



CS 80012
75128 PARIS CEDEX 11
mutuelle-valeo.fr

RÈGLEMENT MUTUALISTE Mutuelle Valeo



Gamme individuelle « FRAIS DE SANTÉ »



Mutuelle VALEO, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité,
immatriculée sous le numéro SIREN 784 718 397, située au 174, rue de Charonne 75011 Paris

Janvier 2025

TITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1. : NATURE ET OBJET DU RÈGLEMENT

Le présent règlement mutualiste est régi par le Code de la mutualité.

Il a pour objet, en application de l'article L.114-1 du Code de la mutualité de définir les droits et obligations réciproques existants entre les membres participants de la mutuelle et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations Frais de Santé. Le contrat est souscrit à titre individuel.

Par dérogation, les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat distinct écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

ARTICLE 2. : BÉNÉFICIAIRES

Les membres participants et les ayants droit définis au présent article sont désignés pour les prestations relatives aux frais de santé sous le terme « bénéficiaires ».

2.1. - Les membres participants

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations des garanties frais de santé « Régime d'accueil loi Evin » et « Régime spécifique retraité ». Il s'agit :

- Des salariés partant en retraite ou préretraite pour autant que l'adhésion ait été enregistrée avant le départ en retraite ou préretraite ainsi que les salariés entrés dans un dispositif Valeo d'aménagement de fin de carrière dès lors que les cotisations au régime sont maintenues par accord collectif au sein de l'une ou l'autre des entités Valeo.
- Des anciens salariés privés d'emploi, bénéficiaires d'un revenu de remplacement (sans condition de durée).
- Des ayants droit (en cas de décès de l'adhérent) tels que définis ci-dessous, sous réserve du paiement de la cotisation.

Seuls peuvent adhérer au présent règlement, les membres participants inscrits à la mutuelle.

2.2. - Les ayants droit

Peuvent également bénéficier du présent règlement en qualité d'ayant droit pour les prestations relevant uniquement des branches 1 et 2 relatives aux frais de santé, les personnes physiques définies ci-après et désignées par le membre participant sur son bulletin d'adhésion :

- le conjoint, soit :
 - l'époux (se) du membre participant, non séparé(e) de corps judiciairement ;
 - le partenaire lié au membre participant par un pacte civil de solidarité (PACS) ;
 - le(la) concubin(e) : personne vivant sous le même toit que le membre participant, libre de tout lien marital ou lien de PACS entretenant une relation stable et continue avec celui-ci ;
- les enfants à charge et ceux de son conjoint, concu-

bin ou partenaire pacsé :

- sans condition, jusqu'à l'âge de 20 ans, poursuivant leurs études, jusqu'au 31 décembre de l'année scolaire durant laquelle ils atteignent 28 ans,
- sous condition, jusque l'âge de 28 ans :
 - les enfants à la recherche d'un premier emploi, inscrits à France Travail, sans condition de ressources (prise en charge maximale d'une année) ;
 - les enfants sous contrat d'aide à l'embauche.
- les enfants handicapés, sans condition d'âge, s'ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées au sens des dispositions légales ou réglementaires applicables aux personnes handicapées, personnes classées en 3ème catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale, ou dont le taux d'invalidité est d'au moins 80%,
- les enfants mineurs sous tutelle.

À leur demande expresse, les ayants-droit mentionnés ci-dessus, âgés de 16 ans et plus, peuvent être identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et peuvent percevoir à titre personnel les prestations de la mutuelle.

CHAPITRE I. ADHÉSION - MUTATIONS

ARTICLE 3. : ADHÉSION

3.1. - Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate au maintien dans l'une des garanties d'accueil faisant l'objet du présent règlement, doit effectuer sa demande dans les 6 mois suivant sa cessation d'activité ou suivant l'éventuelle période de portabilité des droits. Elle se voit remettre avant la signature du Bulletin d'Adhésion au contrat individuel, un devoir de conseil et les statuts de la mutuelle, le présent règlement ainsi que la notice d'information liée aux garanties d'Assistance.

Ensuite, chaque personne candidate, après acceptation par sa signature, du devoir de conseil et d'information joint, complète et signe le Bulletin d'Adhésion.

Cette signature vaut accord des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement mutualiste, qui s'imposent au membre participant et à ses ayants droit.

Le membre participant doit notamment mentionner sur le Bulletin d'Adhésion les ayants droit bénéficiaires et la formule choisie.

Le bulletin d'adhésion comporte les mentions obligatoires prévues par le code de la mutualité.

Les éventuels ayants droit bénéficient automatiquement de la même formule que celle souscrite par le membre participant.

3.2. - Date d'effet de la garantie

La date d'effet de la garantie souscrite est le premier jour du mois en cours, sous réserve de la réception du dossier complet comprenant nécessairement :

TITRE II – ADHÉSION, CHANGEMENTS DE FORMULES, DÉMISSION, RÉSILIATION, EXCLUSION, RADIATION

- le Bulletin d'Adhésion dûment complété et signé,
- le devoir de conseil et d'information signé,
- l'IBAN (relevé d'identité bancaire (RIB) du compte sur lequel sera prélevée la cotisation, et le cas échéant, ceux des bénéficiaires des prestations âgés de plus de 16 ans
- le mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- la copie de l'attestation de la carte vitale pour chaque bénéficiaire inscrit

Suite à la réception du Bulletin d'Adhésion et des pièces complémentaires demandées, la mutuelle envoie au membre participant sa carte d'adhérent ainsi qu'un échéancier des cotisations ; l'ensemble valant Certificat d'Adhésion.

En cas de défaut de paiement de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective de son paiement.

3.3. - Durée du contrat

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf résiliation selon les modalités fixées au chapitre II du présent titre.

3.4. - Modification du contrat

Le membre participant doit informer la mutuelle de tout changement :

- de son état civil
- de caisse d'assurance maladie obligatoire
- de son adresse
- concernant les ayants droit
- concernant les coordonnées bancaires de l'un des bénéficiaires.

ARTICLE 4. : CONDITIONS D'ADHÉSION

Acte d'adhésion obligatoirement effectuée avant le départ de l'entreprise

Seuls les anciens salariés de l'entreprise peuvent souscrire un contrat individuel au titre du présent règlement, sous condition que la demande d'adhésion ait été effectuée dans les 6 mois suivant sa cessation d'activité ou suivant l'éventuelle période de portabilité des droits.

Territorialité

La personne candidate à l'adhésion et ses ayants droit doivent être domiciliés en France métropolitaine ou Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM), et être affiliés à un régime d'assurance maladie français.

ARTICLE 6. : CHANGEMENT DE FORMULE

Un changement de formule s'entend par un choix différent de la formule souscrite par le membre participant.

Les changements de formules, aussi bien à la hausse qu'à la baisse, sont possibles à effet du 1er janvier de chaque année suivant la demande adressée par le membre participant à la mutuelle.

Le changement est valable pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat.

Le membre participant doit adresser sa demande de changement de formule, par écrit au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre, à : **Mutuelle VALEO - CS 80012 - 75128 PARIS 11**

Par exception, la prise d'effet d'un changement de formule pourra avoir lieu dès lors que la demande de changement de formule est justifiée par une modification de la situation familiale, le changement de formule prendra effet le 1er jour du mois civil suivant la demande écrite du membre participant.

Toute demande de changement de formule à la baisse ou à la hausse ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de 3 ans dans la formule en cours.

Par exception, dès lors que la demande de mutation est justifiée par une modification de la situation familiale, ce délai de maintien pourra être réduit au 1er jour du mois civil suivant la demande.

ARTICLE 7. : RÈGLES APPLICABLES AUX AYANTS DROIT

7.1. - Adhésion des ayants droit

L'adhésion des ayants droit est soumise à la même règle que celle de l'ancien salarié. Celle-ci doit être réalisée avant le départ de l'entreprise.

L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle du membre participant est concrétisée par l'envoi de la carte adhérent. L'article « ADHÉSION » s'applique de la même façon.

Généralement, la date d'effet de l'ajout d'un ayant droit sur le dossier du membre participant est le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande :

- En cas de mariage, PACS ou concubinage.

À noter en cas de naissance ou d'adoption : la date d'effet de l'ajout est le 1er jour du mois civil suivant la naissance ou l'adoption, sous réserve que la demande d'ajout ait été effectuée dans les 3 mois suivant la survenance de l'événement. Après expiration de ce délai, la date d'effet sera alors le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.

CHAPITRE II. DÉMISSION - RÉSILIATION EXCLUSION - RADIATION

ARTICLE 8. : RENONCIATION

Faculté de renonciation dans les 30 jours à compter de l'adhésion

Le membre participant peut renoncer à son adhésion dans les 30 jours calendaires à compter de la prise d'effet de son contrat. Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer à la Mutuelle une demande de renonciation soit par lettre ou tout autre support durable accompagnée de l'exemplaire original de sa carte d'adhérent à l'adresse suivante :

Mutuelle VALEO - CS 80012 - 75128 PARIS 11 et libellée comme suit :

« Je soussigné(e) (Nom Prénom), déclare renoncer à mon contrat (Références du contrat) et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées.

Le(Date) / (Signature) ».

La renonciation entraîne la restitution par la Mutuelle de l'intégralité de sommes versées et par le membre participant le remboursement des prestations éventuellement perçues dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation.

ARTICLE 9. : RÉSILIATION

9.1. - Résiliation à l'initiative du membre participant

Le membre participant peut dénoncer son adhésion par l'un des moyens suivants :

- Lettre ou tout autre support durable ;
- Déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la Mutuelle ;
- Acte extrajudiciaire ;
- Communication à distance lorsque l'organisme le propose pour la souscription.

Dénonciation à l'échéance annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion à l'échéance annuelle en notifiant sa demande à la Mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance, soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La résiliation prend effet au 31 décembre minuit de l'année en cours, les cotisations restants dues jusqu'à cette date.

Dénonciation dans le cadre de la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005

Chaque année, le membre participant reçoit un avis d'échéance de cotisation dans lequel est rappelée la date limite d'exercice de son droit à dénonciation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant cette date ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction de l'adhésion. Le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions précédentes, le membre participant peut mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la Poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie des cotisations correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

Dénonciation en application de l'article L 221-17 du code de la mutualité

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- Changement de domicile ;
- Changement de situation matrimoniale ;
- Changement de régime matrimonial ;

Il peut être mis fin à l'adhésion par le membre participant lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La demande doit être faite dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa connaissance. La dénonciation prend effet un mois après la réception de la notification.

Les cotisations couvrant une période pendant laquelle le risque n'a pas couru sont remboursées au membre participant.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à la Mutuelle dans les cas de résiliation susmentionnés.

Dénonciation en application de l'article L 221-10-2

A l'issue d'un délai d'un an à compter de la première souscription, le membre participant peut dénoncer son adhésion à tout moment.

La Mutuelle doit accuser réception par écrit de la dénonciation de l'adhésion en précisant au membre participant la date d'effet de la dénonciation. Celle-ci sera effective un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

9.2. - Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

Résiliation pour non-paiement des cotisations

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la Mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension.

Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard quatre mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

Le membre participant n'ayant pas acquitté sa cotisation ou la fraction de celle-ci ayant fait l'objet d'une mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, verra sa garantie résiliée au plus tard quatre mois après l'échéance ayant donné lieu à sa mise en demeure.

Il peut toutefois être sursis par le conseil ou sur délégation de celui-ci à l'application de cette mesure pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer leur cotisation.

