



Notice d'information

**Contrat collectif d'assurance à adhésion
facultative**

Remboursement de frais de soins de santé

Table des matières

PREAMBULE	3
CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1 Objet de la présente notice	4
Article 2 Risques couverts	4
Article 3. Objet et modification du contrat	4
Article 4. Adhésion individuelle à la mutuelle.....	4
Article 5 Durée de l’adhésion	5
Article 6 Résiliation de la garantie, exclusion, nullité.....	5
6.a Résiliation à l’initiative de l’adhérent	5
6.b A l’initiative des mutuelles co-assureurs.....	7
Conséquence de la résiliation, de l’exclusion	7
Article 7. Maintien de couverture	7
Article 8. Événements survenant en cours d’adhésion	8
Changement de garantie à l’initiative de l’adhérent.....	8
Article 8 Prescription	8
Article 9 – Subrogation des Mutuelles co-assureurs.....	9
Article 10 - Réclamations – Médiation	9
Article 11 – Données personnelles.....	9
CHAPITRE 2 – COTISATIONS	10
Article 12 – Détermination, Montant et paiement de la cotisation.....	10
CHAPITRE 3 – GARANTIES.....	12
Article 13 Date d’entrée en vigueur des garanties.....	12
Article 14 – Objet et montant	12
Article 15. - Définition des prestations.....	12
Article 16 Contrats solidaires et responsables	13
Article 17 - Limite des remboursements	13
Article 18 - Exclusions.....	13
Article 19 - Paiement des prestations	14
Article 20 Contrôle :	15
Article 21 – Définition des prestations de la garantie assistance	15
Article 22 – Autorité de contrôle.....	15
Annexe n°1 – Tableau des garanties	16
Annexe n°2 – Répartition géographique des adhésions mutualistes	24

PREAMBULE

Vous avez adhéré au contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par YVON Association (ci-après appelé « le souscripteur ») auprès d' :

- Harmonie Mutuelle, organisme assureur du contrat, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris
- la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), organisme assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399
- la Mutuelle Générale des Etudiants de l'Est (MGEL), mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 44 Cours Léopold, 54000 Nancy, immatriculée sous le numéro SIREN 783 332 448.

appelées ensemble ci-après les Mutuelles co-assureurs, garantissant la prise en charge de soins de santé.

Les organismes assureurs sont désignés, aux fins des présentes : « les Mutuelles co-assureurs ». Les relations entre les Mutuelles co-assureurs font l'objet d'une convention de co-assurance qui précise notamment les modalités de concertation entre elles.

HARMONIE MUTUELLE est désignée comme apériteur. Elle est désignée aux fins des présentes « l'apériteur ». MGEN et HARMONIE MUTUELLE donnent mandat à MGEL pour la gestion des cotisations et des prestations nécessaires pour l'exécution du présent contrat de remboursement de frais de soin de santé, en leur nom et pour leur compte.

Le présent document constitue la notice d'information de ces garanties.

Il vous indique notamment :

- les modalités d'entrée en vigueur des prestations ;
- le descriptif détaillé des prestations ;
- les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque ;
- la présentation des services et les modalités de règlement des prestations ;
- le rappel des mentions obligatoires en matière de nullité, de déchéance, d'exclusion ou de limitation de garantie, ainsi que les délais de prescription.

Cette notice doit obligatoirement être transmise aux adhérents, accompagnée des statuts et du règlement intérieur des Mutuelles co-assureurs.

CHAPITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 Objet de la présente notice

Cette notice constitue un document d'information destiné à éclairer l'adhérent sur les principales dispositions du contrat collectif de complémentaire santé souscrit par le souscripteur auprès des Mutuelles coassureurs.

Article 2 Risques couverts

Les garanties de frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

Article 3. Objet et modification du contrat

Le montant et les modalités des garanties sont établis en fonction des textes législatifs et réglementaires existant à sa prise d'effet. Si ultérieurement, ces textes venaient à être modifiés, les Mutuelles co-assureurs se réservent le droit de réviser leurs conditions de garanties, en accord avec le souscripteur.

Article 4. Adhésion individuelle à la mutuelle

Peuvent être garantis au titre du présent contrat les **Membres d'YVON association**, selon les conditions définies par elle, c'est-à-dire les étudiants âgés de 16 à 29 ans (c'est-à-dire jusqu'à la veille de son 30^{ème} anniversaire) **poursuivants leurs études** (études secondaires ou supérieures, cursus de formation professionnelle en alternance – dans le cadre d'un contrat d'apprentissage ou de professionnalisation, d'un contrat d'aide à l'insertion ou encore dans le cadre d'une inscription au CNED).

Afin d'adhérer aux présentes garanties, l'adhérent doit retourner le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé. Le renseignement et la signature du bulletin d'adhésion peut être effectué par voie électronique.

