et lui déléguer sa signature pour des objets nettement déterminés.

Le Trésorier adjoint seconde et assiste le Trésorier général dans toutes ses fonctions.

En cas de vacance du Trésorier général, le Trésorier adjoint peut le remplacer provisoirement dans l'attente de l'élection d'un nouveau Trésorier général.

CHAPITRE IV DIRECTION GÉNÉRALE DE LA MUTUELLE

Art. 50 - Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel

Le Conseil d'administration nomme, sur proposition du Président, un Délégué général, et un Dirigeant opérationnel ; il détermine leurs attributions respectives. Il peut être mis fin aux fonctions du Délégué général et du Dirigeant opérationnel suivant la même procédure.

Le Délégué général est le Dirigeant opérationnel de l'Association sommitale AG2R LA MONDIALE REUNICA.

Le Délégué général et le Dirigeant opérationnel assistent aux réunions du Conseil d'administration et du Bureau ensemble ou séparément.

Ils peuvent se faire représenter lors de ces réunions par la personne de leur choix.

Le Dirigeant opérationnel est tenu de déclarer au Conseil d'administration, avant sa nomination, l'ensemble des activités professionnelles et fonctions électives qu'il entend conserver et de faire connaître après sa nomination les autres activités ou fonctions qu'il entend exercer.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil d'administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du code de la mutualité.

Le Dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet de la Mutuelle, de la délégation de pouvoirs confiée par le Conseil d'administration et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément aux Assemblées générales, au Conseil d'administration et au Président.

CHAPITRE V - ORGANISATION FINANCIÈRE

Section 1 - Produits et charges

Art. 51 - Les produits

Les produits de la Mutuelle comprennent principalement :

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

Art. 52 - Les charges

Les charges comprennent notamment :

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

Art. 53 - Apports et transferts financiers

En cas de création de Mutuelles définies à l'article L. 111-3 ou d'unions définies à l'article L. 111-4 du code de la mutualité, la Mutuelle peut opérer des apports et des transferts financiers au profit de la Mutuelle ou de l'union créée, dans les conditions prévues à ces articles.

Tout autre transfert financier doit faire l'objet d'un rapport du Conseil d'administration à l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article L. 114-17 du code de la mutualité. Il ne peut remettre en cause les exigences de solvabilité.

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

Art. 54 - Placements

Le Conseil d'administration décide du placement et du retrait des fonds de

la Mutuelle compte tenu, le cas échéant, des orientations données par la Mutuelle.

Art. 55 - Garantie

La Mutuelle adhère au système de garantie de la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Art. 56 - Règles de sécurité financière

Les marges de solvabilité et les provisions techniques sont constituées conformément à la législation en vigueur.

Section 3 - Comité d'audit et Commissaires aux comptes

Art. 57 - Comité d'audit

VIASANTÉ Mutuelle désigne un administrateur au sein du comité d'audit de SGAM AG2R LA MONDIALE afin de la représenter et de tenir informé le Conseil d'administration de VIASANTÉ Mutuelle.

Art. 58 - Commissaire aux comptes

En vertu de l'article L. 114-38 du code de la mutualité, l'Assemblée générale nomme au moins un Commissaire aux comptes choisi sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du code de commerce.

Le Président convoque le Commissaire aux comptes à toute Assemblée générale.

Le Commissaire aux comptes :

- certifie le rapport établi par le Conseil d'administration et présenté à l'Assemblée générale, détaillant les sommes et avantages de toute nature versée à chaque administrateur ;
- certifie les comptes consolidés et combinés établis par le Conseil d'administration ;
- prend connaissance de l'avis donné par le Président du Conseil d'administration de toutes les conventions autorisées en application de l'article L. 114-32 du code de la mutualité ;
- établit et présente à l'Assemblée générale un rapport spécial sur lesdites conventions réglementées à l'article L. 114-34 du code de la mutualité ;
- fournit à la demande de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout renseignement sur l'activité de celle-ci sans pouvoir opposer le secret professionnel ;
- signale sans délai à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution tout fait et décision mentionné à l'article L. 612-44 II du code monétaire et financier dont il a eu connaissance ;
- porte à la connaissance du Conseil d'administration et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution les vérifications auxquelles ils ont procédé dans le cadre de leurs attributions prévues par le code de commerce ;
- signale dans son rapport annuel à l'Assemblée générale les irrégularités et inexactitudes éventuelles qu'ils ont relevées au cours de l'accomplissement de leur mission.

Il joint à son rapport annuel une annexe qui récapitule les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature, réalisés par la Mutuelle au bénéfice d'une mutuelle ou d'une union relevant du livre III du code de la mutualité.

Section 4 - Fonds d'établissement

Art. 59 - Montant du fonds d'établissement

Le fonds d'établissement est fixé à la somme de 381 100€. Les droits d'adhésion sont affectés au fonds d'établissement.

Son montant pourra être augmenté par la suite, suivant les besoins, par décision de l'Assemblée générale statuant dans les conditions de l'article 20 des présents statuts, sur proposition du Conseil d'administration.

TITRE III - Dispositions diverses

Art. 60 - Dissolution volontaire et liquidation

En dehors des cas prévus par les lois et règlements en vigueur, la dissolution de la Mutuelle est prononcée par l'Assemblée générale dans les conditions fixées par les présents statuts.

L'Assemblée générale règle le mode de liquidation et nomme un ou plusieurs liquidateurs qui peuvent être pris parmi les membres du Conseil d'administration.

La nomination des liquidateurs met fin au pouvoir des administrateurs.

L'Assemblée générale régulièrement constituée conserve pour la liquidation les mêmes attributions qu'antérieurement. Elle confère, s'il y a lieu, tous pouvoirs spéciaux aux liquidateurs, elle approuve les comptes de la liquidation et donne décharge aux liquidateurs.

L'excédent de l'actif net sur le passif est dévolu par décision de l'Assemblée générale qui a statué sur la clôture de la liquidation à d'autres mutuelles ou unions ou au Fond national de solidarité et d'actions mutualistes mentionné à l'article L. 421-1 du code de la mutualité ou au Fond de garantie mentionné à l'article L. 431-1 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L. 113-4 du code de la mutualité, à défaut de réunion de l'Assemblée générale durant deux années consécutives, l'ACPR peut prononcer la dissolution et nommer un liquidateur.

Art. 61 - Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste ou la notice d'information, le contrat collectif, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin

d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Art. 62 - Reconnaissance dominante d'une société de groupe assurantiel de protection sociale (sgaps)

VIASANTÉ Mutuelle reconnaît, par son affiliation à un groupe prudentiel, l'influence dominante de SGAPS AG2R LA MONDIALE.

Cette influence dominante s'exerce au moyen d'une coordination centralisée de ladite Sgaps sur les décisions de ses affiliés susceptibles d'affecter significativement la situation financière de l'ensemble. Ainsi, par son adhésion sans réserve aux statuts à son affiliation à la Sgaps, VIASANTÉ Mutuelle s'engage à recueillir son autorisation préalable, notamment lors des opérations suivantes, selon les seuils définis dans la convention d'affiliation :

- l'acquisition ou la cession d'immeubles par nature ;
- l'acquisition ou la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations ;
- la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;
- les opérations de fusion, de transfert de portefeuille ou de substitution (à l'exception des opérations entre les membres de la Sgam, de la Sgaps ainsi que de leurs filiales et participations) ;
- l'externalisation des activités définies par les articles L. 354-3 et R. 354-7 du code des assurances ;
- l'émission de fonds, titres ou certificats.

De même, VIASANTÉ Mutuelle reconnaît les pouvoirs d'intervention, de contrôle et de sanctions de la Sgaps sur ces affiliés, à savoir :

- la mise en place d'un mécanisme de prévention prévoyant notamment la possibilité de déclencher un audit et de mettre en place un plan de redressement ;
- la fixation des modalités de déclenchement de la société financière entre les organismes affiliés ;
- l'unicité de la direction générale entre le Sgaps et ses affiliés ;
- la mise en œuvre des politiques communes ;
- la coordination des fonctions clés des organismes affiliés du groupe prudentiel ;
- la mise à disposition des moyens humains et matériels d'AG2R LA MONDIALE.

Et plus généralement à respecter toutes opérations et obligations fixées par les statuts et la convention d'affiliation de la Sgaps.

RÈGLEMENT GARANTIES FRAIS DE SANTÉ COLLECTIVIA Collectivités Territoriales

(branches 1, 2, 20 et 21) 2020

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES 10

- Préambule Principes et valeurs mutualistes
Article 1 Objet
Article 2 Modifications du règlement
Article 3 Garanties / option proposée par VIASANTÉ Mutuelle
Article 4 Obligations d'information
4.1. Informations préalables
4.2. Informations préalables en cas de vente à distance
4.3. Autorité de Contrôle

CHAPITRE II - ADHÉSION 10

- Article 5 Conditions pour bénéficier des garanties / option
Article 6 Adhésion
6.1. Droit d'adhésion
6.2. Modalités d'adhésion
6.3. Caractère familial de l'adhésion
6.4. Date d'effet de l'adhésion
6.5. Faculté de renonciation en cas de vente à distance
6.6. Faculté de renonciation suite au démarchage
Article 7 Engagement du membre participant
Article 8 Bénéficiaires des garanties / option
8.1. Membre participant et ses ayants droit
8.2. Adjonction des membres bénéficiaires

CHAPITRE III - OUVERTURE, MODIFICATION, CESSATION DES GARANTIES, OPTION ET EXCLUSION 11

- Article 9 Entrée en vigueur des garanties / option
Article 10 Modifications de garantie / option à l'initiative du membre participant
10.1. Augmentation de garantie / option
10.2. Diminution de garantie / option
10.3. Date d'effet de la modification
10.4. Stages
10.5. Modalités d'application des plafonds et de renouvellement équipements optiques
Article 11 Modification des prestations à l'initiative de la mutuelle
Article 12 Cessation et suspension des garanties / option
12.1. Cessation des garanties / option
12.2. Suspension des garanties / option
Article 13 Exclusion d'un membre participant ou d'un ayant droit

CHAPITRE IV - MODALITÉS DE RÉSILIATION 12

- Article 14 Résiliation annuelle
Article 15 Résiliations exceptionnelles
15.1. À l'initiative de la mutuelle
15.2. À l'initiative du membre participant
Article 16 Conséquences de la résiliation