Dénonciation pour fausse déclaration

Les garanties qui sont accordées au membre participant par la Mutuelle sont nulles en cas de fausse déclaration intentionnelle ou de réticence de la part de celui-ci, conformément aux dispositions de l'article L 221-14 du code de la mutualité. Dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 10. : EXCLUSION

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles et unions du livre II du Code de la mutualité, peuvent être exclus les membres participants qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle. Le membre participant dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration de la mutuelle pour être entendu sur les faits qui lui sont

reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

La démission, la résiliation et l'exclusion entraînent la radiation du membre participant et de ses ayants droit inscrits dans l'une des formules Frais de santé.

En cas de retard de paiement des cotisations, de radiation ou d'exclusion, la Mutuelle conserve le droit de recouvrer les cotisations jusqu'au dernier jour de la radiation ou de l'exclusion.

La résiliation met un terme à l'ensemble des prestations de la formule.

Conformément à l'article « OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS », seuls sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation.

TITRE III – LES GARANTIES

CHAPITRE I. RISQUES EXCLUS ET OBJET DES GARANTIES

ARTICLE 12. : RISQUES EXCLUS ET LIMITATIONS DE GARANTIES - CONTRATS RESPONSABLES

12.1. - L'ensemble des garanties responsables ne couvre pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables » :

- la participation forfaitaire (actes et consultations de médecins, actes de biologie médicale) et les franchises médicales (médicaments, actes d'auxiliaires médicaux, transports) laissées à la charge de chaque patient, instaurées par l'article L 322-2 du Code de la Sécurité sociale, ne sont pas remboursées ;
- hors parcours de soins coordonnés, aucune majoration de la participation de l'assuré (ticket modérateur) prévue à l'article L 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale n'est prise en charge ;
- hors parcours de soins coordonnés, les dépassements d'honoraires de spécialistes sur les actes cliniques et techniques ne sont pris en charge qu'au-delà du montant du dépassement autorisé défini par la convention médicale en vigueur pour les actes cliniques de spécialistes de secteur 1

12.2. - Sans préjudice des obligations de garanties résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables », sont exclus et ne donnent droit à aucun remboursement :

- les frais occasionnés par un accident ou une mala-

die non prise en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie, sauf stipulation particulière de la garantie ;

- les frais de soins engagés avant la date d'effet des garanties ou après la cessation de celles-ci ;
- s'agissant des naissances, le versement d'une participation indemnitaire aux frais consécutifs à une naissance enregistrée dans un pays hors de l'Union Économique Européenne ;
- s'agissant de la chirurgie esthétique non prise en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale par un chirurgien agréé, les pratiques du Botox, peeling, épilations lasers ;
- s'agissant des lentilles, les frais inhérents à l'essai et l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires.

12.3. - Limite des remboursements Principe Indemnitaire Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit.

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

Ainsi, pour toutes les garanties faisant l'objet du présent règlement mutualiste, les prestations ne peuvent être versées que dans la limite des frais réellement engagés.

ARTICLE 13. : OBJET DES GARANTIES

Les garanties frais de santé du présent règlement mutualiste ont pour objet d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit inscrits, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Les garanties sont en conformité avec les exigences posées par les articles L 871-1, R 871-1 et R 871-2 du Code de la Sécurité sociale relatives aux contrats dits « responsables ».

En conséquence :

- certains actes de soins sont exclus tels que mentionnés à l'article 12-1 du présent règlement ;
- la Mutuelle respecte les obligations de prise en charge prévues à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale (planchers et plafonds de remboursements de prestations, prise en charge du ticket modérateur et des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation pour les équipements des paniers 100% santé des équipements optiques, des aides auditives, et des soins prothétiques dentaires).

CHAPITRE II. LES PRESTATIONS

Deux gammes de garanties sont proposées dans le cadre du présent règlement :

- 1 – le régime d'accueil Loi Evin constitué de 3 formules au choix et une garantie sur-complémentaire
- 2 – le régime spécifique constitué de 3 garanties complémentaires santé

ARTICLE 14. : FORMULES DE GARANTIES PROPOSÉES - TABLEAU DES PRESTATIONS DÉTAILLÉES

La personne candidate à l'adhésion au présent règlement peut adhérer à l'une des formules de garanties suivantes :

Régime d'accueil Loi Evin

- « 3 FORMULES AU CHOIX (régime général : formules de garanties responsables) »,
- Contrat 100 • Contrat 200 • Contrat 300
- « 1 SURCOMPLEMENTAIRE (400) ».
- Sur complémentaire – régime général : cette formule de garanties n'est pas responsable

Particularité : la sur complémentaire dite 400 n'est accessible que pour la garantie complémentaire dite 300

Régime spécifique retraité

- « 3 FORMULES AU CHOIX (régime général : formules de garanties responsables) »,
- Option 1 • Option 2 • Option 3

Le détail de chacune des garanties est décrit dans le présent règlement mutualiste en annexe I.

ARTICLE 15. : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS

15.1. - La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de l'acte médical portée sur le décompte du régime obligatoire d'Assurance Maladie, sur la date de la facture acquittée ou sur la note d'honoraires acquittée.

15.2. - Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation.

15.3. - Les ayants droit inscrits simultanément au membre participant se voient appliquer les mêmes règles d'ouverture de droit aux prestations que celui-ci.

ARTICLE 16. : DISPOSITIONS PARTICULIÈRES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

16.1. Réglementation relative aux contrats responsables et solidaires

16.1.1. - Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (D.P.T.A.M.)

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, ne peut pas dépasser la plus petite des deux limites suivantes :

- **Limite 1** : La prise en charge est plafonnée à 100 % du tarif de responsabilité ;
- **Limite 2** : Le montant de prise en charge des médecins adhérents à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité.

16.1.2. - Prise en charge des équipements optiques

Il existe deux classes de verres et de montures sont instaurées : classe A (équipement 100% santé tel que défini réglementairement, avec un reste à charge nul) et classe B (équipement avec des prix libres). Avant toute délivrance, l'opticien doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (composé d'une monture classe A et de deux verres classe A).

Équipement 100 % santé tel que défini réglementairement (classe A)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour vous.

Cette prise en charge concerne :

- les verres et la monture
- la prestation d'appairage (pour les verres aux indices de réfraction différents)
- le supplément applicable pour les verres avec filtres.

Équipement optique prix libres (classe B)

La garantie prévoit le remboursement d'un équipement complet (verres et monture), sous forme d'un forfait qui respecte les planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation selon le type de verres et qui inclut le remboursement de la Sécurité sociale.

Équipement mixte classes A et B

Le ticket modérateur et les frais exposés au-delà du tarif de responsabilité des éléments de l'équipement de classe A sont pris en charge intégralement dans la limite des PLV. Les éléments de l'équipement de classe B sont pris en charge selon la garantie prévue pour l'équipement de classe B, sous déduction de la prise en charge des éléments de la classe A.

Prise en charge dérogatoire de deux équipements

Pour les assurés présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin avec une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux, et pour ceux ayant une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique, la garantie peut prendre en charge deux équipements de correction différente uniquement si l'ophtalmologiste mentionne ces cas particuliers sur l'ordonnance.

Prestation d'adaptation

Cette garantie prévoit le remboursement d'une prestation qui correspond à l'adaptation de la prescription médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien d'une ordonnance pour des verres de classe A ou B.

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes A et B) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'un équipement optique comportant une monture et deux verres, par période :

- de deux ans, pour les plus de 16 ans,
- d'un an, pour les moins de 16 ans,
- de 6 mois pour les enfants de moins de 6 ans uniquement dans le cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement. Elle ne s'applique pas aux cas de renouvellement anticipé prévus par la réglementation.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1^{er} janvier 2020, en

tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au titre des périodes susmentionnées.

Conditions de renouvellement anticipé

Un renouvellement anticipé de l'équipement est possible dans les cas de dégradation des performances oculaires strictement définis par la Liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie (LPP), justifiés par une nouvelle prescription médicale (ou par une adaptation de la prescription initiale par l'opticien, uniquement pour les plus de 16 ans) :

- pour les plus de 16 ans, au terme d'une période minimale d'un an
- pour les moins de 16 ans, sans délai, uniquement pour les verres.

Un renouvellement anticipé des verres est possible en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies à la LPP (troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique ou une pathologie générale) sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique mentionnant ces cas particuliers, sans délai.

Les forfaits optiques figurant au tableau des garanties portent sur un équipement (monture + verres) et incluent le forfait « monture » ainsi que le ticket modérateur, conformément aux dispositions de l'article R. 871-2 3° du Code de la Sécurité sociale.

16.1.3. - Prise en charge du forfait journalier lié à un séjour dans un établissement médico-social

Le forfait journalier hospitalier est pris en charge sans limitation de durée. Les frais de forfait journalier liés à un séjour dans un établissement médico-social (tel que EHPAD, Maison d'accueil spécialisé) ne sont pas pris en charge.

16.1.4. - Prise en charge en cas d'hospitalisation

Les garanties s'appliquent aux hospitalisations ayant pour but un traitement médical ou chirurgical.

La participation forfaitaire sur les « actes lourds » et le forfait patient urgences sont intégralement remboursés.

GRILLE OPTIQUE

A	<p>Deux verres unifocaux (verres simples)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre 6,00 et + 6,00 dioptries ; - Équipement 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 ; - Équipement 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
B	<p>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre C (verre complexe)</p>
C	<p>Verre unifocal (verre complexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement à verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - Équipement 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 ; - Équipement 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 ; - Équipement à verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries <p>ou verre multifocal ou progressif (verre complexe)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre 4,00 et + 4,00 dioptries ; - Équipement 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 ; - Équipement 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
D	<p>Équipement comportant un verre A (verre simple) et un verre F (verre très complexe)</p>
E	<p>Équipement comportant un verre C (verre complexe) et un verre F (verre très complexe)</p>
F	<p>Deux verres multifocaux ou progressifs (verres très complexes)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries ; - Équipement 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 ; - Équipement 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 ; - Équipement à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

16.1.5. - Prise en charge dentaire

Les prothèses dentaires sont réparties dans 3 paniers de soins : un panier à reste à charge nul (soins et prothèses 100 % santé tels que définis réglementairement), un panier à reste à charge maîtrisé via des honoraires plafonnés et un panier à honoraires libres.

Avant tout traitement, le chirurgien-dentiste doit remettre au membre participant un devis écrit mentionnant une description détaillée du traitement et des matériaux utilisés, le montant des honoraires relatifs au traitement proposé que le traitement soit remboursable ou non et le montant de la base de remboursement de l'Assurance Maladie.

Soins et prothèses du panier 100 % santé

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires des actes prothétiques, dans la limite des honoraires limites de facturation. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale des soins et prothèses, sans reste à charge pour vous.

Actes prothétiques du panier à honoraires maîtrisé

La garantie est exprimée dans la limite des honoraires limites de facturation prévus par la réglementation.

Actes prothétiques du panier à honoraires libres

Les prothèses qui n'entrent pas dans le panier 100 % santé ou dans le panier à honoraires maîtrisés sont remboursées à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

Forfait ou limitation des remboursements dentaires

Lorsque la garantie prévoit des forfaits et/ou des limitations des remboursements annuels par bénéficiaire, ceux-ci correspondent au montant maximum qui sera remboursé chaque année pour les dépenses de prothèses dentaires et d'implant et ne concernent que les actes compris dans les paniers à honoraires maîtrisés et libres. En cas d'atteinte des forfaits ou des limitations de remboursements annuels, la garantie prendra en charge le ticket modérateur.