L'adhésion intervient sans délai de carence ni questionnaire médical et prend effet au jour de la signature du bulletin d'adhésion. Les garanties prennent effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion ou à défaut au 1^{er} jour suivant le jour de réception de la demande, ou du règlement de la prime si celui-ci intervient postérieurement.

Vente à distance

Toute personne physique ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle bénéficie d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ou supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'adhésion a pris effet (c'est-à-dire du jour de la signature du bulletin d'adhésion) ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations précontractuelles, si cette dernière date est postérieure.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, à l'adresse du siège social de MGEL, gestionnaire du contrat, une lettre recommandée ou envoi recommandé électronique qui peut être rédigé comme suit : « *Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le...* » *Date et signature.*

Les mutuelles co-assureurs sont tenues de rembourser à l'adhérent dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat. Ce délai commence à courir le jour où MGEL, mutuelle gestionnaire du contrat, reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter. Au-delà, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'adhérent restitue aux mutuelles co-assureurs dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à MGEL, mutuelle gestionnaire du contrat, sa volonté de se rétracter.

Démarchage

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui adhère dans ce cadre à un règlement ou à un contrat collectif à adhésion facultative à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la signature du bulletin d'adhésion sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités à adresser à l'adresse du siège social de MGEL, mutuelle gestionnaire du contrat.

Modèle de rédaction de renonciation : « *Je soussigné(e) (nom, prénom) demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon adhésion effectuée par la signature de mon bulletin d'adhésion le...* » *Date et signature.*

Les mutuelles co-assureurs s'engagent dans ce cas à vous restituer dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, les sommes encaissées en application du contrat.

L'adhérent restitue aux mutuelles co-assureurs dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où il communique à MGEL, mutuelle gestionnaire du contrat, sa volonté de se rétracter.

Article 5 Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat produit ses effets jusqu'au 30 septembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article suivant.

Article 6 Résiliation de la garantie, exclusion, nullité

6.a Résiliation à l'initiative de l'adhérent

Résiliation à l'échéance annuelle du contrat

L'adhérent peut mettre fin à la garantie à l'échéance annuelle de son contrat en notifiant à la mutuelle sa demande de résiliation 2 mois avant cette échéance, c'est-à-dire avant le 31 juillet de l'année.

Résiliation à titre exceptionnel

A titre exceptionnel, il peut être mis fin aux garanties en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	<p>La résiliation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.</p> <p>Si la demande parvient à la mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande.</p>
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire	
Attribution de la protection complémentaire en matière de santé prévue aux articles L861-1et suivants du Code de la Sécurité sociale dénommée Complémentaire santé solidaire à l'adhérent à l'adhérent	
Modification des garanties et/ou des cotisations par avenant signé du Souscripteur et de la Mutuelle	La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation, conformément aux articles « Évolution de la garantie » et «Évolution de la cotisation »

La mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Résiliation infra-annuelle

L'adhérent peut mettre fin à la garantie sans frais ni pénalités à tout moment en cours d'année, après l'expiration d'un délai d'adhésion minimal de 12 mois à compter de l'adhésion au présent contrat, selon les conditions et modalités définies aux articles L. 221-10-2 du Code de la mutualité.

Les modalités de notification de la résiliation

Selon les modalités prévues à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, la notification de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'adhérent :

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

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation.

La demande de résiliation ne dispense pas l'adhérent du paiement des cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par les mutuelles co-assureurs jusqu'à cette même date.

6.b A l'initiative des mutuelles co-assureurs

Si les conditions exigées pour être adhérent ne sont plus remplies

Les mutuelles Co-assureurs peuvent résilier la garantie si l'adhérent ne remplit plus les conditions exigées pour être adhérent du contrat souscrit par le Souscripteur, c'est-à-dire :

- s'il a terminé ses études
- à son trentième anniversaire
- s'il n'est plus membre d'Yvon association ;
- s'il n'est plus couvert par un régime d'Assurance maladie obligatoire française.

La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la survenance de l'évènement ou de sa déclaration de sa modification de situation.

En cas de non-paiement

La mutuelle peut résilier les garanties en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article Non-paiement de la cotisation.

Nullité en cas de fausse déclaration intentionnelle

Les conditions d'exécution du contrat à l'égard des membres participant sont basées sur les déclarations transmises par le Souscripteur. Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener les Mutuelles co-assureurs à invoquer la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 221-14 du code de la mutualité. Les cotisations payées demeureront alors acquises aux Mutuelles co-assureurs qui auront droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts. Les Mutuelles co-assureurs peuvent également exiger une augmentation des cotisations proportionnelle.