CHAPITRE V - COTISATIONS 12

- Article 17 Fixation et évolution des cotisations
Article 18 Mode de calcul des cotisations
18.1. Généralités
18.2. Cas particuliers : les adhésions tardives
Article 19 Gratuité
19.1. Troisième enfant
19.2. Enfants nouveau-nés ou adoptés
19.3. Conjoint
Article 20 Paiement des cotisations
20.1. Principe général
20.2. Avis de paiement de cotisation

- 20.3. Modalités de paiement de la cotisation
20.4. Participation des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics
20.5. Non paiement des cotisations

CHAPITRE VI - PRESTATIONS 13

- Article 21 Définition des garanties / option
Article 22 Produits proposés
22.1. Garanties
22.2. Les modalités de prise en charge des prestations Optique/Soins dentaires prothétiques/Aides auditives dans le cadre des Contrats Responsables
22.2.1 Optique
22.2.2 Les soins dentaires prothétiques
22.2.3 Les aides auditives
22.3. Prestations particulières
22.3.1. Bonus responsabilité et fidélité renouvelable optique
22.3.2. Prime naissance
22.3.3. Allocation frais d'obsèques
22.3.4. Forfait médecines douces
22.3.5. Forfait actes dentaires non remboursés
22.3.6. Service d'assistance
22.3.7. Chambre particulière en ambulatoire
22.3.8. Honoraires médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée
22.3.9. Indemnités hospitalières et chirurgicales
22.3.10. Option Pharmacie 15%
22.3.11. La téléconsultation
Article 23 Base et limite de remboursement
23.1. Base de remboursement
23.2. Limite de remboursement/Forfaits
Article 24 Modalités de remboursement des prestations
24.1. Conditions de versement des prestations
24.1.1. Mise en jeu des garanties / option
24.1.2. Demandes de devis
24.1.3. Stages
24.1.4. Pièces à fournir
24.1.5. Tiers payant et carte mutualiste
24.2. Les soins à l'étranger
24.3. Produits achetés via Internet ou produits non remboursés par le RO achetés à l'étranger
24.4. Modalités de règlement des prestations
24.5. Prestations indûment perçues
Article 25 Prescription
Article 26 Subrogation - recours contre tiers
Article 27 Accident
Article 28 Remboursement exclus
Article 29 Fausses déclarations

CHAPITRE VII - COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE ACTION SOCIALE 17

- Article 30 Commission entraide mutualiste - Action sociale

CHAPITRE VIII - PRÉVENTION 18

- Article 31 Prévention
Article 32 Protection des données à caractère personnel
Article 33 Opposition au démarchage téléphonique
Article 34 Traitement des réclamations conciliation et Médiation
Article 35 Interprétation
Article 36 Loi applicable

RÈGLEMENT GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

(branches 1 et 2, 20 et 21) 2020

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Préambule - Principes et valeurs mutualistes

L'adhésion à la mutuelle est régie par :

- le code de la mutualité,
- les statuts,
- le présent règlement mutualiste,
- le bulletin d'adhésion,
- le règlement intérieur de la Mutuelle.

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

- 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 adhérents, 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

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles VIASANTÉ Mutuelle assure les garanties / option souscrite par ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.

Elles s'appliquent à tous les membres participants et à leurs ayants droit inscrits en tant que tels qui répondent aux critères d'adhésion fixés dans le présent règlement (article 5 notamment).

Le règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et VIASANTÉ Mutuelle c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Les membres participants ou honoraires y ayant adhéré sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts et qu'au règlement intérieur.

Il est élaboré par le Conseil d'administration et adopté par l'Assemblée générale. Il est régi par le code de la mutualité.

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

Elles devront y être intégrées le cas échéant lors de la prochaine Assemblée générale.

ARTICLE 2 - MODIFICATIONS DU RÈGLEMENT

Les modifications du règlement sont proposées par le Conseil d'administration et approuvées par l'Assemblée générale. Celle-ci peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des montants ou des taux de prestations au Conseil d'Administration. Les modifications sont portées à la connaissance des membres participants et honoraires. Elles s'imposent aux membres participants et à leurs ayants droit dès cet instant.

ARTICLE 3 - GARANTIES / OPTION PROPOSÉE PAR VIASANTÉ MUTUELLE

Les garanties / option proposée par VIASANTÉ Mutuelle selon les branches pour lesquelles elle a été agréée, visent le remboursement ou la prise en charge des frais de santé en complément de celles servies par la protection sociale de base des agents mentionnés à l'article 5 en fonction du niveau des garanties / option de la mutuelle et dans la limite des dépenses engagées.

Conformément aux dispositions des articles L.116-1 et suivants du code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle peut présenter des garanties / option dont le risque est porté par un autre organisme dont notamment des produits de prévoyance, épargne, retraite et autres produits assurantiels.

ARTICLE 4 - OBLIGATIONS D'INFORMATION

4.1. Informations préalables

VIASANTÉ Mutuelle fournit aux futurs membres participants, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion ainsi que les statuts, le règlement mutualiste et le document d'information sur le produit d'assurance qui décrivent précisément leurs droits et obligations réciproques et les règles de fonctionnement des différentes instances ainsi que le dossier d'entrée en relation dans le cadre du devoir de conseil.

4.2. Informations préalables en cas de vente à distance

En cas de vente à distance, l'article L. 221-18 du code de la mutualité précise les informations devant être transmises au futur membre participant avant son adhésion. Ces informations sont pour l'essentiel :

- la dénomination de la mutuelle, l'adresse de son siège social, son numéro SIREN, les coordonnées de l'autorité chargée de son contrôle,
- le montant total de la cotisation ou, lorsque ce montant ne peut être indiqué, la base de calcul de cette cotisation permettant au membre

participant de vérifier celle-ci,

- les garanties / option et exclusions prévues par le règlement,
- la durée pendant laquelle les informations fournies sont valables, les modalités de l'adhésion au règlement et de paiement de la cotisation ainsi que l'indication, le cas échéant, du coût supplémentaire spécifique à l'utilisation d'une technique de commercialisation à distance,
- l'existence ou l'absence d'un droit de renonciation et, si ce droit existe, sa durée, les modalités pratiques de son exercice notamment l'adresse à laquelle la notification de la renonciation doit être envoyée. Le membre participant doit également être informé du montant de la cotisation que VIASANTÉ Mutuelle peut lui réclamer en contrepartie de la prise d'effet de la garantie / option, à sa demande expresse, avant l'expiration du délai de renonciation....

4.3. Autorité de Contrôle

Conformément au code de la mutualité, VIASANTÉ Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située 4 Place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS CEDEX 09.

CHAPITRE II - ADHÉSION

ARTICLE 5 - CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES / OPTION

Peuvent bénéficier des garanties / option prévue par le présent règlement :

- les fonctionnaires et agents de droit public et de droit privé relevant des collectivités et établissements mentionnés aux articles 2 et 12 de la loi du 26 janvier 1984,
- les retraités de ces collectivités territoriales et de leurs établissements publics,
- leurs ayants droit tels que définis ci-après.

Un justificatif sera demandé à l'adhésion puis chaque année.

Dès que ces conditions ne seront plus respectées, les garanties / option 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.

ARTICLE 6 - ADHÉSION

6.1. Droit d'adhésion

Un droit d'adhésion peut être demandé aux membres participants indépendamment des cotisations versées en contrepartie des garanties / option assurée.

Son montant est arrêté par l'Assemblée générale.

6.2. Modalités d'adhésion

L'engagement réciproque du membre participant ou honoraire 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, du règlement intérieur et du présent règlement. VIASANTÉ Mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

Le bulletin d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet des garanties / option souscrite,
- les bénéficiaires des garanties / option souscrite,
- les conditions d'entrée en vigueur des garanties / option,
- les montants ou taux et assiettes de cotisations,
- les garanties / option choisie.

Le détail des prestations fournies au titre des garanties / option souscrites est annexé au bulletin d'adhésion et figure à la fin du présent document.

6.3. Caractère familial de l'adhésion

L'adhésion du membre participant entraîne l'affiliation de tout ou partie de ses ayants droit (cf article 8.1 du présent règlement).

Les ayants droit bénéficient de la même garantie / option que le membre participant.

6.4. Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1^{er} janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation dans les conditions prévues au chapitre IV du présent règlement.

L'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois durant lequel VIASANTÉ Mutuelle reçoit le dossier complet si celui-ci est envoyé au plus tard le 15 du mois, le cachet de la poste faisant foi. Si le dossier complet a été envoyé après le 15 à VIASANTÉ Mutuelle, l'adhésion prend effet au plus tôt au premier jour du mois suivant.

Si le membre participant souhaite, après son adhésion, faire bénéficier ses ayants droit des garanties / option prévue par le présent règlement (cf article 8-1 du présent règlement), il doit remplir un avenant au bulletin d'adhésion, accompagné de l'ensemble des pièces justificatives. Les règles relatives à la date d'effet de l'affiliation de l'ayant droit sont les mêmes que celles applicables à l'adhésion du membre participant.

6.5. Faculté de renonciation en cas de vente à distance

Conformément aux articles L.221-18 et L.221-18-1 du code de la mutualité et lorsque le membre participant a 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 à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle, a la faculté

d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin d'adhésion, ou la date de réception des conditions d'adhésion et les informations citées à l'article 4-2 du présent règlement si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni supporter des pénalités, telle que :

« J'ai souscrit une adhésion pour le produit « Nom de la garantie » auprès de votre organisme le .../.../....., sous le numéro Après réflexion, et comme quatorze jours ne sont pas écoulés depuis la signature du bulletin d'adhésion (ou depuis que j'ai reçu les conditions d'adhésion si cette date est postérieure), je déclare renoncer à mon adhésion en application des dispositions de l'article L.221-18 du Code de la Mutualité. Date et signature »

Le membre participant 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 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.

6.6. Faculté de renonciation suite au démarchage

Dans les quatorze jours, jours fériés compris, à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, le membre participant a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée adressée à son centre de gestion et rédigée telle que :

« Je soussigné, déclare annuler l'adhésion ci-après :

- Nature de la garantie souscrite :
- Date de signature du bulletin d'adhésion :
- Nom, prénom de l'adhérent :
- Adresse de l'adhérent :
- Signature de l'adhérent : »

Ce délai commence à courir le lendemain du jour où a été signé le bulletin d'adhésion par le membre participant. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

L'adhésion prendra effet à la fin du délai de renonciation de 14 jours prévu par le Code de la consommation.