Le calcul des forfaits ou des limitations de remboursements annuels débute dès la date d'effet du contrat et se renouvelle ensuite tous les ans à cette même date.

16.1.6. - Prise en charge des aides auditives

Les aides auditives sont classées en deux groupes, classe I et classe II, selon leurs caractéristiques techniques (en fonction de la présence et du nombre d'options).

Les aides auditives de la classe I correspondent à l'équipement 100 % santé et sont sans reste à charge pour les bénéficiaires ; celles de la classe II sont à prix libres.

Avant toute délivrance, l'audioprothésiste doit établir un devis mentionnant au moins un équipement sans reste à charge (classe I). Ce devis doit faire apparaître de façon distincte le prix de l'appareil électronique correcteur de surdité proposé ainsi que la nature et le prix des prestations d'adaptation indissociables de l'appareil, nécessaires à son adaptation initiale et à son suivi périodique.

Équipement 100 % santé (Classe I)

La garantie prévoit le remboursement intégral du ticket modérateur et des frais exposés au-delà du tarif de responsabilité, dans la limite des prix limites de vente. Avec le remboursement de la Sécurité sociale, elle permet la prise en charge intégrale de l'équipement, sans reste à charge pour le bénéficiaire.

Aides auditives à prix libres (Classe II)

La garantie respecte le plafond de prise en charge prévue par la réglementation (1 700 euros par appareil y compris le remboursement de la Sécurité sociale).

Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles et des accessoires.

Piles et accessoires

Les piles et autres accessoires prescrits sont pris en charge à hauteur de la garantie prévue au certificat d'adhésion, sur justification de dépenses.

SYNTHÈSE DES PANIERS DE SOINS DENTAIRES		
PANIER 100% SANTÉ	PANIER HONORAIRES MAITRISÉS	PANIER HONORAIRES LIBRES
<ul style="list-style-type: none"> - Couronne métallique - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur incisive, canine et 1ère prémolaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) hors molaire - Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1^{ère} prémolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Couronne céramique-monolithique (hors zircone) sur 2^{ème} prémolaire et molaire - Couronne céramique-monolithique (zircone) sur molaire - Couronne céramo-métallique sur 2^{ème} prémolaire 	<ul style="list-style-type: none"> - Couronne céramo-céramique - Couronne céramo-métallique sur molaire - Couronne implanto-portée
<ul style="list-style-type: none"> - Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie 	<ul style="list-style-type: none"> - Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - Inlay-onlay métallique 	<ul style="list-style-type: none"> - Inlay core et couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie - Inlay-onlay céramique
<ul style="list-style-type: none"> - Bridge céramo-métallique sur incisive - Bridge métallique pour toute dent 	<ul style="list-style-type: none"> - Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive - Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s) 	<ul style="list-style-type: none"> - Bridge céramo-céramique
<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse amovible à plaque base résine 	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse amovible sur châssis métallique 	<ul style="list-style-type: none"> - Prothèse amovible supra-implantaire
<ul style="list-style-type: none"> - Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> - Réparations 	<ul style="list-style-type: none"> - Adjonctions
		<ul style="list-style-type: none"> - Implants

Périodicité de prise en charge

Les garanties (classes I et II) sont applicables aux frais engendrés pour l'acquisition d'une aide auditive par oreille par période de 4 ans. Cette périodicité s'apprécie à la date de facturation de l'équipement.

Ces dispositions s'appliquent et tiennent compte des quatre années antérieures.

16.2. - Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy »

Les garanties couvrent aussi la prise en charge du ticket modérateur des séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues partenaires dans le cadre du dispositif « Mon Soutien Psy » lorsqu'elles sont remboursées par la Sécurité sociale.

16.3. - Prise en charge de la chirurgie réfractive

La prestation prévue, le cas échéant, pour la chirurgie réfractive n'est valable que pour une seule intervention par œil pendant la durée de l'adhésion.

16.4. - Orthodontie

Dans le cadre de l'orthodontie, ou tout autre acte en série, en cas de résiliation ou d'adhésion en cours de semestre, le paiement est proratisé sur le nombre de mois cotisés durant le semestre de soins.

En tout état de cause le remboursement est limité à six semestres plus deux ans de contention.

16.5. - Forfait Naissance ou Adoption

Le versement d'une participation aux frais sous forme de forfait consécutif à une naissance ne peut s'effectuer que pour les seules naissances déclarées et enregistrées dans un pays de la Communauté Européenne.

La prestation indemnitaire plafonnée est versée par enfant né ou adopté :

Sur présentation de l'extrait de naissance du nouveau-né (ou photocopie du livret de famille justifiant de la filiation) ou, le cas échéant, sur présentation d'un justificatif de jugement provisoire d'adoption pour un enfant de moins de trois ans ; Pour le régime d'accueil (contrats 100, 200 et 300), les factures des frais engagés doivent être fournies pour le versement de la prestation.

16.6. - En l'absence de clause particulière :

Le forfait « médecine douce » (suivant détail mentionné au tableau de garanties), permet le remboursement des actes sur présentation d'une facture originale acquittée d'un praticien diplômé, dans la limite du forfait annuel par bénéficiaire prévu à la garantie.

Le forfait « ostéopathie », concerne uniquement les actes d'ostéopathie pratiqués par un médecin ostéopathe.

La prestation « frais d'accompagnement ou lit accompagnant » permet le remboursement des frais de l'accompagnant d'un ayant droit de moins de 16 ans hospitalisé dans un établissement hospitalier. Selon stipulation de la garantie, cette prestation peut être versée en cas de séjour :

- De courte durée « court séjour » ou d'un séjour en établissement hospitalier psychiatrique. Le court

séjour s'entend du séjour en unités hospitalières classiques (cancérologie, cardiologie, neurologie, gériatrie...), pour quelques jours ou semaines.

- En soins de suite et réadaptation : L'unité de soins de suite et de réadaptation (USSR) sert souvent d'intermédiaire entre les services hospitaliers classiques de court séjour et le retour au domicile ou dans un établissement d'hébergement permanent. Elle s'adresse aux personnes nécessitant un suivi complémentaire : rééducation après une fracture ou une hémiplegie, réadaptation, poursuite d'un traitement particulier comme une chimiothérapie lourde, une antibiothérapie pour un problème infectieux sévère ou un antidépresseur nécessitant un certain délai avant d'être efficace...

Pour le forfait « Cure thermale » la prise en charge des frais de transport et d'hébergement concerne uniquement les dépenses liées à l'hébergement et au trajet pour se rendre sur le lieu de cure, et dans la limite du forfait prévu aux garanties, sous réserve de la présentation des justificatifs suivants :

- décompte de Sécurité Sociale ou autre caisse, faisant état des remboursements liés à la cure, facture de soins de l'Établissement de cure thermale, facture d'hébergement et de transport,

Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnelle, sous déduction de la participation versée par le régime obligatoire.

Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1^{er} janvier au 31 décembre sans proratisation pour les adhésions en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :

- si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100% de la base de remboursement conventionnel
- si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la mutuelle est mino- rée du montant du ticket modérateur.

Toutes prestations non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie, doivent faire l'objet d'une prescription nominative et d'une facture originale, détaillée et acquittée.

Pour tous remboursements concernant des prestations hospitalisation, optique, dentaire, orthopédique, appareillage et acoustique : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.

La prise en charge par la mutuelle des frais pharmaceutiques inclut les honoraires de dispensation.

Aide à l'achat de matériel médicalisé (béquille, déambulateur, fauteuil roulant) : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.

ARTICLE 17. : BASE DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement. Celle-ci est déterminée par le régime d'assurance maladie et sert de référence pour le remboursement des actes de soins par la Sécurité sociale et par les organismes de complémentaire santé.

Sauf autres dispositions indiquées aux tableaux des garanties, le paiement des prestations est conditionné à l'intervention du régime obligatoire de l'assurance maladie. En cas de modification de la législation relative aux remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie ou de diminution de ces remboursements, les montants des prestations de la mutuelle demeurent au niveau défini aux tableaux des garanties avant la modification, sauf décision contraire des instances de la mutuelle.

ARTICLE 18. : VERSEMENT DES PRESTATIONS

18.1. - Les prestations sont payées exclusivement par virement.

18.2. - Informations à fournir par le membre participant

Tout assuré régulièrement inscrit au régime de la Sécurité sociale peut, à moins qu'il ne le refuse, bénéficiaire du système de télétransmission NOEMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) pour simplifier les démarches administratives et accélérer le remboursement.

Pour obtenir le règlement de ses prestations non télétransmises, le membre participant doit transmettre à la Mutuelle, le cas échéant, **pour les seuls actes figurant au tableau des garanties souscrites**, une demande de règlement de prestations accompagnée des pièces mentionnées ci-après :

Les décomptes originaux de remboursement du régime obligatoire d'Assurance Maladie (si l'assuré n'opte pas pour la télétransmission) ;

Les notes ou factures originales acquittées (détaillant les actes et prestations réalisés) ;

Pour le forfait maternité : une copie de l'acte de naissance ou du certificat d'adoption ;

Pour les lentilles : une photocopie de la prescription médicale ;

Pour la cure thermale : un accord de prise en charge accompagné des frais d'hébergement et de transport ;

Éventuellement les décomptes de remboursement de tout autre organisme complémentaire (mutuelle, etc.) ;

Tout document complémentaire éventuellement nécessaire à la Mutuelle pour régler la prestation.

S'il s'agit d'un accident, la Mutuelle peut demander au membre participant les circonstances et le lieu de celui-ci, le nom des tiers responsables ainsi que, si possible, les noms et adresses des témoins.

18.3. - Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé papier de périodicité mensuelle ou au format dématérialisé, disponible depuis l'espace adhérent sur le site de la mutuelle.

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 19.

19.1. - Détermination de la cotisation

La cotisation est annuelle et calculée en fonction de la composition de la famille : membre participant seul ou avec famille. Elle s'exprime Toutes Taxes Comprises (TTC). Elle est fixée selon la formule choisie par le membre participant et figure en annexe du présent règlement mutualiste.

Les modalités du présent règlement mutualiste relatif aux contrats individuels, dont les cotisations et les prestations, sont adoptées par le Conseil d'administration dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale (cf. article 4 des statuts de la mutuelle).

Le membre participant est informé du montant des cotisations afférentes à la formule à laquelle il adhère.

19.2. - Paiement des cotisations

Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation mensuelle due pour lui-même et l'ensemble de ses ayants droit. Le montant de la cotisation mensuelle est mentionné sur l'échéancier des cotisations et est prélevée par la mutuelle sur son compte bancaire.

En cas de décès d'un bénéficiaire, la cotisation perçue au

titre de périodes mensuelles ultérieures au mois durant lequel l'événement s'est produit est remboursée.

19.3. - Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement des cotisations, il est fait application des procédures visées à l'article « RESILIATION ».

19.4. - Évolution des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction de l'équilibre technique (rapport prestations/cotisations) et/ou de l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé.

En outre, la Mutuelle peut être amenée, en cours d'année, à procéder à une réactualisation des cotisations.

En tout état de cause, l'évolution des cotisations doit être signifiée au membre participant avant la date d'entrée en vigueur des nouveaux montants.

En cas de refus par le membre participant des cotisations révisées par la Mutuelle, celui-ci peut mettre fin à son adhésion dans les conditions prévues à l'article 8 du présent règlement. En cas de silence de la part du membre participant, l'évolution des cotisations lui est applicable de plein droit à partir de la date où elle entre en vigueur.