Peut être exclu dans les conditions définies dans les statuts des Mutuelles co-assureurs :
-l'adhérent qui aura, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou aura omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité ;
-ainsi que tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.

Conséquence de la résiliation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation ou d'exclusion, l'adhérent s'engage à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

Article 7. Maintien de couverture

Conformément aux dispositions de l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur, les Mutuelles co-assureurs peuvent accepter le maintien d'une couverture d'assurance individuelle moyennant le paiement de sa cotisation aux conditions indiquées à l'article Cotisation

Article 8. Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent pourra demander la modification de la garantie 12 mois après la date d'adhésion, ou 12 mois après la date du précédent changement de garantie. Il bénéficie alors des dispositions de sa/ses garantie(s) antérieure(s) jusqu'à la date d'effet et de la ou des nouvelles garanties.

Le changement de garantie prendra effet au premier jour du mois suivant la réception, par MGEL, de la demande de modification signée par l'adhérent.

Évolution de la garantie à l'initiative des mutuelles co-assureurs

Les garanties peuvent être modifiées par avenant signé par la Mutuelle et le Souscripteur. Ces modifications seront portées à la connaissance de l'adhérent 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Celui-ci a un mois pour dénoncer son adhésion en raison de ces modifications. La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant la réception de la demande de résiliation.

Article 8 Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du l'adhérent, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.**
- **en cas de réalisation du risque décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là**
- **Quand l'action de l'adhérent contre les Mutuelles co-assureurs a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où le tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent, ou a été indemnisé par celui-ci.**

Conformément à l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci, par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque, ainsi que par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique avec accusé de réception adressée par les Mutuelles co-assureurs à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par l'adhérent aux Mutuelles co-assureurs en ce qui concerne le règlement de la prestation.

L'envoi du recommandé électronique doit satisfaire aux exigences de l'article L100 du code des postes et télécommunications électroniques.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;**

- la demande en justice, même en référé, et y compris dans le cas où elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque la saisine de la juridiction est annulée par l'effet d'un vice de procédure. L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande en justice ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution, ou un acte d'exécution forcée.

Article 9 – Subrogation des Mutuelles co-assureurs

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, les mutuelles co-assureurs sont subrogées de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que les mutuelles co-assureurs ont exposées à due concurrence de la part d'indemnités mises à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de l'adhérent.

Article 10 - Réclamations – Médiation

En cas de désaccord à l'occasion de la commercialisation, de la gestion du contrat, le souscripteur peut s'adresser au courtier : **YVON Assurances et Services, 44 Cours Léopold – 54000 NANCY** ou à l'adresse mail suivante reclamationyvon@mgel.fr.

VITAL ASSUR s'engage :

- à accuser réception de la réclamation dans les 10 jours ouvrables à compter de la date de réception sauf si la réponse elle-même est apportée.
- à respecter un délai maximum de deux mois entre la date de réception de la réclamation et la date d'envoi de la réponse.

Si l'objet de la réclamation concerne exclusivement les obligations des organismes Assureurs, VITAL ASSUR s'engage à leur transmettre sans délai pour traitement, afin que les délais mentionnés ci-dessus soient respectés.

Si un désaccord subsiste, après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations l'adhérent peut adresser sa réclamation à **YVON Assurances et Services, 44 Cours Léopold – 54000 NANCY** ou à l'adresse mail suivante mediateuryvon@mgel.fr.

Le courtier s'engage à transmettre ces réclamations :

Médiateur de la Mutualité Française à l'adresse suivante : FNMF 255 rue de Vaugirard - 75719 PARIS Cedex 15 ou par internet : mediation@mutualite.fr

Article 11 – Données personnelles

Dans le cadre de leurs activités, les mutuelles co-assureurs réalisent différents traitements de données à caractère personnel vous concernant et concernant vos ayants-droit éventuels, en qualité de responsable de traitement.

Le traitement de ces données à caractère personnel est nécessaire afin de prendre en compte l'adhésion au contrat, d'assurer la gestion de votre dossier et d'organiser la vie institutionnelle relevant

des statuts, ainsi que pour :

- le recouvrement et le contentieux
- dans les conditions fixées par la réglementation, l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- répondre à des prescriptions réglementaires existantes ou à venir et notamment:
 - la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
 - la lutte contre la fraude ;
 - les réponses aux demandes officielles des autorités publiques ou judiciaires dûment autorisées ;
 - dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
 - toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Le défaut de fourniture des données sollicitées aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Les données collectées sont conservées le temps nécessaire à l'exécution du contrat ou pour les durées prévues par la loi ou préconisées par la CNIL en matière d'assurance. Les données sont destinées aux personnels habilités des mutuelles co-assureurs et peuvent, dans la limite des finalités ci-dessus, être transmises à des sous-traitants et partenaires contribuant à la réalisation de ces finalités.