ARTICLE 7 – ENGAGEMENT DU MEMBRE PARTICIPANT

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de l'établissement de son contrat individuel. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner sa déchéance et les sanctions prévues aux statuts et règlement.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer VIASANTÉ Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications concernant :

- 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.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par le membre participant seront prises en compte par VIASANTÉ Mutuelle.

ARTICLE 8 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES / OPTION

8.1. Membre participant et ses ayants droit

Le membre participant est la personne physique qui bénéficie de prestations et en ouvre le droit à ses ayants droit pour lesquels il a demandé l'affiliation à VIASANTÉ Mutuelle et acquitte les cotisations correspondantes.

Par bénéficiaires, il faut entendre le membre participant et les ayants droit à savoir :

- son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS).
- les enfants mineurs figurant sur l'attestation Sécurité sociale du membre participant ou celle de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- les enfants âgés de moins de 26 ans assurés à titre personnel à un régime français obligatoire ou volontaire d'assurance maladie mais restant à la charge du membre participant (enfants scolarisés dans un établissement d'études secondaires, étudiants, demandeurs d'emploi et apprentis 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 membre participant à la mutuelle à compter du 1^{er} jour de l'année suivant celle où ils perdent leur qualité d'ayant-droit ou atteignent leur 26^e 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.

Tous les ayants droit inscrits bénéficient de la même garantie et des mêmes options, le cas échéant, que le membre participant.

8.2. Adjonction des membres bénéficiaires

Seul le membre participant peut demander à tout moment l'adjonction des ayants droit.

CHAPITRE III - OUVERTURE, MODIFICATION, CESSATION DES GARANTIES, OPTION ET EXCLUSION

ARTICLE 9 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES / OPTION

Les garanties / option s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion sous condition d'encaissement du premier règlement.

ARTICLE 10 – MODIFICATIONS DE GARANTIE / OPTION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

Un membre participant a la possibilité de changer de garantie / option dans les conditions suivantes, étant précisé que pour définir s'il s'agit d'une augmentation ou d'une diminution, il conviendra de se référer à la cotisation déterminée selon des critères identiques (notamment âge) :

10.1. Augmentation de garantie / option

Une augmentation de garantie / option ne peut intervenir à la suite d'une diminution de garantie / option qu'à l'expiration d'un délai de deux ans (24 mois).

10.2. Diminution de garantie / option

Une diminution de garantie / option ne peut intervenir qu'à condition d'avoir bénéficié de la garantie / option précédente pendant au moins deux ans (24 mois).

10.3. Date d'effet de la modification

Le changement de garantie / option prend effet au premier jour du mois durant lequel VIASANTÉ Mutuelle reçoit l'avenant au bulletin d'adhésion, si celui-ci parvient au plus tard le 15 du mois. Si l'avenant est reçu par la mutuelle à partir du 16, le changement de garantie / option prend effet au premier jour du mois suivant.

10.4. Stages

Les stages relatifs à la prime naissance et l'allocation frais d'obsèques s'appliquent en cas de changement de garantie selon les modalités suivantes.

- En cas d'augmentation de garantie, le bénéficiaire se verra attribuer le montant correspondant à la prime naissance ou à l'allocation frais d'obsèques auquel il aurait pu prétendre, le cas échéant, dans sa précédente garantie VIASANTÉ.
- En cas de diminution de garantie, le bénéficiaire se verra attribuer le montant correspondant à la prime naissance ou à l'allocation frais d'obsèques de sa nouvelle garantie, sous réserve qu'il ait pu prétendre à ces prestations dans sa précédente garantie VIASANTÉ.

10.5. 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, la date de souscription au présent règlement sera prise en compte pour le droit au renouvellement de l'équipement.

ARTICLE 11 – MODIFICATION DES PRESTATIONS À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'Assemblée générale de VIASANTÉ Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les modifications du niveau des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 12 – CESSATION ET SUSPENSION DES GARANTIES / OPTION

12.1. Cessation des garanties / option

Les garanties / option cessent dans les cas suivants :

- à la date d'effet de la résiliation par le membre participant selon les conditions prévues à l'article 14 du présent règlement,
- en cas de résiliation du membre participant par la mutuelle pour non paiement des cotisations selon les conditions prévues à l'article 20.5. du présent règlement,
- en cas d'exclusion du membre bénéficiaire prévue à l'article 13 du présent règlement,
- pour les membres participants ou les ayants droit, dans le cas où les conditions posées à l'article 5 du présent règlement ne sont plus remplies.

La fin de l'adhésion du membre participant entraîne automatiquement la fin de la couverture de ses ayants droit.

12.2. Suspension des garanties / option

Le défaut de paiement de la cotisation entraîne la suspension des garanties / option dans les conditions prévues à l'article 20.5. ci-après. Dans ce cas là, aucune prestation n'est due pendant la période de suspension.

ARTICLE 13 – EXCLUSION D'UN MEMBRE PARTICIPANT OU D'UN AYANT DROIT

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

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

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

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

Les modalités sont précisées à l'article 13 des statuts.

CHAPITRE IV - MODALITÉS DE RÉSILIATION

ARTICLE 14 – RÉSILIATION ANNUELLE

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion en envoyant une lettre recommandée à VIASANTÉ Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi.

Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours.

La fin de l'adhésion du membre participant emporte celle de ses éventuels ayants droit.

Le membre participant peut également demander selon les mêmes dispositions la résiliation d'un de ses ayants droit.

ARTICLE 15 – RÉSILIATIONS EXCEPTIONNELLES

15.1. À l'initiative de la mutuelle

VIASANTÉ Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant :

- en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 20.4. du présent règlement,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de la mutualité,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du code de la mutualité.

15.2. À l'initiative du membre participant

a) Cas particulier des personnes décédées

En cas de décès d'un membre 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 :

- 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.

b) Résiliations dérogatoires

Le membre bénéficiaire devant adhérer à un contrat collectif obligatoire peut demander la résiliation de son contrat individuel en cours d'année sous réserve qu'aucune dispense d'affiliation temporaire n'ait été prévue par la couverture frais de santé. Pour ce faire, le membre participant doit envoyer un courrier accompagné d'une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, dudit régime de complémentaire santé ainsi que de l'absence de dispense d'affiliation. La résiliation intervient le dernier jour du mois qui suit la réception de la demande. Les cotisations réglées pour une période postérieure à la résiliation sont remboursées au membre participant.

Le membre bénéficiaire qui se voit attribuer la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) : sur demande du membre participant, la résiliation des bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS intervient le 1^{er} 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 au membre participant.

Le membre bénéficiaire perdant sa qualité d'ayant droit (divorce/ séparation, enfant n'étant plus à charge...) : sur demande du membre participant la résiliation intervient 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 au membre cotisant.

ARTICLE 16 – CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION

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.

Le membre participant 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, le membre participant 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 17 – FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée générale de VIASANTÉ Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

ARTICLE 18 – MODE DE CALCUL DES COTISATIONS

18.1. Généralités

Les cotisations 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 souscrite, de l'âge du membre bénéficiaire au moment de l'adhésion et du lieu de résidence du membre participant. Le changement de lieu de résidence en cours d'année n'a pas d'incidence sur les cotisations fixées pour l'année civile en cours. 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 membre bénéficiaire.

Ex : bénéficiaire né en 1979, âge retenu pour le calcul de la cotisation 2019 : 40 ans.

Les cotisations évoluent par la suite en fonction de l'âge. 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 y afférents. À cette cotisation s'ajoutent les taxes de nature réglementaire en vigueur.

18.2. Cas particuliers : les adhésions tardives

Conformément au décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents et à l'arrêté du 8 novembre 2011 relatif aux majorations de cotisations, des majorations de cotisation sont demandées aux agents et retraités ayant adhéré tardivement à un contrat ou règlement labellisé ou faisant l'objet d'une convention de participation.

Les modalités, dont les justificatifs à fournir, et le calcul du coefficient de majoration affecté à la cotisation sont prévus par l'arrêté cité ci-dessus.

ARTICLE 19 – GRATUITÉ

19.1. Troisième enfant

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

19.2. 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 le membre participant 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 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.

19.3. Conjoint

Le conjoint ou le partenaire et ses enfants inscrits dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date du mariage ou du PACS bénéficient d'un mois de gratuité de cotisation, sous réserve que le membre participant soit adhérent à VIASANTÉ Mutuelle à la date du mariage ou du PACS.

ARTICLE 20 – PAIEMENT DES COTISATIONS

20.1. Principe général

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

20.2. Avis de paiement de cotisation

La cotisation est appelée par « un avis de paiement de cotisations » adressé

à chaque membre participant annuellement. La non réception de l'avis de paiement par le membre participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter VIASANTÉ Mutuelle.

20.3. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance.

Elle est due au 1^{er} janvier pour tout membre inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux membres participants, à partir de la date d'effet du contrat.

Toutefois, pour faciliter son règlement, la Mutuelle propose à ses membres participants différentes modalités de paiement (prélèvement, chèque, carte bleue, espèces) et permet le fractionnement.

Néanmoins, la première échéance de cotisations (mois, trimestre, semestre ou année) est acquittée à la souscription par tout moyen (sauf prélèvement automatique).

Le non règlement de l'une des échéances, sauf dispositions ayant reçu l'accord de la mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être : mensuelle, trimestrielle, semestrielle.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. 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. Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvement automatique.

20.4. Participation des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics

Conformément au décret n°2011-1474 du 8 novembre 2011, une participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics peut être mise en place au bénéfice d'une des garanties / option proposée par le présent règlement.

Cette participation vient en déduction de la cotisation globale qui figure sur le bulletin d'adhésion puis sur l'avis de paiement de cotisations.

Elle est versée soit directement aux agents, soit à la mutuelle qui la répercute intégralement en déduction de la cotisation due par l'agent.

20.5. Non paiement des cotisations

En respect de l'article L 221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit pour VIASANTÉ Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

VIASANTÉ Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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.

CHAPITRE VI - PRESTATIONS

ARTICLE 21 - DÉFINITION DES GARANTIES / OPTION

Les garanties / option « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant, et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par le régime d'assurance maladie dont relève le membre participant, et le cas échéant ses ayants droit, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut également s'agir de prestations en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par l'assurance maladie.