TITRE V - AUTRES GARANTIES INCLUSES

Informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance

ARTICLE 20. : GARANTIE ASSISTANCE « IMA 30H/30JOURS »

20.1. - Les bénéficiaires du régime spécifique retraités (options 1, 2 et 3) de la Mutuelle Valeo ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'assistance familial « IMA 30h/30jours », auprès de IMA ASSURANCES, société anonyme au capital de 7 000 000 euros entièrement libéré, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79 033 Niort Cedex 9, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Niort sous le numéro 481 511 632, soumise au contrôle de l'ACPR située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

20.2. - Cette garantie intervient en cas :

- d'accident corporel ou de maladie soudaine et imprévisible entraînant une hospitalisation imprévue ou une immobilisation imprévue au domicile,
- d'accident corporel ou de maladie entraînant une hospitalisation programmée,
- de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, triothérapie, quadrithérapie ou curiethérapie,
- de décès,

dans les conditions spécifiées à chaque article de la notice d'information établie par IMA ASSURANCES.

20.3. - « IMA 30h/30jours » doit être contacté avant la fin

de la maladie ou de l'hospitalisation, pour que les garanties soient acquises dès le premier jour de leur mise en œuvre.

20.4. - Les prestations sont les suivantes, selon les conditions fixées dans la notice d'information établie par IMA ASSURANCES.

— Garanties en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée

Aide à domicile, présence d'un proche, services de proximité (livraison de médicaments, portage de repas, livraison de courses), prise en charge des animaux domestiques, fermeture du domicile quitté en urgence, préparation du retour au domicile, transfert convalescence chez un proche, transport aux RDV médicaux et paramédicaux, location de téléviseur

— Garanties famille en cas d'hospitalisation imprévue ou programmée

Prise en charge des enfants et petits-enfants, prise en charge des frères et sœurs, conduite à l'école et retour au domicile des enfants

— Garanties en cas de traitement par chimiothérapie, radiothérapie, quadrithérapie, curiethérapie

Aide à domicile, garde des enfants ou petits-enfants

— Garanties dès la souscription

Informations médicales, informations juridiques, recherche d'intervenants médicaux et paramédicaux

20.5. - Une notice d'information spécifique concernant ces prestations en inclusion, et établie par IMA ASSURANCES, est jointe au présent règlement.

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 21. : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du bénéficiaire victime d'un accident, contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, jusqu'à concurrence des prestations de remboursement de frais de soins de santé qu'elle lui a versées.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la 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.

Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage (nt) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 22. : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent règlement mutualiste sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
2. en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

ARTICLE 23. : RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

23.1. - Protection des données personnelle

Dans le cadre de la relation contractuelle qui lie le membre participant à la Mutuelle, des données personnelles le concernant sont collectées par la Mutuelle VALEO en sa qualité de responsable de traitement.

Toutes les données sont obligatoires sauf celles identifiées comme facultatives. En effet, les données obligatoires sont nécessaires à l'adhésion au présent règlement mutualiste ou au respect de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. A défaut de fourniture des données obligatoires, la mutuelle VALEO sera dans l'impossibilité de traiter vos demandes.

23.2. - Les finalités de la collecte de vos données personnelles :

Dans le cadre de l'exécution du règlement mutualiste, les données personnelles que la mutuelle collecte vont permettre :

- l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ;
- la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ;
- la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des règlements mutualistes ;
- l'élaboration de statistiques et études actuarielles ;
- l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits.

Vos données personnelles sont également traitées afin de répondre aux dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur. Dans ce cadre et pour répondre à ses obligations légales, La mutuelle VALEO met en œuvre un traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Différents traitements opérés par la Mutuelle VALEO sont basés sur l'intérêt légitime afin de vous apporter les meilleurs produits et services, de continuer à améliorer leur qualité et de mieux vous connaître pour personnaliser les contenus et les services proposés et les adapter à vos besoins. Ils correspondent à :

- la mise en place d'actions de prévention ;
- la gestion de notre relation commerciale notamment

par le biais d'actions telles qu'un programme de fidélisation, des enquêtes de satisfaction, des sondages, des jeux concours ou des tests produits ou services ;

- la lutte contre la fraude à l'assurance et les impayés, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par la Mutuelle VALEO.
- la prospection commerciale pour les produits et services de la Mutuelle du VALEO analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits.

23.3. - Le traitement de vos données de santé :

Le traitement des données de santé vous concernant par la Mutuelle VALEO est soumis au consentement du membre participant. Néanmoins, l'adhésion au présent règlement mutualiste vaut recueil du consentement pour le traitement de données de santé à des fins de gestion de votre contrat et de lutte contre la fraude. Pour tout autre service nécessitant le traitement de vos données de santé, un consentement spécifique est recueilli.

Dans tous les cas, vos données de santé sont traitées en toute confidentialité et sont exclusivement destinées aux médecins conseils de la Mutuelle VALEO et leurs services médicaux ainsi qu'aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

23.4. - Les décisions automatisées et le profilage :

Dans certains cas, la Mutuelle VALEO pourra être amenée à mettre en œuvre des décisions automatisées ou des traitements de profilage fondés sur l'analyse de vos données. Dans chaque cas, la Mutuelle VALEO vous informera spécifiquement et vous permettra de contester une décision automatisée prise à votre égard.

23.5. - Les destinataires de vos données personnelles :

Dans le cadre des traitements de la Mutuelle VALEO, vos données peuvent être transmises à différents destinataires listés dans le tableau ci-dessous.

23.6. - Le transfert de vos données personnelles hors de l'Union Européenne :

La Mutuelle VALEO traite vos données personnelles en France ou en Europe. Néanmoins, si un transfert de données, vers des pays non reconnus par la Commission Européenne comme ayant un niveau de protection adéquat devait être envisagé, nous vous en informerions spécifiquement en précisant les garanties mises en place permettant la protection de vos données personnelles.

23.7. - Les durées de conservation de vos données personnelles :

Vos données personnelles sont conservées le temps de la relation commerciale ou contractuelle et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales ou nécessaires au respect d'une obligation réglementaire. Les durées de conservation varient en fonction des finalités et sont détaillées en dans le tableau ci-dessous.

23.8. - Vos droits

Vous disposez d'un droit d'accès aux données traitées, de rectification en cas d'inexactitude, d'effacement dans certains cas, de limitation du traitement, à la portabilité de vos données.

Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles que nous traitons de manière automatisée. Ce droit ne concerne que le cas où les données personnelles sont fournies par vous-même et traitées sur la base de votre consentement ou de l'exécution d'un contrat.

Vous pouvez également vous opposer, à tout moment, à un traitement de vos données :

- pour des raisons tenant à votre situation particulière que nous vous remercions d'argumenter ;
- lorsque vos données sont traitées à des fins de prospection, sans avoir à vous justifier.

De plus, si vous ne souhaitez pas faire l'objet de prospection commerciale dans le cadre de démarchage téléphonique, vous pouvez vous inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL via le site www.bloctel.gouv.fr ou par courrier à : Société Opposetel – Service Bloctel – 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES.

Par ailleurs, 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 ;

- de retirer votre consentement si le traitement de vos données repose uniquement sur celui-ci.

Enfin, le droit d'accès aux traitements relatifs à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme s'exerce auprès de la CNIL via une procédure de droit d'accès indirect. Néanmoins, le droit d'accès concernant les traitements permettant l'identification des personnes faisant l'objet d'une mesure de gel des avoirs ou d'une sanction financière s'exerce auprès de la Mutuelle VALEO.

23.9. - L'exercice de vos droits auprès de la Mutuelle Valeo

Ces droits peuvent être exercés en justifiant de votre identité et en précisant le droit que vous souhaitez exercer ainsi que tout élément facilitant votre identification.

Pour toute information ou exercice de vos droits relatifs aux traitements de vos données personnelles gérés par la Mutuelle VALEO, vous pouvez contacter son Délégué à la Protection des Données (DPO), par courrier électronique, dpo-mutuelle-valeo@mon-dpo-externe.com

23.10. - Réclamation auprès de la CNIL

Le membre participant dispose également d'une possibilité d'établir une réclamation près de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 ou <http://cnil.fr>

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT	FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Exécution d'un contrat d'assurance	<ul style="list-style-type: none"> • l'étude de vos besoins spécifiques nécessaire à la passation des contrats d'assurance afin de vous proposer des contrats adaptés ; • la tarification, l'émission des documents pré contractuels, contractuels et comptables, l'encaissement des primes ou cotisations et leur répartition éventuelle entre les coassureurs et les réassureurs, le commissionnement, la surveillance des risques, et les autres opérations techniques nécessaires à la gestion des contrats d'assurance ; • la gestion des prestations et la gestion des sinistres pour l'exécution des règlements mutualistes ; • l'élaboration de statistiques et études actuarielles ; • l'exercice des recours et la gestion des réclamations et des contentieux ; • la gestion des demandes liées à l'exercice de vos droits. 	Contrats d'assurance « Frais de Santé » 5 ans à compter de la fin du contrat	<ul style="list-style-type: none"> • les personnels chargés de la passation, la gestion et l'exécution des contrats, • les délégataires de gestion, les intermédiaires d'assurance, les partenaires, • les prestataires, • les sous-traitants de la Mutuelle VALEO dans le cadre de l'exercice de leurs missions, • les organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, • les coassureurs et réassureurs ainsi que les organismes professionnels et les fonds de garanties, • les personnes intervenant au contrat tels que les avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs et professionnels de santé, médecins-conseils et le personnel habilité, • les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux, • les souscripteurs, les assurés, les adhérents et les bénéficiaires des contrats et s'il y a lieu, leurs ayants droit et représentants, • commissaires aux comptes et les auditeurs ainsi que les services chargés du contrôle interne.

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT	FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
Obligation légale, réglementaire et administrative	<ul style="list-style-type: none"> Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme 	<p>Sous réserve de dispositions plus contraignantes (par exemple droit de communication de l'administration fiscale) :</p> <p>5 ans à compter de la clôture du compte ou de la cessation de la relation pour les données et documents relatifs à l'identité des adhérents.</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes en relation avec les adhérents et les gestionnaires de contrat et de sinistre pour les adhérents dont ils ont la charge, les personnes habilitées à prendre la décision de nouer ou de maintenir une relation d'affaires avec une Personne Politiquement Exposée, les personnels habilités du (ou des) service(s) chargé(s) de la lutte contre le blanchiment, la cellule de renseignement financier Tracfin du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, la Direction générale du Trésor, les autorités de contrôle compétentes les autorités de contrôle compétentes d'autres états habilitées
Intérêt légitime du responsable de traitement	<ul style="list-style-type: none"> la mise en place d'actions de prévention 	Le temps strictement nécessaire à la réalisation des actions	<ul style="list-style-type: none"> les personnels habilités de la Mutuelle VALEO les sous-traitants de la Mutuelle VALEO dans le cadre de l'exercice de leurs missions
	<ul style="list-style-type: none"> la gestion de notre relation commerciale 	<p>Pour les adhérents : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes chargées du service marketing, du service commercial, des services chargés de traiter la relation adhérent, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques les services chargés du contrôle les sous-traitants et les partenaires les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs.
	<ul style="list-style-type: none"> la lutte contre la fraude à l'assurance et, le cas échéant, l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque fraude pouvant entraîner une réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par la Mutuelle VALEO 	<p>6 mois à compter de l'émission de l'alerte OU 5 ans à compter de la clôture du dossier Fraude OU 2 ans à compter du terme de la procédure judiciaire</p> <p>Concernant l'inscription sur liste de personnes présentant un risque fraude : 5 ans à compter de l'inscription</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnels en relation avec les adhérents et les gestionnaires de contrats et de sinistres ; les personnels habilités en charge de la lutte contre la fraude, de la lutte anti-blanchiment et du contrôle interne ; les inspecteurs, enquêteurs, experts, et auditeurs ; le personnel habilité de la direction générale, la direction juridique ou du service du contentieux pour la gestion des contentieux ; le personnel habilité des sous-traitants ; les autres organismes d'assurance ou intermédiaires intervenant dans le cadre de dossier présentant une fraude ; les organismes sociaux lorsque les régimes sociaux interviennent dans le règlement des sinistres ou lorsque les organismes d'assurances offrent des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux ; les organismes professionnels intervenant dans le cadre de dossiers présentant une fraude ; les auxiliaires de justice et officiers ministériels ; l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants ; l'autorité judiciaire, médiateur, arbitre saisis d'un litige ; les organismes tiers autorisés par une disposition légale à obtenir la communication de données à caractère personnel relatives à des précontentieux, contentieux ou condamnations ; s'il y a lieu les victimes de fraudes ou leurs représentants.