Conformément aux dispositions de la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel et notamment du Règlement européen général sur la protection des données du 27 avril 2016 et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, et de portabilité de vos données, ainsi que, pour des motifs légitimes, d'un droit d'effacement, d'opposition et de limitation du traitement des données vous concernant. Vous disposez également du droit de décider du sort de ses données après votre décès.

L'adhérent a toujours le droit de s'opposer à tout moment au traitement des données à caractère personnel le concernant à des fins de prospection commerciale.

Pour l'exercice de ces droits, vous pouvez envoyer une demande, en fournissant un justificatif d'identité comportant votre signature, par courrier postal par courrier postal à l'adresse :

Les assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits soit par mail (dpo@groupe-vyv.fr) soit par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données du groupe VYV - Tour Montparnasse - 33, avenue du Maine - BP 25 - 75755 Paris Cedex 15.

Vous pouvez enfin, à tout moment, vous inscrire en ligne sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique Bloctel, à l'adresse <https://inscription.bloctel.fr>.

CHAPITRE 2 – COTISATIONS

Article 12 – Détermination, Montant et paiement de la cotisation

Les cotisations sont détaillées aux conditions particulières du contrat, et déterminées en fonction de l'option choisie par l'adhérent. Elles sont exprimées en euros.

Article 12 –1 Evolution de la cotisation

Pour chacune des garanties santé indiquées aux conditions particulières du contrat souscrit par le souscripteur auprès des Mutuelles co-assureurs, la cotisation peut être ajustée chaque année au 1er janvier par avenant signé entre le Souscripteur et les Mutuelles co-assureurs, en fonction des résultats constatés par la Mutuelle, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé au plan national et des modifications d'ordre législatif réglementaire ou encore de modifications des conventions entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé.

A titre exceptionnel, en cas de modifications d'ordre législatif, réglementaire ou encore de modifications des conventions entre organismes du régime d'Assurance maladie obligatoire et professionnels de santé impactant la portée des engagements des Mutuelles co-assureurs, la cotisation peut être modifiée en cours d'année, au plus tôt, à compter de la date d'effet de ces nouvelles dispositions, après avenant signé par le Souscripteur et les Mutuelles co-assureurs.

L'adhérent sera informé trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Celui-ci a alors un mois pour dénoncer son adhésion en raison de ces modifications. La résiliation prend effet au 1er jour du mois suivant réception de la demande de résiliation.

Article 12 –2 Modalités de paiement

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même.

Le paiement de la cotisation peut être fractionné par mois (par prélèvement automatique uniquement). Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

Non-paiement des cotisations

1 – Suspension

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure adressée à l'adhérent de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

2 – Résiliation

La résiliation pour non-paiement de la cotisation intervient dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus à l'alinéa précédent, sans autre envoi spécifique de la Mutuelle.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant, des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

CHAPITRE 3 – GARANTIES

Article 13 Date d'entrée en vigueur des garanties

L'adhérent bénéficie des garanties de la mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur le bulletin d'adhésion. Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement des cotisations par l'adhérent.

Article 14 – Objet et montant

Les garanties sont décrites en annexe n°1 de la présente notice.

La garantie a pour objet de servir des prestations en complément du Régime Général de Sécurité Sociale (ou le cas échéant du régime local d'assurance maladie d'Alsace Moselle) à l'occasion des frais engagés au titre de la maladie, d'un accident ou de la maternité, qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

Article 15. - Définition des prestations

Le présent contrat a pour objet le service de prestations à l'occasion de frais médicaux ou d'hospitalisation exposés par les assurés, en complément des remboursements préalables de l'assurance maladie ou maternité, sous réserve des exclusions et du respect des dispositions des contrats solidaires et responsables telles que prévues aux articles L.871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Dérogent à ce principe de participation préalable de l'Assurance maladie, divers soins, actes, appareillages et fournitures indiquées au descriptif de garanties qui justifient d'un remboursement des mutuelles co-assureurs en raison de leur nécessité ou de leur apport reconnu à la protection de la santé.

Les garanties sont exprimées en référence aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'Assurance maladie. Les prestations des mutuelles co-assureurs sont déterminées selon diverses références, c'est-à-dire :

- soit sous la forme d'un pourcentage du tarif de base servant au calcul de remboursement de l'Assurance maladie,
- soit sous la forme de forfait annuel, en complément ou non du remboursement des mutuelles co-assureurs et de l'Assurance maladie.

Les honoraires facturés par un médecin non conventionné sont remboursés par les mutuelles co-assureurs sur la base du tarif de responsabilité du médecin généraliste conventionné, applicable au jour de l'acte, et non sur le tarif d'autorité de l'assurance maladie.