Certaines prestations non prises en charge par le régime d'assurance maladie peuvent également être allouées.

Ces prestations sont précisées à la fin du présent livret. Le descriptif de la garantie / option est également remis au membre participant lors de la signature de son bulletin d'adhésion.

Les prestations donnent lieu à un remboursement dans les conditions et au taux ou montant mentionnés sur le descriptif de la garantie / option souscrite.

Les garanties relevant du présent règlement sont responsables et solidaires.

ARTICLE 22 - PRODUITS PROPOSÉS

22.1. Garanties

GAMME COLLECTIVIA

- COLLECTIVIA 1

- COLLECTIVIA 2

- COLLECTIVIA 3

Les garanties prévues dans le cadre de ces gammes sont détaillées dans les tableaux figurant à la fin du présent livret.

22.2. Les modalités de prise en charge des prestations Optique/Soins dentaires prothétiques/Aides auditives dans le cadre des Contrats Responsables

22.2.1 Optique

Dans le cadre du décret 2019-21 du 11/01/2019, les verres et les montures susceptibles de faire l'objet d'une prise en charge par VIASANTÉ Mutuelle sont répartis dans 2 classes :

- la classe A
- la classe B

1 - Equipements appartenant à la classe A (100 % santé) *

La Mutuelle prend en charge les équipements d'Optique relevant de la classe A (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité **, dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité Sociale (Article L165-3 du Code de la Sécurité Sociale).

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

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

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

Prestation d'appairage - Suppléments pour verres avec filtres :

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

2 - Equipements appartenant à la classe B

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

La prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée par la réglementation des Contrats Responsables à 100 €. Ce plafond inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

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

Les différentes catégories visées par le décret du 11 janvier 2019 sont celles indiquées ci-dessous :

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

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

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

- Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
- Equipements à :
 - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;

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

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

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

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

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

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

f) Equipements à :

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

3 - Equipements mixtes

Le bénéficiaire peut opter pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le remboursement sera conforme au remboursement prévu réglementairement

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

4.1 Conditions générales de renouvellement des équipements (***)

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

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

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

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

Pour les enfants jusqu'à 6 ans

Le renouvellement de la prise en charge d'un équipement est possible au terme d'une période minimale de 6 mois uniquement en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Dans les autres cas, le délai d'un an précédemment mentionné s'applique.

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

4.2 Conditions de renouvellement anticipé des équipements d'Optique

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

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

- 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 (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ;
- variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries.

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

Pour les enfants de moins de 16 ans

Aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires.

Cette dégradation des performances oculaires est objectivée par une nouvelle prescription médicale d'un ophtalmologiste.

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 1 an
 - cataracte évolutive a composante réfractive
 - tumeurs oculaires et palpébrales
 - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois
 - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an
 - greffe de cornée datant de moins de 1 an
 - kératocône évolutif
 - kératopathies évolutives
 - dystrophie cornéenne
 - amblyopie
 - diplopie récente ou évolutive
- les troubles de réfraction associés à une pathologie générale :
 - diabète
 - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus spondylarthrite ankylosante) ;
 - hypertension artérielle mal contrôlée
 - sida
 - affections neurologiques à composante oculaire
 - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique
- les troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours :
 - corticoïdes ;
 - antipaludéens de synthèse ;
 - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires.

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

22.2.2 Les soins dentaires prothétiques

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

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

1 - Prothèses dentaires entrant dans le panier 100 % santé

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

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

2 - Prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés (****) ou libres (*****)

La Mutuelle prend en charge les prothèses dentaires entrant dans les paniers à tarifs maîtrisés ou libres conformément aux taux/montants mentionnés sur le tableau de garantie figurant dans le présent livret.

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

22.2.3 Les aides auditives

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

- la classe I
- la classe II

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

La Mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives relevant de la classe I (classe à prise en charge renforcée), à hauteur des frais exposés par le bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés en application de la réglementation de la Sécurité sociale (Article L165-3 du Code de la Sécurité sociale).

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

2 - Aides auditives appartenant à la classe II

La Mutuelle prend en charge les dispositifs médicaux d'aides auditives appartenant à la classe II conformément au taux/montant mentionné sur le tableau de garantie figurant dans le présent livret.

Ce taux/montant respecte le plafond fixé à 1 700 € par aide auditive par la réglementation des Contrats Responsables en vigueur et qui inclut le remboursement de l'assurance maladie obligatoire et le ticket modérateur.

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

**** 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.

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

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 ans suivant l'acquisition de cet appareil.

Ces dispositions tiennent compte des quatre années antérieures à la date de prise d'effet ci-dessous précisée.

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

4 - Date de prise d'effet

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

- **Le panier 100% Santé relatif aux aides auditives appartenant à la classe I sera garanti sans reste à charge à compter du 1er janvier 2021.**
- **Le plafond fixé à 1 700 € par aide auditive appartenant à la classe II qui s'appliquera à compter du 1er janvier 2021.**
- **Les modalités de renouvellement des dispositifs médicaux d'aides auditives qui s'appliqueront à compter du 1er janvier 2021.**

22.3. Prestations particulières

22.3.1. Bonus responsabilité et fidélité renouvelable optique

Selon la garantie souscrite, un bonus responsabilité et fidélité optique peut être versé au membre bénéficiaire si ce dernier n'a pas bénéficié de prestations relevant de l'optique (monture et verre) pendant 3 années complètes et consécutives minimum à compter de la date d'effet de ladite garantie ou de la dernière consommation. Ce bonus pourra être utilisé pour des prestations de verres et montures.

Le droit au bonus se calcule en « année glissante » en tenant compte soit de la date de souscription soit de la date de dernière consommation.

Ex : Souscription ou dernière consommation le 15 mai 2019, bénéfice à partir du 15 mai 2022.

22.3.2. Prime naissance

Lorsqu'elle est prévue par sa garantie, le membre participant la perçoit, s'il demande l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption, sur présentation d'une copie du livret de famille ou du jugement d'adoption. L'inscription doit prendre effet à la date de naissance ou d'adoption de l'enfant. Dans ces conditions et en cas de naissance ou d'adoption multiple, la prime est versée autant de fois qu'il y a d'enfants nouveau-nés ou adoptés.

La prime naissance est versée une fois par foyer et par enfant.

22.3.3. Allocation frais d'obsèques

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

Pour bénéficier du versement de cette allocation, les documents suivants devront être envoyés à la Mutuelle :

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

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

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

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

Mutac, spécialisée en prévoyance et obsèques, soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité, inscrite sous le numéro SIREN 339 198 939 dont le siège social est 771 avenue Alfred Sauvy CS 40069 à (34477) PEROLS Cedex, est l'assureur de la prestation allocation frais d'obsèques selon les conditions fixées au contrat collectif souscrit par la Mutuelle.

22.3.4. Forfait médecines douces

Le forfait médecines douces est versé sur justificatif (facture détaillée et nominative faisant mention de la nature de l'acte).

Il comprend le remboursement des actes d'ostéopathe, chiropracteur, étio-pathe, bio kinergie, kiné méthode Mézières, microkinésithérapeute, psychomotricien, acupuncture, pédicure-podologue, diététicien, sophrologue, nutritionniste, homéopathe.

Il comprend également le remboursement des actes de psychologue enfant et/ou relatifs au bilan langage.

Le remboursement des frais engagés est soumis :

- concernant l'ostéopathie, à la présence du praticien sur la liste déposée auprès du préfet,
- concernant les autres disciplines au respect des conditions suivantes :
 - . à la détention par le praticien du diplôme correspondant à la discipline,
 - . à l'exercice dans un cadre légal,
 - . à l'affiliation à une organisation professionnelle reconnue correspondant à la discipline.

22.3.5. Forfait actes dentaires non remboursés

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

22.3.6. Service d'assistance

Certaines garanties / option de la mutuelle sont assorties d'un service d'assistance à domicile, pouvant intervenir au bénéfice de l'adhérent ou de ses ayants droit, **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 et auprès de laquelle la mutuelle a souscrit un contrat collectif d'assurance.

Le descriptif des prestations et des conditions générales du service d'assistance est remis le cas échéant au membre participant lors de son adhésion à la mutuelle.

22.3.7. Chambre particulière en ambulatoire

Lorsqu'elle est prévue par la garantie, 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, à hauteur de 18€ par séjour, limitée à 3 jours par an, selon la garantie.

22.3.8. 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.

22.3.9. Indemnités hospitalières et chirurgicales

Les indemnités hospitalières et chirurgicales ont vocation à intervenir en cas de :

- d'hospitalisation médicale ou chirurgicale autre qu'ambulatoire,
- d'interventions chirurgicales pratiquées en ambulatoire,
- de séjours en établissements de soins de suite et de réadaptation sous réserve d'un transfert immédiat d'une hospitalisation en chirurgie (la liste des DMT y afférente est disponible auprès de votre mutuelle)
- de séjours en établissements et centres de rééducation fonctionnelle et motrice (la liste des DMT y afférente est disponible auprès de votre mutuelle).

Dans ce cadre, elles ont pour objet d'assurer aux bénéficiaires désignés sur le bulletin d'adhésion, le versement d'une indemnité couvrant les dépenses restées à leur charge après intervention le cas échéant de leur régime obligatoire.

a) Champ d'application des indemnités

Les indemnités prennent en charge, totalement ou partiellement les frais suivants :

- chambre particulière en établissement d'hospitalisation,
- frais d'accompagnants (repas pris dans la ville où se situe l'établissement ou dans un rayon de 10 km autour de celui-ci et couchette en établissement d'hospitalisation),
- frais d'hôtel des accompagnants (maximum 2 personnes) si l'hospitalisation de l'adhérent est à plus de 50 km de son lieu d'habitation, forfait hospitalier, frais de télévision, thermomètre, wifi, dépassements d'honoraires **médecins ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée** en cas d'intervention chirurgicale, y compris de type ambulatoire.

b) Fonctionnement des indemnités

Sur présentation d'un certificat de séjour et de justificatifs de dépenses, **une indemnité hospitalière est versée par journée d'hospitalisation afin de couvrir les frais détaillés à l'article 22.2.10 a).**

Peut se rajouter, sur présentation de justificatifs de dépenses **une indemnité chirurgicale** accordée une fois par séjour, en cas d'intervention chirurgicale.