BASE LÉGALE DU TRAITEMENT	FINALITÉS	DURÉES DE CONSERVATION	DESTINATAIRES
	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale pour les produits et services de la Mutuelle VALEO analogues ou complémentaires à ceux que vous avez souscrits 	<p>Pour les adhérents : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>Pour les prospects (en l'absence de relation contractuelle) : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation adhérent, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques les services chargés du contrôle les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les arbitres, les médiateurs
Consentement	<ul style="list-style-type: none"> la prospection commerciale 	<p>Suppression à tout moment en cas de retrait de votre consentement</p> <p>En l'absence du retrait du consentement :</p> <p>Pour les adhérents : 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale</p> <p>- Pour les prospects : 3 ans à compter de la collecte des données ou du dernier contact émanant du prospect</p>	<ul style="list-style-type: none"> les personnes habilitées des services marketing et commercial, des services chargés de traiter la relation adhérent, les réclamations, et la prospection, des services administratifs, des services logistiques et informatiques ainsi que leurs responsables hiérarchiques les services chargés du contrôle les sous-traitants, les partenaires, les sociétés extérieures les auxiliaires de justices, les officiers ministériels et organismes publics habilités à les recevoir, les médiateurs

ARTICLE 24. : MODIFICATION DU PRÉSENT RÈGLEMENT

Conformément à l'article 4 des statuts de la mutuelle, les évolutions du présent règlement relatif aux opérations individuelles, qu'il s'agisse des règles de gestion et des évolutions de montants et taux des cotisations et des prestations, relèvent de la compétence du Conseil d'administration.

Les décisions prises sont opposables aux membres dès qu'ils en ont connaissance.

ARTICLE 25. : VALEUR CONTRACTUELLE

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le présent règlement mutualiste et ses annexes,
- l'échéancier et la Carte de Mutuelle, l'ensemble valant Certificat d'Adhésion,
- le Bulletin d'Adhésion.

En cas de contradiction entre les dispositions du Certificat d'Adhésion et celles du Bulletin d'Adhésion, ce sont les dispositions du Certificat d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent règlement mutualiste n'ont qu'une valeur classificatoire.

L'Adhésion souscrite par le membre participant exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une des dispositions du règlement mutualiste serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

ARTICLE 26. : FONDS DE GARANTIE ET FONDS SOCIAUX

26.1. - Fonds de Garanties

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie destinés à préserver les droits des membres participants et des bénéficiaires contre la défaillance des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du Code la mutualité, tel que défini aux articles L431-1 et suivants dudit Code.

26.2. - Fonds sociaux

Des secours exceptionnels, pris sur une somme spéciale que détermine annuellement l'Assemblée Générale, peuvent être accordés sur le reste à charge, en cas de besoin urgent, aux adhérents et aux ayants droit, confrontés à des frais médicaux trop importants par rapport à leurs ressources (non imposables, sauf cas exceptionnels), notamment en cas de maladie grave, d'hospitalisation, d'accident ou de soins coûteux.

Les fonds sociaux participent aussi aux frais d'obsèques de la population « Retraités ».

La Commission fonds sociaux a pour objet l'instruction des dossiers présentés (qui porte sur la nature de la demande et des possibilités financières de l'adhérent) et la décision d'attribution en fonction de la situation étudiée et du budget de la Commission.

26.3. - Loi applicable

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au présent règlement mutualiste notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

26.4. - Langue utilisée

L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

ARTICLE 27. : RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Le membre participant peut adresser une réclamation par écrit à : **Mutuelle VALEO**

Service réclamation - CS 80012 - 75128 PARIS 11

La demande est traitée dans les dix jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation, pour en accuser réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. La mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 45 jours à compter de la date de réception de la réclamation.

Si un désaccord persistait suite aux réponses apportées par la Mutuelle et une fois toutes les procédures internes de règlement amiable des litiges épuisées, le membre participant et/ou la Mutuelle ont la possibilité de saisir le Médiateur de la consommation de la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française), dans le délai d'un an à compter de la réclamation, par courrier à l'adresse suivante : **Mon-sieur le Médiateur de la Mutualité Française FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS cedex 15**

soit directement via le formulaire figurant sur le site internet du médiateur : <https://www.mediateur-mutualite.fr/>

En tout état de cause, la saisine du Médiateur de la consommation de la FNMF est sans préjudice sur une éventuelle action ultérieure devant les tribunaux compétents.

ARTICLE 28. : AUTORITÉ DE CONTRÔLE

La mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution dénommée CPR, située 4, Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE 29. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et de financement du terrorisme, la mutuelle se doit de connaître au mieux ses adhérents. Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux adhérents certaines informations complémentaires, telles :

- la justification de l'identité du souscripteur ou de la personne qui acquitte les cotisations, de l'adhérent ;
- la provenance des fonds versés à la mutuelle à titre de paiement des cotisations.
- celles nécessaires pour contrôler la destination finale des fonds versées par la mutuelle au titre du règlement des prestations.

À ce titre, une vigilance particulière doit être apportée sur les Personnes Politiquement Exposées (PPE). Cette vigilance consiste notamment pour la mutuelle à identifier de

manière régulière qui au sein de ses adhérents est susceptibles d'être qualifiée comme PPE.

Conformément à l'article R. 561-18 du Code monétaire et financier, dans sa version applicable au 1er octobre 2018, une PPE est définie comme :

I. – Le membre participant (...), qui est exposé à des risques particuliers en raison de ses fonctions, est une personne résidant dans un pays autre que la France et qui exerce ou a cessé d'exercer depuis moins d'un an l'une des fonctions suivantes :

- 1° chef d'État, chef de gouvernement, membre d'un gouvernement national ou de la Commission européenne ;
- 2° membre d'une assemblée parlementaire nationale ou du Parlement européen, membre de l'organe dirigeant d'un parti ou groupement politique soumis aux dispositions de la loi n° 88-227 du 11 mars 1988 ou d'un parti ou groupement politique étranger ;
- 3° membre d'une cour suprême, d'une cour constitutionnelle ou d'une autre haute juridiction dont les décisions ne sont pas, sauf circonstances exceptionnelles, susceptibles de recours ;
- 4° membre d'une cour des comptes ;
- 5° dirigeant ou membre de l'organe de direction d'une banque centrale ;
- 6° ambassadeur ou chargé d'affaires ;
- 7° officier général ou officier supérieur assurant le commandement d'une armée ;
- 8° membre d'un organe d'administration, de direction ou de surveillance d'une entreprise publique ;
- 9° directeur, directeur adjoint, membres du conseil d'une organisation internationale créée par un traité, ou une personne qui occupe une position équivalente en son sein.

II. – Sont considérées comme des personnes connues pour être des membres directs de la famille des personnes mentionnées au I :

- 1° le conjoint ou le concubin notoire ;
- 2° le partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 3° les enfants, ainsi que leur conjoint, leur partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou par un contrat de partenariat enregistré en vertu d'une loi étrangère ;
- 4° les ascendants au premier degré

III. – Sont considérées comme des personnes étroitement associées aux personnes mentionnées au I :

- 1° les personnes physiques qui, conjointement avec la personne mentionnée au I, sont bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger ;
- 2° les personnes physiques qui sont les seuls bénéficiaires effectifs d'une personne morale, d'un placement collectif, d'une fiducie ou d'un dispositif juridique comparable de droit étranger connu pour avoir été établi au profit de la personne mentionnée au I ;
- 3° toute personne physique connue comme entretenant des liens d'affaires étroits avec la personne mentionnée au I.

ARTICLE 30. : DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE

Dans le cadre de son activité, la mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un professionnel de santé de son choix, tout adhérent ayant formulé une demande ou bénéficié de prestations au titre du présent règlement.

La mutuelle peut également demander à qui de droit, antérieurement ou postérieurement au paiement d'une prestation, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout renseignement permettant d'apprécier la réalité des déclarations effectuées ou des dépenses qu'elle aurait

engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de satisfaire aux demandes de contrôle de la mutuelle, ou lorsqu'il résulte de ce contrôle que les déclarations ou les dépenses engagées sont frauduleuses, la mutuelle :

- ne prendra pas en charge les prestations,
- pourra engager des poursuites en vue du recouvrement des sommes indûment versées, sans préjudices des sanctions prévues par les statuts de la mutuelle.

En cas de récupération de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire, à la suite d'un contrôle d'un professionnel de santé effectué après un remboursement, la mutuelle se réserve le droit de récupérer les prestations indûment versées.

TITRE VII – GESTION

Le présent règlement est géré par la Mutuelle VALEO. L'adhérent doit adresser toutes les correspondances destinées à la mutuelle à l'adresse suivante :

Mutuelle VALEO - CS 80012 - 75128 PARIS 11

ARTICLE 31 – LE TIERS PAYANT

En application de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, le Participant peut bénéficier du tiers payant pour l'ensemble des prestations, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et à hauteur des frais exposés en sus des tarifs de responsabilité, dans la limite des prix fixés par la réglementation, pour les équipements optiques, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires compris dans les paniers 100% santé.

Pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a adhéré au réseau de tiers payant de l'opérateur Plansanté.

La Mutuelle assure ainsi directement, dans la limite de l'option souscrite, la prise en charge des frais engagés par le membre participant et ses bénéficiaires sauf actes de soins effectués en dehors du parcours de soins coordonnés.

Cette modalité, appelée « tiers payant », ne pourra être appliquée que sous réserve de la réglementation des pouvoirs publics. Le tiers payant peut être limité au ticket modérateur en médecine de ville ou hospitalisation ainsi qu'au forfait journalier.

De même, l'accord entre la Mutuelle Valeo et le réseau de santé Itelis permet aux adhérents d'accéder, à tarifs négociés, à un réseau de professionnels de santé partenaires (opticiens, chirurgiens-dentistes, audioprothésistes).

Plansanté propose un tiers-payant étendu à 250 000 professionnels de santé en France métropolitaine et DOM-TOM (pharmaciens, laboratoires d'analyses médicales, radiologues, infirmiers, auxiliaires médicaux, opticiens, chirurgiens-dentistes, établissements de soins, médecins généralistes et spécialistes...)

Pour l'optique, les prothèses dentaires, l'acoustique et les hospitalisations :

Possibilité de bénéficier du Tiers payant sous réserve d'une

demande de prise en charge par le professionnel de santé à Plansanté.