Le montant des prestations dépend des niveaux de garantie choisie par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit, Il est indiqué aux descriptifs des garanties transmis à l'adhésion. Les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et le total des remboursements de l'Assurance maladie obligatoire et de la Mutuelle sont indiqués à titre informatif. La mutuelle ne peut en effet s'engager que sur sa participation.

En cas de modification des actes figurant à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de

remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf avenant éventuellement signé entre le Souscripteur et la Mutuelle, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini aux descriptifs des garanties, avant la modification.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé. L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

Article 16 Contrats solidaires et responsables

Les mutuelles coassureurs ont fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables. A ce titre :

- aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhésion à l'adhérent;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

En aucun cas les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats responsables. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris dans de futures dispositions légales et réglementaires, priment sur les présentes dispositions.

Article 17 - Limite des remboursements

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent, après les remboursements de toute nature 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 sa date de souscription. Dans cette limite, l'assuré peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

L'assuré recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par les Mutuelles co-assureurs sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si l'assuré est partiellement garanti par une police individuelle d'accident, les Mutuelles co-assureurs ne prennent à leur charge que les frais non couverts par cette police dans la limite de son engagement contractuel.

Article 18 - Exclusions

Sous réserve de respecter les 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 », ne peuvent donner lieu à remboursement par les Mutuelles co-assureurs les dépenses suivantes :

- la participation forfaitaire mentionnée à l'article L. 160-13 II du Code de la sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale ;

- les franchises médicales mentionnées à l'article L. 160-13 III du Code de la sécurité sociale ;

- la majoration de participation de l'assuré prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant ;

- les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques réalisés par un spécialiste consulté sans prescription médicale du médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins, visés à l'article L.162-5 18° du Code de la sécurité sociale ;

- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application ;

- les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle

- les frais de traitement et opérations de rajeunissement, les frais de chirurgie esthétique.

Par ailleurs, et ne peuvent donner lieu à remboursement les actes ou prescriptions non pris en charge par la sécurité sociale ou hors nomenclature, sauf s'ils sont prévus dans le tableau des prestations.

Article 19 - Paiement des prestations

LES DEMANDES DE PRESTATIONS DOIVENT, SOUS PEINE DE PRESCRIPTION, ETRE ADRESSEES A MGEL DANS LES DEUX ANS SUIVANT LA DATE DE REGLEMENT DE LA SECURITE SOCIALE, DE NOTIFICATION DE REFUS DE CELLE-CI, DE NAISSANCE OU D'ADOPTION D'UN ENFANT.

Ne sont transmises à MGEL que les demandes de prestations prévues aux garanties.

Les demandes de prestations doivent être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- une attestation des frais réellement engagés, signée par le praticien ou l'établissement concerné, précisant la date et la nature des soins,
- un justificatif original (note d'honoraires, reçu de paiement, ...etc.) pour toute prestation non prise en charge par la Sécurité Sociale mais garantie au titre du contrat,
- l'original de la note d'honoraires pour les frais dentaires, orthodontiques et optiques,
- le décompte original des remboursements effectués par la Sécurité Sociale ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par celle-ci,
- la prescription médicale relative aux médicaments non pris en charge par la Sécurité sociale,
- éventuellement copie du décompte et du règlement fait par un autre organisme.

Les prestations sont réglées à l'adhérent.

De plus, afin de respecter la réglementation, l'adhérent accepte de transmettre la prescription médicale correspondant à sa demande de remboursement de lunettes.

Pour les frais engagés en dehors de France, le complément sera pris en charge par les Mutuelles co-assureurs sur la base des garanties prévues au présent contrat, **sous réserve que la Caisse de Sécurité Sociale à laquelle l'assuré est affilié prenne en charge les frais.**

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, les Mutuelles co-assureurs délivrent un accord de prise en charge garantissant le paiement de tous les frais dans la limite des garanties accordées au titre de la présente convention.

Échanges de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Article 20 Contrôle :

Afin de se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du versement des prestations, de vérifier la réalité des dépenses engagées et la réalité des prestations elles-mêmes, la Mutuelle se réserve la possibilité de demander au bénéficiaire, en plus des pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires, y compris médicales.

Le service médical de la Mutuelle peut ainsi soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent contrat. Ce contrôle s'exerce sur production par le bénéficiaire de pièces justificatives médicales aux professionnels de santé sous pli cacheté portant la mention « Confidentiel », à l'attention du service professionnel de santé choisi par la mutuelle, à l'adresse inscrite dans la demande de pièces et éventuellement par expertise médicale. Le bénéficiaire est informé des modalités des examens demandés par la Mutuelle (analyses, radio...). Ces pièces et contrôles peuvent être demandées ou effectués avant ou après la réalisation des actes, y compris après résiliation du contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle. Lors du contrôle médical, le bénéficiaire peut être accompagné par son médecin traitant ou tout professionnel de santé de son choix (dentiste, spécialiste etc.) et/ou opposer les conclusions de son médecin traitant ou d'un professionnel de santé de son choix. Les honoraires du professionnel de santé choisi par le bénéficiaire restent à la charge de ce dernier.