Ces 2 types d'indemnités constituent une enveloppe globale qui peut être affectée en totalité à la prise en charge de dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ou toutes autres dépenses rentrant dans le champ d'application détaillé ci-dessus.

c) Hospitalisation en ambulatoire

Seules les hospitalisations ambulatoires donnant lieu à une intervention chirurgicale peuvent donner lieu à une prise en charge.

Les hospitalisations ambulatoires nécessitant le recours à un secteur opératoire sont assimilées à une hospitalisation chirurgicale.

d) Durée et service de la prestation

Les indemnités sont calculées à compter du premier jour d'hospitalisation et dans la limite de **240 jours par bénéficiaire et par année civile**, le crédit d'indemnisation se reconstituant au 1^{er} janvier de chaque année.

Toutefois, les séjours en établissements de soins de suite et de réadaptation sont pris en charge dans une limite de **30 jours par bénéficiaire et par année civile**, si l'adhérent a subi une intervention chirurgicale et si son entrée dans l'un des établissements précités suit immédiatement sa sortie du centre hospitalier ou de la clinique où s'est déroulée l'intervention chirurgicale.

Les séjours en établissements de rééducation fonctionnelle et motrice sont pris en charge dans une limite de **30 jours par bénéficiaire et par année civile**. En cas de coma de longue durée, la durée d'indemnisation est limitée à **240 jours**, toutefois le crédit d'indemnisation n'est pas reconstitué.

e) Exclusions

Ne sont pas pris en charge les frais relatifs :

- aux dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif de pratique tarifaire maîtrisée,
- aux hospitalisations débutant avant la prise d'effet de l'adhésion
- aux hospitalisations ne donnant pas lieu à une prise en charge de l'assurance maladie obligatoire,
- aux séjours dans des établissements situés hors du territoire national,
- aux hospitalisations ambulatoires autres que chirurgicales,
- aux séjours dans les établissements spécialisés à savoir : les maisons de plein-air, de retraite, les établissements et services thermaux-climatiques, diététiques, centres hélio-marins, hospices de vieillards, services cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médicaux ou psychopédagogiques, les séjours en établissements à caractère sanitaire, centres de vacances, aériums, homes d'enfants,
- aux cures de désintoxication liées à la tabagie, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, les traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up,
- aux malformations congénitales et leurs complications, aux maladies mentales,
- aux tentatives de suicide ou tout acte intentionnel,
- à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris et crimes,
- aux faits de guerre civile et étrangère,
- à la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre,
- à la pratique de sports aériens, automobiles ou motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports à titre professionnel ainsi qu'à l'usage d'aéronefs privés.

Par ailleurs, la participation forfaitaire restant à la charge de l'assuré sur les actes lourds, mis en place le 1^{er} septembre 2006, n'est pas remboursée.

22.3.10. Option Pharmacie 15%

Si cette option a été choisie, alors les médicaments prescrits et remboursés à hauteur de 15% par le régime obligatoire seront pris en charge par la mutuelle à hauteur de 85% de la base de remboursement de la Sécurité sociale. **L'option Pharmacie 15% ne peut être choisie seule. Elle doit impérativement être associée à un produit soumis au présent règlement pour ne former qu'une seule et même garantie.** Dans l'hypothèse où plus aucun médicament ne serait remboursé à 15% par le régime obligatoire, alors cette option deviendrait obsolète et serait résiliée de fait automatiquement.

22.3.11. La téléconsultation

Un service de téléconsultation médicale est intégré à vos garanties Frais de Santé. Ce nouveau service permet aux membres participants et le cas échéant à leurs ayants-droit de bénéficier de consultations médicales à distance, (avec un diagnostic et le cas échéant une ordonnance), dans le cadre autorisé par le Code de la Santé Publique, par téléphone au 09.74.59.59.84 ou par mail sécurisé à l'adresse suivante www.medecindirect.fr. VIASANTÉ Mutuelle a fait appel à MédecinDirect - Société par actions simplifiée - Siège social : 1 Chemin de Saulxier 91160 Longjumeau - Immatriculée au RCS sous le numéro 508 346 673, habilitée à réaliser de la téléconsultation médicale, en vertu d'un contrat signé avec l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France le 14/12/2015 et d'une autorisation de la CNIL (Délibération N° 2016-184 du 16/06/2016). Le service de téléconsultation médicale MédecinDirect est présenté sur le site figurant à l'adresse suivante : <http://www.medecindirect.fr/teleconsultation/>

ARTICLE 23 - BASE ET LIMITE DE REMBOURSEMENT

23.1. Base de remboursement

Les prestations proposées par VIASANTÉ Mutuelle sont déterminées par l'Assemblée générale ou par le Conseil d'administration sur délégation de l'Assemblée générale. Les modifications s'appliquent aux membres concernés dans les conditions et date d'effet fixées par l'instance statutaire habilitée (Assemblée générale ou Conseil d'administration) après notification.

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 livret, déduction faite du remboursement du régime d'assurance maladie s'il existe. Les taux de remboursement indiqués intègrent la part prise en charge par le régime obligatoire et par VIASANTÉ Mutuelle.

23.2. Limite de remboursement/Forfaits

Les forfaits annuels s'entendent par année civile et par bénéficiaire. Ils se renouvellent donc chaque 1^{er} janvier.

Concernant les équipements optiques, les forfaits sont versés par période de deux ans. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant

un renouvellement, le point de départ est fixé à la date de souscription du présent règlement. Cette période est réduite à un an concernant les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement destiné à un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (justificatifs à fournir).

En application des dispositions de l'article L224-8 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 L861-3 du code de la Sécurité sociale.

En application de la loi Evin du 31 décembre 1989, les garanties / option 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 règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 24 - MODALITÉS DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

24.1. Conditions de versement des prestations

24.1.1. Mise en jeu des garanties / option

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 stage, 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 événements soient postérieures à la prise d'effet de l'adhésion. Sont pris en charge par VIASANTÉ Mutuelle en fonction des garanties / option et limites précisées au descriptif de la garantie / option choisie, les frais de soins de santé ayant donné lieu à remboursement préalable par le régime d'assurance maladie. La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'assurance maladie, 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 d'assurance maladie et indiquées expressément au descriptif de la garantie / option choisie. Pour ces prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

VIASANTÉ Mutuelle n'effectue aucun remboursement de prestations pour les consultations, les actes chirurgicaux, les séjours en établissement, les délivrances de médicaments, et plus généralement pour tous les actes pratiqués dont la date se situe antérieurement à la date d'effet de l'adhésion et/ou postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

24.1.2. 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 adhérents peuvent demander un devis écrit aux services de la Mutuelle.

24.1.3. Stages

À compter du 1^{er} jour du mois où l'adhésion prend effet s'écoule un **délai d'attente du droit au remboursement de certaines prestations** qui se calcule entre la date d'effet de l'adhésion et la date des soins dont le remboursement est demandé (exemple : adhésion au 1^{er} janvier - stage de 10 mois - droit aux prestations à partir du 1^{er} novembre).

Lorsqu'une **prime naissance est prévue dans la garantie, un stage de 10 mois est appliqué.**

24.1.4. Pièces à fournir

Le versement des prestations par VIASANTÉ Mutuelle est, le cas échéant, subordonné au paiement (selon les systèmes de transmission en place) de la prise en charge par le régime d'assurance maladie, 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.

VIASANTÉ Mutuelle se réserve le droit de demander, la production du document original ou de toute autre pièce justificative même en cas de liaison établie entre VIASANTÉ Mutuelle et le régime d'assurance maladie.

24.1.5. Tiers payant et carte mutualiste

Il sera demandé au membre participant de compléter un bulletin d'adhésion. Il lui sera remis une Carte de Tiers Payant permettant une dispense d'avance de frais dans les conditions mentionnées par ladite carte en conformité avec les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale.

Cette carte mentionne explicitement les prestations couvertes en tiers payant par la garantie souscrite.

Cette carte de tiers payant reste la propriété de la Mutuelle.

Le membre participant 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 jours suivant la cessation de ses garanties.

Le membre participant devra restituer les sommes payées par la Mutuelle relatives à des soins postérieurs à la cessation des garanties.

24.2. Les soins à l'étranger

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

24.3. Produits achetés via Internet ou produits non remboursés par le RO achetés à l'étranger

Les produits non remboursés par le RO 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 référencé par l'Ordre national des pharmaciens sur son site ;
- les produits optiques relevant du monopole de vente des opticiens-lunetiers achetés via un site Internet français dirigé ou géré par une personne remplissant les conditions requises pour l'exercice de cette profession.

24.4. Modalités de règlement des prestations

Les prestations sont réglées directement :

- au membre participant,
- ou à ses ayants droit de plus de 16 ans, sauf refus exprès de leur part, ou non communication d'un relevé d'identité bancaire ou de caisse d'épargne qui leur est propre,
- aux professionnels de santé et établissements de soins sur la base de convention de tiers payant à cet effet.

Les prestations sont réglées par virement sur compte bancaire ou de caisse d'épargne.

24.5. Prestations indûment perçues

De manière générale et quel qu'en soit le motif, les sommes indûment versées sont recouvrables auprès de l'adhérent. Le membre participant 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 membre 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 25 - PRESCRIPTION

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

Toutefois, ces délais ne courent :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive 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 du membre participant, 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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 au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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 ans à compter de la date des soins ou de facturation. À l'expiration des délais susmentionnés, le membre participant est déchu du bénéfice des prestations.

ARTICLE 26 - SUBROGATION - RECOURS CONTRE TIERS

VIASANTÉ Mutuelle est subrogée dans les droits du membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que VIASANTÉ Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par VIASANTÉ Mutuelle n'indemnie ces éléments de préjudice. En est exclu, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit qui leur demeure acquise.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé à la mutuelle que si celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée. Il ne devient définitif que 15 jours après l'envoi de cette lettre.

La mutuelle est également subrogée dans les droits de ses membres bénéficiaires pour le règlement des prestations afférentes aux dossiers de ces derniers au regard des organismes de Sécurité sociale et de mutualité sociale agricole ou de tout autre organisme similaire dont ils dépendent obligatoirement.