Le Tiers payant s'exerce sur la base de 100 % des tarifs de convention des Régimes obligatoires, sauf accords spécifiques. A défaut l'adhérent doit faire l'avance des suppléments et en demander le remboursement à la mutuelle en produisant le décompte du Régime obligatoire et les pièces justificatives des dépenses. Les suppléments lui seront alors remboursés par la mutuelle dans le cadre des garanties souscrites, selon les procédures habituelles.

Une carte de Tiers payant est adressée à chaque membre participant. Elle atteste des droits de l'adhérent et de ses ayants droits affiliés au contrat, elle est strictement personnelle et ne peut être utilisée que par les personnes mentionnées sur la carte et si les cotisations de la période de couverture sont bien réglées. Cette carte, revêtue du logo Plansanté et de celui du réseau de soins Itelis, permet une identification immédiate auprès des professionnels de santé partenaires.

En cas de cessation ou suspension du contrat Mutualiste, le membre participant est tenu de retourner sa carte d'adhérent à la Mutuelle.

Toute utilisation de la carte Tiers payant pendant une de ces périodes est frauduleuse. La Mutuelle se réserve le droit d'engager des poursuites contre tout contrevenant.

Lorsque l'adhérent n'utilise pas le Tiers payant pour la part complémentaire, alors qu'il l'a utilisé pour la part Régime obligatoire, il devra fournir à la mutuelle le justificatif de paiement de la part complémentaire afin d'en obtenir le remboursement.

L'utilisation de la carte de la mutuelle par l'adhérent qui n'est pas à jour de ses cotisations de mutuelle ou par la personne protégée qui n'est plus couverte par l'adhérent constitue un délit pouvant entraîner des poursuites.

ARTICLE 32 – LE RÉSEAU DE SANTÉ ITELIS

Bénéficiez des avantages du Réseau Optique - Dentaire - Audioprothèse

OPTIQUE

- Jusqu'à 40% d'économie moyenne sur les verres grâce à des tarifs négociés
- Jusqu'à 25% de remise sur les montures
- 15% de remise minimale sur le para-optique (lunettes de soleil, produits lentilles)
- 10% de remise minimale sur les lentilles
- Tiers payant
- Qualité et traçabilité des verres
- Entretien et réparation offerts
- Examen non médical de la vue à 10€ TTC (en cas de renouvellement de l'équipement)
- Équipement prémonté protégeant de la lumière bleue nocive à 39€ TTC (29 € dans le cas de l'achat d'un équipement principal)

Garanties après-vente :

- Traitements des verres illimités 2 ans
- Garantie Adaptation de 3 mois pour les Verres
- Garantie adaptation de 15 jours pour la monture
- Garantie Casse, 1 remplacement pendant 2 ans (sans franchise) pour les adultes
- Garantie Casse, 2 remplacements pendant 2 ans (sans franchise pour le 1er renouvellement et 30% de franchise pour le 2e renouvellement) pour les enfants
- Garantie dépannage pour les Enfants & Adultes : 30€ TTC pour un équipement de dépannage partout en France

AUDIOLOGIE

- Jusqu'à 15% d'économie sur les aides auditives
- Garantie panne sans franchise de 4 ans
- Dépistage annuel de l'audition (non médical)
- Prêt gracieux d'une aide auditive en cas de casse, inadaptation ou utilisation impossible de l'équipement

CHIFFRES CLÉS

- 7000 partenaires
- 2 500* opticiens (sous enseigne, mutualistes et indépendants)
- 1 700 audioprothésistes (sous enseigne, mutualistes et indépendants)
- 2 500 chirurgiens-dentistes omnipraticiens et 120 implantologues
- 30 centres de chirurgie réfractive

* Réseau en cours de renouvellement (chiffre susceptible d'être modifié)

LE RÉSEAU ITELIS :

Mode d'emploi

Pour bénéficier des avantages du réseau Itelis, la marche à suivre est la suivante :

1. Je trouve le professionnel le plus proche :
 - En me connectant sur le site

www.mutuelle-valeo.fr rubrique Tiers-payant

- En interrogeant la Mutuelle Valeo au 01 43 25 25 33

2. Je me rends chez le professionnel muni de ma carte de tiers-payant qui comprend le logo et je demande à bénéficier des avantages partenaires :

• En optique,

- L'opticien partenaire saisit une demande de prise en charge ou un devis par internet qu'il vous demande de signer.
- vous passez en magasin récupérer votre équipement et signer la facture récapitulant les remboursements de la sécurité sociale, de la mutuelle et votre éventuel reste à charge.

• En dentaire et en audioprothèse,

- Le professionnel de santé ou l'assuré adresse sa demande par fax selon les coordonnées mentionnées sur la carte de tiers payant et Itelis répond sous 5 jours ouvrés au professionnel après analyse du devis.

Intégration d'un professionnel au Réseau Itelis

Mon opticien, dentiste ou audioprothésiste ne fait pas partie du réseau Itelis, peut-il demander à être agréé ?

Oui sous certaines conditions :

- Que le secteur géographique dans lequel se situe l'opticien ne soit pas déjà pourvu (présence d'opticiens partenaires).
- Que l'opticien remplisse les conditions requises pour adhérer au réseau et qu'il accepte les accords.

Les informations pour devenir partenaire sont disponibles sur le site www.itelis.fr (espace partenaires).

ARTICLE 33 – AUTRES SERVICES MUTUALISTES

Par son affiliation à la Fédération Nationale de la Mutualité Française, la mutuelle VALEO permet à ses adhérents et à leurs ayants droit de bénéficier de l'accès au réseau d'œuvres et services de santé sur l'ensemble du territoire.

TITRE VIII – LEXIQUE

100 % SANTÉ

Dispositif par lequel les bénéficiaires couverts par un contrat de complémentaire santé responsable peuvent bénéficier de certaines prestations d'optique, d'aides auditives et de prothèses dentaires, intégralement remboursées par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé, donc sans frais restant à leur charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les tarifs maximums fixés.

ADHÉRENT OU MEMBRE PARTICIPANT

Personne physique remplissant les conditions d'adhésion qui signe le bulletin d'adhésion, paie la cotisation et perçoit des prestations et à la qualité de membre participant. L'adhérent est également dénommé membre participant.

ADHÉSION

Contrat liant le membre participant à la mutuelle.

AYANT DROIT

Personne physique désignées par le membre participant sur son bulletin d'adhésion et qui bénéficie des garanties du contrat du membre participant.

BÉNÉFICIAIRE

Personne physique percevant la prestation prévue par les garanties du contrat lors de la réalisation du risque.

BASE DE REMBOURSEMENT (BR)

Tarif déterminé par l'Assurance Maladie, pour un acte ou soin, sur lequel intervient le remboursement.

Il s'agit de :

- Tarif de convention lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie. Le tarif est déterminé par l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ;
- Tarif de responsabilité pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux ;
- Tarif d'autorité lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné.

COTISATIONS

Somme dont le paiement ouvre droit au bénéfice des garanties et éventuellement des services proposés par la mutuelle

DÉPASSEMENT D'HONORAIRES

Différence entre les honoraires du professionnel de santé et la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette différence n'est jamais remboursée par cette dernière.

DISPOSITIFS DE PRATIQUE TARIFAIRE MAÎTRISÉE

Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : CAS (contrat d'accès aux soins), OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) et OPTAM-CO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique).

ÉCHEANCE DE COTISATION

Date de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation.

FRANCHISES MÉDICALES

Sommes déduites des remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Ces franchises ne sont pas remboursées par le contrat.

FORFAIT JOURNALIER OU HOSPITALIER

Participation de l'assuré aux frais entraînés par l'hospitalisation (hébergement et entretien) dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie.

FORFAIT PATIENT URGENCES

Participation du patient aux frais liés à son passage aux urgences dans un établissement de santé. Cette participation n'est pas prise en charge par l'Assurance Maladie

FRAIS RÉELS

Dépense réellement engagée par l'adhérent pour un acte médical donné.

GARANTIE

Engagement de la mutuelle, en contrepartie du versement de cotisations convenues d'avance, à verser une prestation à l'occasion de la réalisation d'un risque garanti par le contrat.

HONORAIRES DE DISPENSATION

Rémunération du pharmacien d'officine destinée à valoriser la dispensation d'un médicament qui comprend l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance, la préparation éventuelle des doses à administrer, les conseils aux patients.

Il existe cinq honoraires de dispensation. Selon les cas, la prise en charge de ces honoraires est identique à celle des médicaments auxquels ils se réfèrent, fixée à 70 % ou 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

HONORAIRE LIMITE DE FACTURATION

Montant maximum pouvant être facturé par un chirurgien-dentiste conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire pour un acte donné. Des honoraires limites de facturation (HLF) sont appliqués à certaines prothèses dentaires, dont en particulier celles contenues dans le panier 100 % santé.

MALADIE

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale, ouvrant droit aux prestations d'un régime de Sécurité sociale française.

MEMBRE HONORAIRE

Toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire.

MUTUELLE :

Organisme à but non lucratif, régie par le Code de la Mutualité, dans lequel les adhérents participent directement ou par l'intermédiaire de leurs représentants élus au fonctionnement et aux décisions de la mutuelle.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Circuit que les patients doivent respecter s'ils veulent bénéficier du remboursement maximal de l'Assurance Maladie Obligatoire. Ce circuit doit débiter par la consultation du médecin traitant avant toute consultation de spécialiste, sauf ceux dont l'accès est direct.

PRESTATION

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou bénéficiaire par la mutuelle en application de la garantie souscrite et éventuels services associés.

PRIX LIMITE DE VENTE

Le prix limite de vente (PLV) d'un dispositif médical correspond au prix maximum de vente à l'assuré social. À défaut de fixation d'un prix limite de vente, le prix est libre. Les aides auditives et les lunettes retenues dans les paniers 100 % santé ont, des prix limite de vente que les professionnels s'engagent à respecter pour que les assurés puissent bénéficier d'un reste à charge nul sur ces équipements.