Article 21 – Définition des prestations de la garantie assistance

En application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, la Mutuelle a souscrit un contrat collectif auprès d'un organisme assureur, en vue de faire bénéficier les adhérents du présent contrat des prestations d'assistance définies dans la notice d'information, rédigée par l'organisme d'assurance en charge du service de ces prestations d'assistance.

Article 22 – Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4, place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

- Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473. Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.
- Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (MGEN), organisme assureur du contrat, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, dont le siège social est situé 3 Square Max Hymans, 75748 PARIS cedex 15, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399
- MGEL, organisme assureur du contrat, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, dont le siège social est situé 44 cours Léopold – BP 4208 – 54 042 Nancy Cedex, immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 775 685 399

Annexe n°1 – Tableau des garanties

Les taux indiqués incluent le remboursement de la sécurité sociale sur la base du tarif de responsabilité de la sécurité sociale

I. Pour les adhérents relevant du régime général

	Taux Régime Obligatoire (à titre indicatif)	YVON Assur'santé 1	YVON Assur'santé 2
HONORAIRES MEDICAUX			
Médecin généraliste en parcours de soins (OPTAM ou OPTAM-CO*)	70% BR	100% BR	100% BR
Médecin généraliste en parcours de soins (NON OPTAM ou OPTAM-CO*)	70% BR	100% BR	100% BR
Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale			
Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 7 séances par année civile)	60% BR	100% BR	100% BR
Médecin spécialiste y compris psychiatre et neuropsychiatre (OPTAM ou OPTAM-CO)	70% BR	100% BR	150% BR
Médecin spécialiste y compris psychiatre et neuropsychiatre (NON OPTAM ou OPTAM-CO)	70% BR	100% BR	130% BR
Actes techniques et radiologie (OPTAM ou OPTAM-CO*)	70% BR	100% BR	125% BR
Actes techniques et radiologie (NON OPTAM ou OPTAM-CO*)	70% BR	100% BR	100% BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE			
Analyses et actes de laboratoire	60% BR	100% BR	125% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX			
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers)	60% BR	100% BR	100% BR
MEDICAMENTS			
Pharmacie 15% Médicaments à service médical faible	15% BR		
Pharmacie 30% Médicaments à service médical modéré	30% BR	100% BR	100% BR
Pharmacie 65% Médicaments à service médical majeur ou important	65% BR	100% BR	100% BR
MATERIEL MEDICAL			
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	60% BR	100% BR	100% BR
Forfait petit appareillage non remboursé (1)			Forfait de 15€/an
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale (1)	60% BR		170% BR
Prothèses oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an
PROTHESES EXTERNES			

Prothèses mammaires : par prothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an
Produits complémentaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an
Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an
AUTRES SOINS			
Séances de psychothérapie (1)			15€/séance dans la limite de 20 séances par an
Transport	65% ou 100% BR	100% BR	100% BR
AIDES AUDITIVES			
Equipement 100% santé (2) (3)	60% BR	100% santé	100% santé
Par appareil dans la limite de 2 appareils/an, dans réseau Kalixia et dans réseau VYV 3 (2) (3)	60% BR	100% BR	100% BR + forfait de 700€/an
Par appareil dans la limite de 2 appareils/an, hors réseau Kalixia et hors réseau VYV 3 (2) (3)	60% BR	100% BR	100% BR + forfait de 600€/an
Piles	60% BR	100% BR	100% BR
Forfait annuel réparation (par appareil) (1)			Forfait de 50€/an
OPTIQUE dans réseau Kalixia et dans réseau VYV 3 avec une monture d'un montant maximum de 80 €			
Equipement 100% santé (2) (4)	60% BR	100% santé	100% santé
<ul style="list-style-type: none"> • Montures et verres 		100% santé	100% santé
<ul style="list-style-type: none"> • Prestations d'appairage et suppléments verres avec filtre 		100% santé	100% santé
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres simples	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 150€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres simples et complexes	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 210€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres simples et très complexes	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 225€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres complexes	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 270€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres complexes et très complexes	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 285€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres très complexes	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 300€/an
Prestation d'appairage	60% BR	100% BR	100% BR
Verres avec filtres	60% BR	100% BR	100% BR
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	60% BR	100% BR	100% BR
Prisme incorporé	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 13€/an
Système antiptosis	60% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 31€/an
Verres iseïconiques	60% BR	100% BR	100% BR
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries	60% BR	100% BR	100% BR + forfait de 21€/an
Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	100% BR	100% BR + forfait de 110€/an
Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale			Forfait de 110€/an