ARTICLE 27 - ACCIDENT

Il est précisé que dans tous les cas d'accidents, les membres bénéficiaires devront faire à VIASANTÉ Mutuelle une déclaration mentionnant l'existence d'un ou plusieurs contrats d'assurance les garantissant dans ce domaine et précisant les conditions dans lesquelles l'accident a eu lieu, les noms et coordonnées des tiers impliqués et des témoins ainsi que la prise en charge dudit accident par l'organisme susvisé.

Accidents du travail :

Sont exclues des garanties / option, les conséquences provenant d'un accident du travail, qu'il soit régi par les législations spéciales en cette matière ou qu'il soit survenu au cours ou à l'occasion de l'exercice d'une profession, d'un métier, d'un commerce, dans la mesure où le membre bénéficiaire dispose de la couverture prévue à cet effet par les textes législatifs et réglementaires.

L'intervention de VIASANTÉ Mutuelle est ici limitée à la couverture des actes hors nomenclatures et des dépassements d'honoraires inscrits dans la garantie / option souscrite par le membre bénéficiaire.

Accident de droit commun :

En cas d'accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, VIASANTÉ Mutuelle n'intervient qu'à défaut de police d'assurance individuelle souscrite par le membre dans la mesure où cette dernière ne couvre pas les frais chirurgicaux, médicaux ou d'hospitalisation, dans la limite des garanties / option souscrites par le membre bénéficiaire.

En cas de responsabilité contestée par le tiers, le membre bénéficiaire doit apporter la preuve à la mutuelle qu'il a engagé, à l'encontre du tiers responsable ou de son assureur substitué, une action judiciaire, civile ou pénale, en vue de faire connaître son droit à réparation. La justification de cette action s'établit par la production de l'exploit introductif d'instance ou à défaut, par une pièce délivrée par le Greffier ou un Avocat.

VIASANTÉ Mutuelle accorde alors sa prise en charge mais par application des dispositions concernant la subrogation, elle est subrogée de plein droit à son membre victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

ARTICLE 28 - REMBOURSEMENT EXCLUS

Sont exclus des remboursements accordés par VIASANTÉ Mutuelle :

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L.160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques,
- 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 / option 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.

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

ARTICLE 29 - FAUSSES DÉCLARATIONS

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie / option accordée au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, par VIASANTÉ Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant ou l'ayant droit a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

CHAPITRE VII - COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

ARTICLE 30 - COMMISSION ENTRAIDE MUTUALISTE - ACTION SOCIALE

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

Chaque Commission entraide mutualiste - Action sociale se compose au maximum de 10 délégués ou administrateurs de la Mutuelle. Elles se réunissent au moins trois fois par an.

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

CHAPITRE VIII - PRÉVENTION

ARTICLE 31 - PRÉVENTION

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

ARTICLE 32 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées vos données ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quels sont vos droits et comment les exercer ?

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

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à VIASANTÉ Mutuelle, à l'attention du Délégué à la protection des données (DPD) - 1 avenue Carsalade du Pont - CS 89921 - 66866 PERPIGNAN cedex 9 ou à DPD@viasante.fr

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

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

Pour en savoir plus sur notre politique de protection de la vie privée et des

données à caractère personnel, retrouvez des explications complémentaires sur le site internet de VIASANTÉ Mutuelle : www.viasante.fr

*NIR : Numéro de Sécurité sociale

ARTICLE 33 - OPPOSITION AU DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE

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

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

ARTICLE 34 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS CONCILIATION 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 RÉCLAMATIONS - 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.

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement, le membre participant peut avoir recours au conciliateur de la Mutuelle désigné par le Conseil d'Administration, en adressant un courrier au Secrétariat général de la Mutuelle, 12 place de la halle - 19100 BRIVE ou un courrier électronique à l'adresse suivante : conciliation@viasante.fr.

Si le désaccord persiste, le membre participant pourra alors saisir le service de **Médiation de la consommation de la Mutualité Française**, 255 rue de Vaugirard 75015 PARIS. La demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de VIASANTÉ Mutuelle.

Conformément à l'article R.612-5 du code de la consommation, une proposition sera rendue au plus tard dans le délai de 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 35 - INTERPRÉTATION

Les statuts, le règlement mutualiste, le document d'information sur le produit d'assurance, le bulletin d'adhésion et le règlement intérieur sont applicables par ordre de priorité décroissante.

ARTICLE 36 - LOI APPLICABLE

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

COLLECTIVIA 1

PRIORITÉ SOINS COURANTS

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins

Remboursement total :
Régime Obligatoire + Mutuelle

HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie	100%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier dès le premier jour (1)	Frais réels, soit 20€ / jour en hôpital ou en clinique, 15€ / jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.
AUTRES FRAIS	
Frais de séjour	100%
Chambre particulière en ambulatoire (maximum 3 jours par an) (hors psychiatrie)	18€ / jour
Indemnité hospitalière (2)	17€ / jour
Indemnité chirurgicale (3)	46€
Soins externes	100%
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Honoraires et actes de généralistes et de spécialistes	100%
Radiologie	100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Biologie	100%
MÉDICAMENTS	
Médicaments remboursés par le RO à 65 %	100%
Médicaments remboursés par le RO à 30 %	100%
Pilule contraceptive	30€ / an
Vaccins contre la grippe si prescrits	Frais réels (dans la limite de 20€)
MATÉRIEL MÉDICAL	
Appareillage et prothèses si remboursement RO	100% + 100€ / an
DENTAIRE	
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*	
Soins et prothèses dentaires	100% HLF
PROTHÈSES	
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (4)	100%
SOINS	
Soins / Consultations	100%
AUTRES	
Orthodontie si remboursement RO	100%
OPTIQUE	
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*	
Montures et Verres Classe A (5)	100% PLV
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES	
Monture et verres Classe B (6)	100%
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE	
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV
Appairage	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV
Autres suppléments	100%
AUTRES	
Lentilles si remboursement RO	100%
AIDES AUDITIVES	
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*	
Classe I par oreille (7)	100% PLV
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES	
Classe II par oreille (7) (8)	100%
AUTRES	
Forfait entretien prothèses auditives (9)	100%
TRANSPORT	
Transport si remboursement RO (hors cure)	100%
CURE	
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO	
Honoraires - Soins - Traitements	100%
Forfait transport - Hébergement sur cures si remboursement RO	100%
AUTRES INDEMNITÉS	
OBSÈQUES	
Allocation frais obsèques	200€
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION	
Médecines douces	20€ / séance (limité à 3 / an)
Forfait prévention (10) : Actes de prévention si non remboursement par le RO (vaccins, appareillage, traitement anti-tabac, médicaments)	50€ / an
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire (définis par la réglementation)	100%
SERVICES & ACCOMPAGNEMENT	
Téléconsultation : Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...)	OUI
Assistance 24/24 7j/7 : aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalité vie quotidienne	OUI

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite. Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

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

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

- (1) Forfait journalier : Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
- (2) Versée par jour d'hospitalisation et sur justificatifs de frais.
- (3) Versée une seule fois en cas d'intervention chirurgicale et sur justificatifs de frais.
- (4) Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé.
- (5) Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. L'assuré peut choisir un équipement mixte : une monture de classe A et des verres de classe B et inversement (cf règlement mutualiste).
- (6) Sont considérés dans la catégorie «Adulte» les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans. Dont une prise en charge maximum pour la monture de 100€). Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. L'assuré peut choisir un équipement mixte : une monture de classe A et des verres de classe B et inversement (cf règlement mutualiste).
- (7) La mise en place du panier 100% santé se fera au 1^{er} Janvier 2021. À partir de cette date, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (8) Dans la limite de 1 700€ par appareil, incluant la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré. Ce plafond n'inclut pas les piles et accessoires.
- (9) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (10) Sevrage tabagique : sont remboursés les dispositifs qui peuvent être pris en charge par le RO sur présentation de l'original d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien. Médicaments : sur présentation d'un justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant le taux de TVA applicable à chaque produit celui-ci devant être < à 20%), sont remboursés :
 - les médicaments remboursés à 30 % par le RO,
 - les médicaments remboursés à 15 % par le RO,
 - les médicaments homéopathiques remboursés à 30 % par le RO,
 - les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.