TICKET MODÉRATEUR

Différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie et le montant du remboursement effectué par la Sécurité sociale, déduction faite des éventuelles franchises ou participations applicables. Cette part des frais médicaux est laissée à la charge des assurés ou peut être prise en charge par l'organisme complémentaire

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ - 1^{er} janvier 2025 - RÉGIME SPÉCIFIQUE RETRAITÉS

En complément des prestations versées par la Sécurité sociale

NATURE DES ACTES SOINS COURANTS	REMBOURSEMENTS		
	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
HONORAIRES MÉDICAUX			
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% du TM + 20% de la BR	100% du TM + 45% de la BR	100% du TM + 120% de la BR
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)	100% du TM	100% du TM + 25% de la BR	100% du TM + 100% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
Actes de médecins conventionnés			
Actes techniques médicaux	100% du TM + 20% de la BR	100% du TM + 45% de la BR	100% du TM + 120% de la BR
Actes de chirurgie	100% du TM + 20% de la BR	100% du TM + 45% de la BR	100% du TM + 120% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
Actes de médecins conventionnés			
Actes techniques médicaux	100% du TM	100% du TM + 25% de la BR	100% du TM + 100% de la BR
Actes de chirurgie	100% du TM	100% du TM + 25% de la BR	100% du TM + 100% de la BR
Actes de médecins non conventionnés			
Actes techniques médicaux	100% du TM	100% du TM + 25% de la BR	100% du TM + 100% de la BR
Actes de chirurgie	100% du TM	100% du TM + 25% de la BR	100% du TM + 100% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX			
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, ...)	100% du TM	100% du TM	100% du TM
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)			
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
Imagerie	100% du TM	100% du TM	100% du TM + 120% de la BR
Echographie	100% du TM + 20% de la BR	100% du TM + 45% de la BR	100% du TM + 120% de la BR
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée			
Imagerie	100% du TM	100% du TM	100% du TM + 100% de la BR
Echographie	100% du TM	100% du TM + 25% de la BR	100% du TM + 100% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Actes remboursés par la SS	100% du TM	100% du TM	100% du TM
MÉDICAMENTS			
Médicaments remboursés par la SS	100% du TM	100% du TM	100% du TM
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)			
Orthopédie, appareillage	100% du TM + 40 € par bénéficiaire	100% du TM + 80 € par bénéficiaire	100% du TM + 80 € par bénéficiaire
Deuxième paire de semelle non remboursée par la SS	40 € par bénéficiaire ⁽⁹⁾	80 € par bénéficiaire ⁽⁹⁾	80 € par bénéficiaire ⁽⁹⁾
AUTRES SOINS COURANTS			
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale	100% du TM	100% du TM	100% du TM
HOSPITALISATION			
	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)
SOINS COURANTS			
	Hors maternité	Hors maternité	Hors maternité
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (ADA-ADC-ATM)	100% du TM + 30% de la BR	100% du TM + 55% de la BR	100% du TM + 130% de la BR
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (ADA-ADC-ATM)	100% du TM + 10% de la BR	100% du TM + 35% de la BR	100% du TM + 100% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER			
	100% des FR	100% des FR	100% des FR
FRAIS DE SÉJOUR			
	100% du TM	100% du TM	100% du TM + 130% de la BR
AUTRES PRESTATIONS			
Chambre particulière par jour	40 €	50 €	70 €
Nb jours max	30 jours par séjour	90 jours par séjour	90 jours par séjour
Frais d'accompagnement par jour	40 € (jusqu'à 16 ans)	50 € (jusqu'à 16 ans)	70 € (jusqu'à 16 ans)
FORFAIT ACTES LOURDS			
	100% des FR	100% des FR	100% des FR
FORFAIT PATIENT URGENCES			
	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale	Prise en charge intégrale
DENTAIRE			
SOINS			
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)	100% du TM	100% du TM	100% du TM
SOINS ET PROTHÈSES «100 % SANTÉ»			
Soins et prothèses «100 % Santé» ^(*)	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation ⁽⁸⁾
PROTHÈSES			
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés	100% du TM + 170% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	100% du TM + 280% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation ⁽⁷⁾	100% du TM + 370% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation ⁽⁸⁾
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres	100% du TM + 170% de la BR	100% du TM + 280% de la BR ⁽⁷⁾	100% du TM + 370% de la BR ⁽⁸⁾
Actes prothétiques non remboursés par la SS (hors prothèse provisoire et actes hors CCAM)	200% de la BRR ⁽¹⁾	310% de la BRR ⁽⁷⁾	400% de la BRR ⁽⁷⁾
Implantologie remboursée ou non par la SS		300 € par an et par bénéficiaire	600 € par an et par bénéficiaire
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSÉS PAR LA SS			
Parodontologie - Forfait / an / bénéficiaire		300 € ⁽¹⁾	300 € ⁽¹⁾
ORTHODONTIE			
Orthodontie remboursée par la SS	100% du TM + 150% de la BR	100% du TM + 300% de la BR	100% du TM + 400% de la BR
Orthodontie non remboursée par la SS (enfant de plus de 16 ans)	150% de la BRR (limité à 4 semestres de traitement et 2 semestres supplémentaires pour la contention) ⁽¹⁾	300% de la BRR (limité à 4 semestres de traitement et 2 semestres supplémentaires pour la contention) ⁽¹⁾	400% de la BRR (limité à 4 semestres de traitement et 2 semestres supplémentaires pour la contention) ⁽¹⁾
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses «100 % Santé»)			
		2300 € par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés, libres et non remboursés (au delà, prise en charge au TM + 25% de la BR)	3000 € par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés, libres et non remboursés (au delà, prise en charge au TM + 25% de la BR)

* : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement
BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limites de facturation : La prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS		
SOINS COURANTS	OPTION 1	OPTION 2	OPTION 3
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.
ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (*)			
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)			
Grille optique			
A - Équipement composé de deux verres « simples »	215 €	320 €	420 €
B - Équipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	215 €	320 €	442,50 €
C - Équipement composé de deux verres « complexes »	215 €	320 €	465 €
D - Équipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	215 €	320 €	442,5 €
E - Équipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	215 €	320 €	465 €
F - Équipement avec deux verres « très complexes »	215 €	320 €	465 €
Dont Monture	100 €	100 €	100 €
PRESTATION D'ADAPTATION			
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
LENTILLES			
Lentilles correctrices			
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	215 € par bénéficiaire ⁽³⁾	320 € par bénéficiaire ⁽³⁾	465 € par bénéficiaire ⁽³⁾
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	215 € par an et par bénéficiaire ⁽²⁾	320 € par an et par bénéficiaire ⁽²⁾	465 € par an et par bénéficiaire ⁽²⁾
CHIRURGIE REFRACTIVE			
Chirurgie de la vision	215 € par oeil (chirurgie réfractive)	320 € par oeil (chirurgie réfractive)	465 € par oeil (chirurgie réfractive)
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille - Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille - Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille - Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles.
ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (*)			
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limites de vente
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)			
Aide auditive remboursée par la SS	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS	Depuis le 1 ^{er} janvier 2021, la prise en charge est limitée à 1700 € par aide auditive, y compris remboursement SS
	100% du TM + 230 € par appareil	100% du TM + 305 € par appareil	100% du TM + 600 € par appareil
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE			
FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE	20 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	20 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	20 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)
Homéopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Acupuncture	Inclus	Inclus	Inclus
Ostéopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Chiropractie	Inclus	Inclus	Inclus
Diététique	Inclus	Inclus	Inclus
Nutritionniste	Inclus	Inclus	Inclus
Podologie	Inclus	Inclus	Inclus
Pédicure	Inclus	Inclus	Inclus
Etiopathie	Inclus	Inclus	Inclus
Sophrologie	Inclus	Inclus	Inclus
Psychomotricité	Inclus	Inclus	Inclus
Psychologie	Inclus	Inclus	Inclus
VACCINS ANTI-GRIPPE PRESCRITS ET NON REMBOURSÉS PAR LA SS	100% des FR (prescription + facture)	100% des FR (prescription + facture)	100% des FR (prescription + facture)
FORFAIT MÉDICAMENTS (Prescrits et non remboursés par la SS)	50 € par an et par bénéficiaire ⁽⁵⁾	50 € par an et par bénéficiaire ⁽⁵⁾	50 € par an et par bénéficiaire ⁽⁵⁾
FORFAIT CONTRACEPTION (Prescrite et non remboursée par la SS)		50 € par an et par bénéficiaire (prescription + facture) ⁽⁶⁾	50 € par an et par bénéficiaire (prescription + facture) ⁽⁶⁾
SEVRAGE TABAGIQUE ET CONSULTATION DE TABACOLOGIE (prescrit et non remboursé SS)	80 € par an et par bénéficiaire	80 € par an et par bénéficiaire	80 € par an et par bénéficiaire
DENSITOMÉTRIE OSSEUSE (Prescrite et non remboursée par la SS)	39,96 € par bénéficiaire	39,96 € par bénéficiaire	39,96 € par bénéficiaire
DIVERS			
CURES THERMALES			
Cures Thermales remboursées par la SS Forfait (Honoraires / Transport / Hébergement)	155 € (sur présentation des justificatifs des dépenses)	100% du TM pour les soins + 155 € (sur présentation des justificatifs des dépenses)	100% du TM pour les soins + 155 € (sur présentation des justificatifs des dépenses)
NAISSANCE - ADOPTION			
Chambre particulière par jour	40 € (limité à 12 jours)	50 € (limité à 12 jours)	70 € (limité à 12 jours)
Forfait par enfant	245 €	245 €	245 €
TRANSPORT			
Frais de transport remboursés par la SS	100% du TM	100% du TM	100% du TM
ASSISTANCE SANTÉ IMA - 118 avenue de Paris - CS 40000 - 79033 NIORT CEDEX 9 RÉSEAU DE SOINS FRAIS D'OBSÈQUES (sur Fonds Sociaux)	Sur entente préalable Tel : 05 49 34 82 31 ITELIS Consulter la mutuelle	Sur entente préalable Tel : 05 49 34 82 31 ITELIS Consulter la mutuelle	Sur entente préalable Tel : 05 49 34 82 31 ITELIS Consulter la mutuelle
Cotisation mensuelle retraités au 1^{er} janvier 2025	1 bénéficiaire : 89,59 € 2 bénéficiaires : 154,46 € 3 bénéficiaires et plus : 192,07 €	1 bénéficiaire : 98,38 € 2 bénéficiaires : 180,25 € 3 bénéficiaires et plus : 210,65 €	1 bénéficiaire : 119,89 € 2 bénéficiaires : 223,26 € 3 bénéficiaires et plus : 253,78 €

Notes :

(1) Sur présentation d'une facture originale détaillée.

(2) Joindre la facture originale accompagnée de la copie de la prescription médicale dans tous les cas.

(3) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(4) Semelles orthopédiques : versements sur prescription et facture acquittée, d'un second forfait pour un deuxième équipement acheté.

(5) Spécialités médicamenteuses non remboursées par la Sécurité sociale mais figurant aux pages blanches du Vidal (exclusion des produits diététiques, hygiéniques et cosmétiques) sur prescription nominative et facture du pharmacien.

(6) Contraception orale, pilule du lendemain, patchs, implants, anneaux...

(7) Plafond annuel hors TM de 2 300 € par bénéficiaire

(8) Plafond annuel hors TM de 3 000 € par bénéficiaire

Pour les bénéficiaires ou les actes pris en charge à 100% par la SS, le barème s'entend sous déduction du TM déjà pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

GARANTIE FRAIS DE SANTÉ - 1^{er} janvier 2025 - VALEO - Régimes d'accueil et Loi Evin
En complément des prestations versées par la Sécurité sociale