DENTAIRE			
Soins et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale			
Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux y compris en centres de soins	70% BR	100% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% santé (2)	70% BR	100% Santé	100% Santé
Soins et prothèses dentaires à tarif maîtrisé (2)			
Prothèses fixes, provisoires et amovibles	70% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 120€/an
Inlay onlay	70% BR	100% BR	150% BR
Inlay core	70% BR	100% BR	150% BR
Soins et prothèses dentaires à tarifs libres			
Prothèses fixes, provisoires et amovibles	70% BR	100% BR	100% BR+ forfait de 120€/an
Inlay onlay	70% BR	100% BR	150% BR
Inlay core	70% BR	100% BR	150% BR
Soins et prothèses dentaires non remboursés par la Sécurité sociale			
Prothèses provisoires et amovibles			Forfait de 120€/an
Bridge 3 éléments dentoporté			Forfait de 120€/an
Pilier de bridge supplémentaire			Forfait de 120€/an
Intermédiaire de bridge supplémentaire			Forfait de 120€/an
HOSPITALISATION			
Forfait journalier sans limitation de durée		Frais réels	Frais réels
Frais de séjour	80 ou 100% BR	100% BR	100% BR
Forfait patient urgences		Frais réels	Frais réels
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €		24€	24€
Honoraires – Médecin adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	80 ou 100% BR	100% BR	150% BR
Honoraires – Médecin non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	80 ou 100% BR	100% BR	130% BR
Transport	65% ou 100% BR	100% BR	100% BR
Chambre individuelle : médecine, chirurgie, obstétrique, maternité, psychiatrie, soins de suite, ambulatoire (6)			33€/jour sans limitation de durée
Frais liés à votre hospitalisation : location d'un téléviseur, dépenses de téléphone, photocopie de cours (7)			40€/jour dès le 2 ^{ème} jour et sans limitation de durée
RENFORTS			
1. Médecines douces : ostéopathie, actes médicaux d'acupuncture, chiropraxie, homéopathie, consultation diététicien, non remboursable par la Sécurité sociale et dispensé par un professionnel disposant d'un numéro RPPS ou ADELI		Forfait de 25€/an	Forfait de 100€/an
2. Contraception et dépistages : contraception, test de grossesse, autotest VIH, sevrage tabagique, endotest fabriqué en France (1)(9)		Forfait de 25€/an	Forfait de 100€/an

<p>3. Prévention : protections auditives, prévention des risques routiers (gilet fluorescent, éthylotest agréé, casque de vélo), automédication, vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale (8), abonnement annuel aux clubs de sport avec licence sportive (1) (10)</p>		Forfait de 25€/an	Forfait de 50€/an
<p>Conditions générales de prise en charge : Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire). Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect de parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.</p>			
<p>Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déduction de la participation forfaitaire (1€ au 1/01/2008) - déduction des franchises médicales (décret n°2007-1937 du 26/12/2007) - la participation forfaitaire des actes supérieurs à 120€ est prise en charge par la mutuelle - dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires - les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale 			
<p>*OPTAM ou OPTAM-CO : option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) / option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co)</p>			
<p>** à partir du 1^{er} janvier 2021 pour les plus de 20 ans</p>			
<p>(1) Prise en charge sur présentation de l'original de la facture (2) Tels que définis réglementairement dans le respect des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation (3) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive (4) Un équipement est composé d'une monture et deux verres. Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue (5) <u>Verres simples</u> verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et +6,00 dioptries; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries; <u>Verres complexes</u> verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptrie et dont le cylindre est inférieur ou égal à +4,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries; <u>Verres très complexes</u> verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à 4,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries. (6) Seule la nuit est prise en charge, pour l'ambulatoire, le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée (7) Prise en charge sur présentation d'une facture obligatoire nominative (8) Sur présentation d'une facture émise par une pharmacie (9) Prise en charge sur prescription médicale après intervention de la sécurité sociale (10) Limité à une inscription par an</p>			