*Tels que définis réglementairement

COLLECTIVIA 2

COMPLÈTE ET EFFICACE

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins

Remboursement total :
Régime Obligatoire + Mutuelle

HOSPITALISATION	
HONORAIRES	
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	170%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	150%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	
Forfait journalier dès le premier jour (1)	Frais réels, soit 20€ / jour en hôpital ou en clinique, 15€ / jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.
AUTRES FRAIS	
Chambre particulière dès le premier jour hors ambulatoire (2)	40€ / jour pendant 5 jours / an puis 31€ / jour
Chambre particulière en ambulatoire (maximum 3 jours par an) (hors psychiatrie)	18€ / jour
Frais d'accompagnant (3) (hors psychiatrie)	16€ / jour
Frais de séjour	100%
Indemnité hospitalière (4)	17€ / jour
Indemnité chirurgicale (5)	46€
Soins externes	100%
SOINS COURANTS	
HONORAIRES MÉDICAUX	
Généralistes et spécialistes	Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée 120%
	Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée 100%
Radiologie	Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée 120%
	Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée 100%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX	
Auxiliaires médicaux	100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE	
Biologie	100%
MÉDICAMENTS	
Médicaments remboursés par le RO à 65 %	100%
Médicaments remboursés par le RO à 30 %	100%
Pilule contraceptive	30€ / an
Vaccins contre la grippe si prescrits	Frais réels (dans la limite de 20€)
MATÉRIEL MÉDICAL	
Appareillage et prothèses si remboursement RO	150% + 150€ / an
DENTAIRE	
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*	
Soins et prothèses dentaires	100% HLF
PROTHÈSES	
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (6)	100% + 250€ / prothèse (Plafond de 700€ la 1 ^{re} année et 900€ la 2 ^e année)
SOINS	
Soins / Consultations	100%
AUTRES	
Orthodontie si remboursement RO	100% + 300€ / semestre
Actes dentaires non remboursés : implantologie, parodontologie, prothèses dentaires non remboursées par le RO, orthodontie non remboursée par le RO	200€ / an
OPTIQUE	
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*	
Montures et Verres Classe A (7)	100% PLV
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES	
Monture et verres Classe B Adultes (8)	Équipement Verres simples (9) 140€ (dont au maximum 45€ pour la monture) Équipement Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs (9) 200€ (dont au maximum 45€ pour la monture)
Monture et verres Classe B Enfants (8)	Équipement Verres multifocaux ou progressifs forte correction (9) 225€ (dont au maximum 45€ pour la monture) Équipement Verres simples (9) 230€ (dont au maximum 85€ pour la monture) Équipement Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs (9) 340€ (dont au maximum 85€ pour la monture)
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE	
Adaptation de la correction visuelle	100% PLV
Appairage	100% PLV
Verres avec filtre	100% PLV
Autres suppléments	100%
AUTRES	
Lentilles si remboursement RO	100% + 280€ par an (140€ / oeil / an)
Lentilles si non remboursement RO	70€/an
Chirurgie réfractive	150€ / oeil / an
Bonus fidélité et responsabilité si non utilisation forfait verres et monture pendant 3 ans	45€
AIDES AUDITIVES	
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*	
Classe I par oreille (10)	100% PLV
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES	
Classe II par oreille (10) (11)	100% + 100€
AUTRES	
Forfait entretien prothèses auditives (12)	100% + 20€ / an
TRANSPORT	
Transport si remboursement RO (hors cure)	100%
CURE	
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO	
Honoraires - Soins - Traitements	100%
Forfait transport - Hébergement sur cures si remboursement RO	100% + 150€ / an
AUTRES INDEMNITÉS	
MATERNITÉ	
Prime naissance	130€
OBSÈQUES	
Allocation frais obsèques	400€
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION	
Médecines douces	20€ / séance (limité à 4 / an)
Forfait prévention (13) : Actes de prévention si non remboursement par le RO (vaccins, appareillage, traitement anti-tabac, médicaments)	70€ / an
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire (définis par la réglementation)	100%
SERVICES & ACCOMPAGNEMENT	
Téléconsultation : Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...)	OUI
Assistance 24/24 7j/7 : aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalité vie quotidienne	OUI

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite. Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

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

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

- (1) Forfait journalier : Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
- (2) Chambre particulière : Durée limitée à 60 jours/année civile en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et en Soins de Suite et de Réadaptation / Durée limitée à 15 jours/année civile en Psychiatrie.
- (3) Versés sur justificatifs dans la limite de 6 jours par an pour un adulte et 10 jours par an pour un enfant, toutes hospitalisations confondues.
- (4) Versée par jour d'hospitalisation et sur justificatifs de frais.
- (5) Versée une seule fois en cas d'intervention chirurgicale et sur justificatifs de frais.
- (6) Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé. Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, prise en charge à 100% de la base de remboursement y compris remboursement du régime obligatoire.
- (7) Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
L'assuré peut choisir un équipement mixte : une monture de classe A et des verres de classe B et inversement (cf règlement mutualiste).
- (8) Sont considérés dans la catégorie «Adulte» les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
L'assuré peut choisir un équipement mixte : une monture de classe A et des verres de classe B et inversement (cf règlement mutualiste).
- (9) Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :
 - a) Equipements à : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :
 - b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
 - c) Equipements à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :
 - d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
 - e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
 - f) Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (10) La mise en place du panier 100% santé se fera au 1^{er} Janvier 2021. A partir de cette date, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (11) Dans la limite de 1 700€ par appareil, incluant la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré. Ce plafond n'inclut pas les piles et accessoires.
- (12) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (13) Sevrage tabagique : sont remboursés les dispositifs qui peuvent être pris en charge par le RO sur présentation de l'original d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien.
Médicaments : sur présentation d'un justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant le taux de TVA applicable à chaque produit celui-ci devant être < à 20%), sont remboursés :
 - les médicaments remboursés à 30 % par le RO,
 - les médicaments remboursés à 15 % par le RO,
 - les médicaments homéopathiques remboursés à 30 % par le RO,
 - les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.

*Tels que définis réglementairement.

COLLECTIVIA 3

COUVERTURE RENFORCÉE

Remboursement par bénéficiaire dans le cadre du parcours de soins

Remboursement total :
Régime Obligatoire + Mutuelle

HOSPITALISATION		
HONORAIRES		
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée		220%
Soins, honoraires de médecins, actes de chirurgie, d'anesthésie médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée		200%
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER		
Forfait journalier dès le premier jour (1)		Frais réels, soit 20€ / jour en hôpital ou en clinique, 15€ / jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.
AUTRES FRAIS		
Frais de séjour		100%
Chambre particulière dès le premier jour hors ambulatoire (2)		40€ / jour pendant 5 jours / an puis 31€ / jour
Chambre particulière en ambulatoire (maximum 3 jours par an) (hors psychiatrie)		18€ / jour
Frais d'accompagnant (3) (hors psychiatrie)		16€ / jour
Indemnité hospitalière (4)		17€ / jour
Indemnité chirurgicale (5)		46€
Soins externes		100%
SOINS COURANTS		
HONORAIRES MÉDICAUX		
Généralistes et spécialistes	Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	220%
	Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200%
Radiologie	Médecins adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	220%
	Médecins non adhérents aux Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	200%
HONORAIRES PARAMÉDICAUX		
Auxiliaires médicaux		100%
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Biologie		100%
MÉDICAMENTS		
Médicaments remboursés par le RO à 65 %		100%
Médicaments remboursés par le RO à 30 %		100%
Pilule contraceptive		30€ / an
Vaccins contre la grippe si prescrits		Frais réels (dans la limite de 20€)
MATÉRIEL MÉDICAL		
Appareillage et prothèses si remboursement RO		200% + 200€ / an
DENTAIRE		
SOINS ET PROTHÈSES 100% SANTÉ*		
Soins et prothèses dentaires		100% HLF
PROTHÈSES		
Prothèses paniers tarifs maîtrisés et libres (6)		100 % + 300€ / prothèse (Plafond de 700€ la 1 ^{re} année et 900€ la 2 ^e année et 2 000€ les suivantes)
SOINS		
Soins / Consultations		100%
AUTRES		
Orthodontie si remboursement RO		100% + 350€ / semestre
Actes dentaires non remboursés : implantologie, parodontologie, prothèses dentaires non remboursées par le RO, orthodontie non remboursée par le RO		300€ / an
OPTIQUE		
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*		
Montures et Verres Classe A (7)		100% PLV
AUTRES ÉQUIPEMENTS OPTIQUES		
Monture et verres Classe B Adultes (8)	Équipement Verres simples (9) Équipement Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs (9)	155€ (dont au maximum 50€ pour la monture) 215€ (dont au maximum 50€ pour la monture)
Monture et verres Classe B Enfants (8)	Équipement Verres multifocaux ou progressifs forte correction (9) Équipement Verres simples (9) Équipement Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs (9)	240€ (dont au maximum 50€ pour la monture) 230€ (dont au maximum 85€ pour la monture) 340€ (dont au maximum 85€ pour la monture)
SUPPLÉMENTS ET PRESTATIONS OPTIQUE		
Adaptation de la correction visuelle		100% PLV
Appairage		100% PLV
Verres avec filtre		100% PLV
Autres suppléments		100%
AUTRES		
Lentilles si remboursement RO		100% + 300€ par an (150€ / oeil / an)
Lentilles si non remboursement RO		100€/an
Chirurgie réfractive		200€ / oeil / an
Bonus fidélité et responsabilité si non utilisation forfait verres et monture pendant 3 ans		50€
AIDES AUDITIVES		
ÉQUIPEMENT 100% SANTÉ*		
Classe I par oreille (10)		100% PLV
AIDES AUDITIVES À TARIFS LIBRES		
Classe II par oreille (10) (11)		100% + 400€
AUTRES		
Forfait entretien prothèses auditives (12)		100% + 20€ / an
TRANSPORT		
Transport si remboursement RO (hors cure)		100%
CURE		
CURE THERMALE ACCEPTÉE PAR LE RO		
Honoraires - Soins - Traitements		100%
Forfait transport - Hébergement sur cures si remboursement RO		100% + 150€ / an
AUTRES INDEMNITÉS		
MATERNITÉ		
Prime naissance		150€
OBSÈQUES		
Allocation frais obsèques		600€
BIEN-ÊTRE & PRÉVENTION		
Médecines douces		20€ / séance (limité à 4 / an)
Forfait prévention (13) : Actes de prévention si non remboursement par le RO (vaccins, appareillage, traitement anti-tabac, médicaments)		90€ / an
Actes de prévention remboursés par le Régime Obligatoire (définis par la réglementation)		100%
SERVICES & ACCOMPAGNEMENT		
Téléconsultation : Consultation médicale à distance auprès de médecins généralistes et spécialistes (dermatologue, gynécologue, psychologue...)		OUI
Assistance 24/24 7j/7 : aide à domicile, garde d'enfant, portage médicaments, accompagnement personnalité vie quotidienne		OUI

VIASANTÉ prend en charge la participation forfaitaire de 24€ applicable aux actes dont le tarif ou le coefficient est supérieur ou égal à un seuil fixé par décret, dès lors que l'acte concerné par la participation forfaitaire de 24€ est pris en charge par la garantie souscrite. Cette garantie répond aux conditions définies par la réglementation afférente aux contrats responsables, notamment l'article L 871-1 du code de la Sécurité sociale et les décrets d'application correspondants.

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

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

- la participation forfaitaire prévue au II de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- la franchise instituée en application des dispositions du III de l'article L160-13 du code de la Sécurité sociale,
- les majorations de participation prévues aux articles L 162-5-3 du code de la Sécurité sociale et L1111-15 du code de la santé publique,
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques réalisés hors parcours de soins, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques.

Par ailleurs, cette garantie répond aux conditions définies par le décret 2014-1025 du 8 septembre 2014 pris en application de la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, précisant le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016.

Les forfaits annuels s'entendent par année civile. Les frais liés au long séjour ou en maison de retraite ne sont pas pris en charge.