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS			
	SOINS COURANTS	Contrat 100	Contrat 200	Contrat 300
HONORAIRES MÉDICAUX				
Consultations et visites - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)				
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés				
Consultations et visites de généralistes	50% de la BR	50% de la BR	100% de la BR	-
Consultations et visites de spécialistes	80% de la BR	100% de la BR	300% de la BR	-
Consultations et visites de psychiatres	80% de la BR	130% de la BR	400% de la BR	-
Consultations et visites - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (y.c. téléconsultation remboursée par la SS)				
Consultations et visites de généralistes et spécialistes conventionnés				
Consultations et visites de généralistes	30% de la BR ⁽⁴⁾	30% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Consultations et visites de spécialistes	60% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	170% de la BR
Consultations et visites de psychiatres	60% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	270% de la BR
Consultations et visites de généralistes et spécialistes non conventionnés				
Consultations et visites de généralistes	30% de la BR ⁽⁴⁾	30% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Consultations et visites de spécialistes	60% de la BR ⁽⁴⁾	80% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	170% de la BR
Consultations et visites de psychiatres	60% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	270% de la BR
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée				
Actes de médecins conventionnés				
Actes techniques médicaux	80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes de chirurgie	80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes de chirurgie, d'anesthésie, d'obstétrique et actes techniques médicaux (ex : extraction d'un grain de beauté) - Médecins non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée				
Actes de médecins conventionnés				
Actes techniques médicaux	60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de chirurgie	60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de médecins non conventionnés				
Actes techniques médicaux	60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Actes de chirurgie	60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
HONORAIRES PARAMÉDICAUX				
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes...)				
	40% de la BR	40% de la BR	40% de la BR	
ACTES D'IMAGERIE (radiologie, échographie, ...)				
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée				
Imagerie	80% de la BR	110% de la BR	130% de la BR	-
Echographie	80% de la BR	80% de la BR	150% de la BR	-
Actes d'imagerie, d'échographie - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée				
Imagerie	60% de la BR ⁽⁴⁾	90% de la BR ⁽⁴⁾	110% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
Echographie	60% de la BR ⁽⁴⁾	60% de la BR ⁽⁴⁾	130% de la BR ⁽⁴⁾	20% de la BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE				
Actes remboursés par la SS				
	40% de la BR	40% de la BR	40% de la BR	
MÉDICAMENTS				
Médicaments remboursés par la SS				
	100% du TM	100% du TM	100% du TM	-
MATÉRIEL MÉDICAL inscrit à la Liste des Produits de Prestations (LPP)				
Appareillage : prothèse médicale, accessoires	150% de la BR (dans la limite de 600€ par an et par bénéficiaire) ⁽³⁾	350% de la BR (dans la limite de 700€ par an et par bénéficiaire) ⁽³⁾	350% de la BR (dans la limite de 700€ par an et par bénéficiaire) ⁽³⁾	
Fauteuil roulant	400% de la BR	500% de la BR	500% de la BR	
AUTRES SOINS COURANTS				
Séances d'accompagnement psychologique réalisées par des psychologues, remboursées par la Sécurité sociale				
	100% du TM	100% du TM	100% du TM	
HOSPITALISATION				
	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	Séjour ou ambulatoire (y compris psychiatrie)	
HONORAIRES				
Honoraires - Praticiens adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée				
	70% de la BR	180% de la BR	400% de la BR	
Honoraires - Praticiens non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée				
	50% de la BR ⁽⁴⁾	120% de la BR ⁽⁴⁾	120% de la BR ⁽⁴⁾	280% de la BR
FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER				
	100% des FR	100% des FR	100% des FR	
FRAIS DE SÉJOUR				
Frais de séjour conventionnés				
	70% de la BR	180% de la BR	250% de la BR	
Frais de séjour non conventionnés				
	70% de la BR	70% de la BR	250% de la BR	
AUTRES PRESTATIONS				
Chambre particulière par jour	60 € (hors ambulatoire et maternité)	60 € (hors ambulatoire et maternité)	93 € (hors ambulatoire et maternité)	
Lit d'accompagnant par jour	60 € (enfant de moins de 16 ans)	60 € (enfant de moins de 16 ans)	60 € (enfant de moins de 16 ans)	
FORFAIT ACTES LOURDS				
	100% des FR	100% des FR	100% des FR	
FORFAIT PATIENT URGENCES				
	Prise en charge intégrale	100% des FR	100% des FR	
DENTAIRE				
SOINS				
Soins dentaires (ex : suivi, traitement de carie, détartrage, ...)				
	55% de la BR	55% de la BR	55% de la BR	
SOINS ET PROTHÈSES «100 % SANTÉ»				
Soins et prothèses «100 % Santé» (*)				
	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	Prise en charge intégrale dans la limite des honoraires limites de facturation	
PROTHÈSES				
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires maîtrisés				
	310% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	500% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Garantie spécifique pour les inlays onlays	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	400% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Garantie spécifique pour les inlays core	230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	230% de la BR dans la limite des honoraires limites de facturation	
Actes prothétiques remboursés par la SS à honoraires libres				
	310% de la BR	400% de la BR ⁽¹⁾	500% de la BR ⁽¹⁾	
Garantie spécifique pour les inlays onlays	400% de la BR	400% de la BR	400% de la BR	
Garantie spécifique pour les inlays core	230% de la BR	230% de la BR	230% de la BR	
Implant (intra-osseux - racine) remboursé ou non par la SS				
	500 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire	700 € par an et par bénéficiaire	
Inlays core sur implant (infrastructure coronaire)				
	300 € par an et par bénéficiaire	300 € par an et par bénéficiaire	500 € par an et par bénéficiaire	
AUTRES ACTES DENTAIRES NON REMBOURSES PAR LA SS				
Pilier de bridge sur dent saine	333,25 €	430 € dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire	537,50 € dans la limite de 100% du PMSS par an et par bénéficiaire	
Prothèses non remboursées par la SS mais codées dans la CCAM et ayant une BR	260% de la BR	260% de la BR	260% de la BR	
ORTHODONTIE				
Orthodontie remboursée par la SS				
	200% de la BR	250% de la BR	300% de la BR	
Orthodontie non remboursée par la SS				
	250% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	300% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	350% de la BR (enfant ayant débuté le traitement après 16 ans mais avant 18 ans)	

NATURE DES ACTES	REMBOURSEMENTS			
	Contrat 100	Contrat 200	Contrat 300	Sur-complémentaire 400
PLAFOND DENTAIRE (hors soins et prothèses «100 % Santé»)		100% du PMSS par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés et libres et du pilier de bridge sur dent saine	100% du PMSS par an et par bénéficiaire au titre des actes prothétiques à honoraires maîtrisés et libres et du pilier de bridge sur dent saine	
OPTIQUE	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 équipement (1 monture + 2 verres) tous les 2 ans à partir de 16 ans. Pour les moins de 16 ans et les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions réglementaires.	
ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (**)				
Monture + 2 verres de tous types (Classe A)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	
ÉQUIPEMENT OPTIQUE - PRIX LIBRES (CLASSE B)				
Monture	100,00 €	100,00 €	100,00 €	
Grille optique	(hors monture)	(hors monture)	(hors monture)	
A - Équipement composé de deux verres « simples »	150,00 €	285,00 €	320,00 €	
B - Équipement mixte composé d'un verre « simple » (A) et d'un verre « complexe » (C)	222,50 €	362,50 €	440,00 €	
C - Équipement composé de deux verres « complexes »	295,00 €	440,00 €	560,00 €	
D - Équipement avec un verre « simple » (A) et un verre « très complexe » (F)	250,00 €	387,50 €	483,50 €	
E - Équipement avec un verre « complexe » (C) et un verre « très complexe » (F)	322,50 €	465,00 €	603,50 €	
F - Équipement avec deux verres « très complexes »	350,00 €	490,00 €	647,00 €	
PRESTATION D'ADAPTATION				
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe A, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	
Renouvellement d'une ordonnance pour des verres de classe B, par l'opticien, après réalisation d'un examen de vue	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limite de vente	
LENTILLES				
Lentilles correctrices				
Lentilles remboursées par la SS (y compris jetables)	200 € ⁽²⁾	200 € ⁽²⁾	300 € ⁽²⁾	
Lentilles non remboursées par la SS (y compris jetables)	200 € (prescription + facture)	205 € (prescription + facture)	300 € (prescription + facture)	
CHIRURGIE REFRACTIVE				
Chirurgie de la vision	550 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	800 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	1000 € par oeil (chirurgie de la myopie au laser)	
AIDE AUDITIVE	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles, aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles, aux dispositions réglementaires.	Limité à 1 aide auditive tous les 4 ans pour chaque oreille. Pour les renouvellements anticipés, se référer aux dispositions contractuelles, aux dispositions réglementaires.	
ÉQUIPEMENT «100 % SANTÉ» (**)				
Aide auditive remboursée par la SS (Classe I)	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	Prise en charge intégrale dans la limite des prix limités de vente	
AIDE AUDITIVE - PRIX LIBRES (CLASSE II)				
Aide auditive remboursée par la SS	400% de la BR par appareil (3)	500% de la BR par appareil (3)	500% de la BR par appareil (3)	
PRÉVENTION ET MÉDECINE DOUCE				
FORFAIT GLOBAL MÉDECINE DOUCE				
	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	
Acupuncture	Inclus	Inclus	Inclus	
Ostéopathie	Inclus	Inclus	Inclus	
Chiropractie	Inclus	Inclus	Inclus	
Diététique	Inclus	Inclus	Inclus	
Pédicure	Inclus	Inclus	Inclus	
Podologie	Inclus	Inclus	Inclus	
Etiopathe	Inclus	Inclus	Inclus	
Psychomotricien	Inclus	Inclus	Inclus	
Substituts nicotiniques prescrits et non remboursés par la SS (5)	Inclus	Inclus	Inclus	
PSYCHOLOGIE				
	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	45 € par séance (limité à 4 séances par an et par bénéficiaire)	
DIVERS				
CURES THERMALES				
Cures thermales remboursées par la SS / an / bénéficiaire				
Cures Thermales - Forfait (Honoraires / Transport / Hébergement)	100% du TM + 250 €	100% du TM + 250 €	100% du TM + 250 €	
NAISSANCE - ADOPTION				
Forfait par enfant	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	450 € limité aux FR (sur facture des frais)	
TRANSPORT				
Frais de transport remboursés par la SS	100% du TM	100% du TM	100% du TM	
** Cotisation mensuelle anciens Salariés au 1^{er} janvier 2025	Isolé : 102,59 € Famille : 131,04 €	Isolé : 117,03 € Famille : 149,10 €	Isolé : 135,25 € Famille : 171,73 €	Isolé : 2,60 € Famille : 7,29 €
*** Cotisation mensuelle anciens Salariés au 1^{er} janvier 2025	Isolé : 110,87 € Famille : 224,56 €	Isolé : 135,67 € Famille : 271,36 €	Isolé : 158,35 € Famille : 316,69 €	Isolé : 3,67 € Famille : 7,34 €

(**) 1^{ère} année suivant le départ en retraite du salarié ou pendant toute la durée de suspension selon les points visés au Chapitre 5 de la notice d'information.

(***) 2^{ème} année et suivantes après le départ en retraite du salarié.

Notes : (1) Au-delà du plafond, prise en charge à hauteur de 100% du TM + 25% de la BR.

(2) Au-delà du forfait, prise en charge du TM.

(3) Au-delà du plafond, prise en charge du TM.

(4) Pour les bénéficiaires où les actes pris en charge à 100% par la SS, le barème s'entend sous déduction du TM déjà pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

* : Tels que définis réglementairement / Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : Contrats mis en place entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins dans lesquels les médecins adhérents s'engagent notamment à limiter leurs dépassements d'honoraires : OPTAM (option pratique tarifaire maîtrisée) ou OPTAM-ACO (option pratique tarifaire maîtrisée anesthésie, chirurgie et obstétrique) / SS : Sécurité sociale / PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produit l'évènement / BR : Base de remboursement de la Sécurité sociale / BRR : Base de Remboursement Reconstituée. Dans le cas du secteur non conventionné, le remboursement est fait sur une base reconstituée identique à celle du secteur conventionné / RSS : Remboursement de la Sécurité sociale / FR : Frais réels / TM : Ticket modérateur / TC : Tarif de convention / Optique et paniers de soins 100 % Santé avec prise en charge intégrale : Les remboursements incluent la prise en charge de la SS / Honoraires limités de facturation : La prise en charge des actes se fait à hauteur de la garantie des actes prothétiques du panier à honoraires libres / Périodes de renouvellement pour l'optique et pour l'aide auditive : Ces périodes sont fixes et commencent à courir à compter de la date de facturation de l'équipement.



Mutuelle Valeo - Vos contacts

Site internet : www.mutuelle-valeo.fr
Application mobile : Ma Mutuelle Valeo
Numéro de téléphone : 01 43 25 25 33