- (1) Forfait journalier : Durée illimitée pour les séjours en hospitalisation complète - en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) - en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) - en Psychiatrie (PSY).
- (2) Chambre particulière : Durée limitée à 60 jours/année civile en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et en Soins de Suite et de Réadaptation / Durée limitée à 15 jours/année civile en Psychiatrie.
- (3) Versés sur justificatifs dans la limite de 6 jours par an pour un adulte et 10 jours par an pour un enfant, toutes hospitalisations confondues.
- (4) Versée par jour d'hospitalisation et sur justificatifs de frais.
- (5) Versée une seule fois en cas d'intervention chirurgicale et sur justificatifs de frais.
- (6) Dans la limite des HLF pour le panier maîtrisé. Le forfait s'applique par année civile d'adhésion à la garantie. Au-delà du plafond, prise en charge à 100% de la base de remboursement y compris remboursement du régime obligatoire.
- (7) Adulte et enfant. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
L'assuré peut choisir un équipement mixte : une monture de classe A et des verres de classe B et inversement (cf règlement mutualiste).
- (8) Sont considérés dans la catégorie «Adulte» les adultes majeurs et les enfants à partir de 16 ans. Limité à la prise en charge d'un équipement par période de 2 ans par bénéficiaire, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du Code de la Sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans ou en cas d'évolution de la vue. Pour l'appréciation de la période de deux ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement.
L'assuré peut choisir un équipement mixte : une monture de classe A et des verres de classe B et inversement (cf règlement mutualiste).
- (9) Par équipement à « Verres simples », il faut entendre :
 - a) Equipements à : verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries; ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries ;Par équipement à « Verres simples forte correction et Verres multifocaux ou progressifs », il faut entendre :
 - b) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au c)
 - c) Equipements à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre - 4,00 et + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries.Par équipement à « Verres multifocaux ou progressifs forte correction », il faut entendre :
 - d) Equipement comportant un verre mentionné au a) et un verre mentionné au f)
 - e) Equipement comportant un verre mentionné au c) et un verre mentionné au f)
 - f) Equipements à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre - 8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à - 8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ;
 - ou à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.
- (10) La mise en place du panier 100% santé se fera au 1^{er} Janvier 2021. A partir de cette date, la prise en charge est limitée à un équipement tous les quatre ans. Pour l'appréciation de la période de quatre ans permettant un renouvellement, le point de départ est fixé à la date d'acquisition de l'équipement. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment.
- (11) Dans la limite de 1 700€ par appareil, incluant la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire et la participation de l'assuré. Ce plafond n'inclut pas les piles et accessoires.
- (12) Dans la limite du nombre de paquets de piles pris en charge par la Sécurité sociale.
- (13) Sevrage tabagique : sont remboursés les dispositifs qui peuvent être pris en charge par le RO sur présentation de l'original d'une facture détaillée et nominative d'un pharmacien.
Médicaments : sur présentation d'un justificatif (facture détaillée et nominative d'un pharmacien indiquant le taux de TVA applicable à chaque produit celui-ci devant être < à 20%), sont remboursés :
 - les médicaments remboursés à 30 % par le RO,
 - les médicaments remboursés à 15 % par le RO,
 - les médicaments homéopathiques remboursés à 30 % par le RO,
 - les médicaments non prescrits ou non remboursés par le RO, sous réserve qu'ils figurent dans le répertoire des spécialités pharmaceutiques de l'ANSM.

*Tels que définis réglementairement.

GLOSSAIRE

A.M.O. : Assurance Maladie Obligatoire.

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé qui remplace l'AFSSAPS.

Assuré Social : Personne affiliée à un régime de Sécurité sociale.

Ayant droit : Personne bénéficiant des garanties / option prévues au contrat non à titre personnel mais du fait de ses liens avec le membre participant. Les ayants droit peuvent être dans le cadre d'une couverture complémentaire santé le conjoint, le concubin, le partenaire lié par un PACS, les enfants, les personnes à charge.

Base de remboursement (BR) : Il s'agit de la base de calcul retenue par la Sécurité sociale pour le montant de ses remboursements.

Bulletin d'adhésion : Formulaire permettant de constater la souscription de la garantie / option et indiquant en particulier la nature de l'option choisie et la date d'effet de la couverture.

Certificat de radiation : Document indiquant la date à partir de laquelle les membres bénéficiaires ne font plus partie de l'effectif de la Mutuelle. Ce document est remis par la Mutuelle aux membres bénéficiaires à jour de leurs cotisations.

Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) : C'est une nomenclature des actes techniques réalisés par les professionnels de santé.

Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC) : La CMUC complète la couverture de base accordée à toute personne résidant de façon régulière en France. Elle permet de bénéficier gratuitement, sous conditions de revenus, d'une prise en charge complémentaire aux remboursements de l'Assurance Maladie sans avoir à faire l'avance des frais.

Date d'effet de l'adhésion : Date à partir de laquelle le membre bénéficiaire est effectivement membre de la Mutuelle.

Date d'effet de la garantie / option choisie : Date à partir de laquelle le membre bénéficiaire peut bénéficier du remboursement de ses prestations, sous réserve de l'application de stages.

Date d'effet de la radiation : Date à partir de laquelle le remboursement de prestations correspondant à des actes pratiqués postérieurement à cette date n'est plus dû.

Délai de stage : Période pendant laquelle certaines prestations, voire la totalité, ne sont pas dues.

Dépassement d'honoraires : Différence entre les honoraires demandés par un praticien et le tarif de responsabilité Sécurité sociale (ou tarif de convention). Ces remboursements ne sont jamais pris en compte au titre du régime d'Assurance Maladie.

Détermination de l'âge : Dans tous les cas où il est fait appel à la notion d'âge, celui-ci est déterminé par différence entre le millésime de l'année civile en cours et l'année de naissance du bénéficiaire.

Échéance : Date à laquelle une fraction ou la totalité des cotisations doivent être réglées.

Exonération du ticket modérateur : Existe dans certaines conditions précises relatives à la nature de la maladie, au coût des dépenses ou à la situation des personnes. Les personnes exonérées du ticket modérateur voient leurs dépenses intégralement prises en charge par le régime d'Assurance Maladie. Cette prise en charge peut être relative à l'ensemble des soins ou aux seuls soins dus à la maladie exonérante. Les dépassements de tarif restent à la charge des patients exonérés du ticket.

Forclusion : Perte de la possibilité de faire valoir son droit au remboursement des prestations.

Forfait Journalier Hospitalier : Contribution des assurés sociaux aux frais d'hébergement ou d'entretien pour un séjour supérieur à une journée dans un établissement public ou privé d'hospitalisation.

Honoraires médicaux : Rémunération d'un professionnel de santé.

Mecs : Maison Enfants Caractère Sanitaire

Membre bénéficiaire : Personne pouvant bénéficier des prestations prévues aux garanties / option souscrites qu'elle soit membre participant ou ayant droit.

Membre cotisant : Membre bénéficiaire qui acquitte, pour l'ensemble des membres bénéficiaires figurant sur le bulletin d'adhésion, la cotisation annuelle des garanties / option souscrites par le membre participant.

Membre honoraire : Personne physique qui verse des cotisations, des contributions ou fait des dons à la Mutuelle sans bénéficier des prestations de la Mutuelle et des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif.

Membre participant : Le membre participant se définit comme étant celui qui a concrétisé son adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Mise en demeure : Réclamation effectuée auprès du membre participant lorsque celui-ci n'a pas réglé une partie ou une totalité de ses cotisations à une échéance donnée. Elle prend la forme d'une lettre recommandée.

Prescription : Document délivré par une autorité médicale destiné à prescrire un traitement.

Prise en charge : Accord donné par un organisme de Sécurité sociale ou une Mutuelle afin de verser des prestations, dès lors que la personne remplit les conditions administratives ou médicales requises.

Renouvellement : Quelle que soit la date d'adhésion et à l'exception des bénéficiaires CMU pour le régime complémentaire légal, la couverture des garanties / option est accordée jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Son renouvellement intervient chaque année à compter du 1^{er} janvier.

RO : Régime Obligatoire.

Statuts : Recueil des règles générales de fonctionnement de la Mutuelle. Ce document est remis à l'ensemble des membres participants à l'adhésion. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.

Subrogation : Substitution de la Mutuelle à son membre participant dans son action pour obtenir le remboursement des prestations qui lui sont dues.

Suspension : Dans certains cas, et notamment lorsque les cotisations n'ont pas été réglées, la garantie / option peut être suspendue. Aucun remboursement de prestations n'est dû pendant la période de suspension.

T.A.A. (T2A) : Tarification à l'Activité.

Tacite reconduction : Permet au membre participant de ne pas devoir notifier chaque année à la Mutuelle son souhait de poursuivre son adhésion l'année suivante et de la reconduire ainsi automatiquement.

Tarif d'autorité : Tarif de remboursement appliqué par la Sécurité sociale vis à vis des praticiens ou des établissements privés non conventionnés.

Tarif de convention : Tarif des prestations d'Assurance Maladie, établi par convention entre les caisses d'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

Tarif de responsabilité : Tarif de base de la Sécurité sociale en l'absence de convention. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

Ticket modérateur : Différence entre le tarif 100 % Sécurité sociale et le montant du remboursement versé par le régime de base.

Tiers payant : Système permettant aux membres participants d'être dispensés de faire l'avance de leurs frais. Dans ce cas, la part restante à leur charge est directement remboursée par la Mutuelle au professionnel de santé ayant consenti la dispense.

UN FONCTIONNEMENT SOLIDAIRE ET DÉMOCRATIQUE

VIASANTÉ Mutuelle est ouverte à tous, quel que soit l'âge et le régime obligatoire d'Assurance Maladie. Son fonctionnement repose sur un principe d'entraide solidaire : les cotisations de chacun permettent de surmonter les risques de tous. Les adhérents élisent leurs délégués à l'Assemblée générale. Ces derniers sont chargés de fixer les orientations de la Mutuelle et de veiller à leur bonne mise en oeuvre.

UN ACTE FORT : L'ADHÉSION VOLONTAIRE

En choisissant d'adhérer à VIASANTÉ Mutuelle, vous devenez « membre participant » de votre Mutuelle. Que votre démarche soit individuelle ou s'effectue par l'intermédiaire d'une entreprise, vous avez des droits mais aussi des devoirs. Adhérer vous engage à respecter les statuts, les décisions prises par l'Assemblée générale et le Conseil d'administration de la Mutuelle, les règlements mutualistes et/ou le cas échéant le contrat passé avec votre entreprise.

VIASANTÉ Mutuelle :

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

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

AG / 20200630 / COR CP3 006 V06

www.viasante.fr



viasanté
LA MUTUELLE D'AG2R LA MONDIALE