II. Pour les adhérents relevant du régime local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle

	Taux Régime Obligatoire (à titre indicatif)	YVON Assur'santé 2
HONORAIRES MEDICAUX		
Médecin généraliste en parcours de soins (OPTAM ou OPTAM-CO*)	90% BR	100% BR
Médecin généraliste en parcours de soins (NON OPTAM ou OPTAM-CO*)	90% BR	100% BR
Psychothérapie remboursée par la Sécurité sociale Séances de psychothérapie (Selon les conditions et tarifs définis par les pouvoirs publics, dans la limite d'un bilan et 7 séances par année civile)	60% BR	100% BR
Médecin spécialiste y compris psychiatre et neuropsychiatre (OPTAM ou OPTAM-CO)	90% BR	150% BR
Médecin spécialiste y compris psychiatre et neuropsychiatre (NON OPTAM ou OPTAM-CO)	90% BR	130% BR
Actes techniques et radiologie (OPTAM ou OPTAM-CO*)	70% BR	125% BR
Actes techniques et radiologie (NON OPTAM ou OPTAM-CO*)	70% BR	100% BR
ANALYSES ET EXAMENS DE LABORATOIRE		
Analyses et actes de laboratoire	90% BR	125% BR
HONORAIRES PARAMEDICAUX		
Auxiliaires médicaux (masseurs, kinésithérapeutes, infirmiers)	90% BR	100% BR
MEDICAMENTS		
Médicaments à service médical faible	15% BR	
Médicaments à service médical modéré	80% BR	100% BR
Médicaments à service médical majeur ou important	90% BR	100% BR
MATERIEL MEDICAL		
Accessoires et pansements, petit appareillage et orthopédie	90% BR	100% BR
Forfait petit appareillage non remboursé (1)		Forfait de 15€/an
Semelles orthopédiques remboursées par la Sécurité sociale (1)	60% BR	170% BR
Prothèses oculaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an
PROTHESES EXTERNES		
Prothèses mammaires : par prothèse (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an

Produits complémentaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an
Prothèses capillaires (sous réserve de remboursement par la Sécurité sociale)	100% BR	100% BR + forfait de 130€/an
AUTRES SOINS		
Séances de psychothérapie (1)		15€/séance dans la limite de 20 séances par an
Transport	65% ou 100% BR	100% BR
AIDES AUDITIVES		
Equipement 100% santé (2) (3)	60% BR	100% santé
Par appareil dans la limite de 2 appareils/an, dans réseau Kalixia et dans réseau VYV 3 (2) (3)	60% BR	100% BR + forfait de 700€/an
Par appareil dans la limite de 2 appareils/an, hors réseau Kalixia et hors réseau VYV 3 (2) (3)	60% BR	100% BR + forfait de 600€/an
Piles	60% BR	100% BR
Forfait annuel réparation (par appareil) (1)		Forfait de 50€/an
Equipement 100% santé (2) (4)	60% BR	100% santé
• Montures et verres		100% santé
• Prestations d'appairage et suppléments verres avec filtre		100% santé
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres simples	60% BR	100% BR+ forfait de 150€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres simples et complexes	60% BR	100% BR+ forfait de 210€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres simples et très complexes	60% BR	100% BR+ forfait de 225€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres complexes	60% BR	100% BR+ forfait de 270€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres complexes et très complexes	60% BR	100% BR+ forfait de 285€/an
Equipements tarifs libres (2) (4) (5) avec verres très complexes	60% BR	100% BR+ forfait de 300€/an
Prestation d'appairage	60% BR	100% BR
Verres avec filtres	60% BR	100% BR
Adaptation de la correction effectuée par l'opticien	60% BR	100% BR
Prisme incorporé	60% BR	100% BR+ forfait de 13€/an
Système antiptosis	60% BR	100% BR+ forfait de 31€/an
Verres iseïconiques	60% BR	100% BR
Supplément pour sphères supérieures à 20 dioptries	60% BR	100% BR + forfait de 21€/an
Lentilles correctrices remboursées par la Sécurité sociale	60% BR	100% BR + forfait de 110€/an
Lentilles correctrices non remboursées par la Sécurité sociale		Forfait de 110€/an
DENTAIRE		
Soins et prothèses dentaires remboursés par la Sécurité sociale		
Consultations et soins conservateurs ou chirurgicaux y compris en centres de soins	70% BR	100% BR
Soins et prothèses dentaires 100% santé (2)	70% BR	100% Santé

Soins et prothèses dentaires à tarif maîtrisé (2)		
Prothèses fixes, provisoires et amovibles	70% BR	100% BR+ forfait de 120€/an
Inlay onlay	70% BR	150% BR
Inlay core	70% BR	150% BR
Prothèses fixes, provisoires et amovibles	70% BR	100% BR+ forfait de 120€/an
Inlay onlay	70% BR	150% BR
Inlay core	70% BR	150% BR
Soins et prothèses dentaires non remboursés par la Sécurité sociale		
Prothèses provisoires et amovibles		Forfait de 120€/an
Bridge 3 éléments dentoporté		Forfait de 120€/an
Pilier de bridge supplémentaire		Forfait de 120€/an
Intermédiaire de bridge supplémentaire		Forfait de 120€/an
HOSPITALISATION		
Forfait journalier sans limitation de durée		Frais réels
Frais de séjour	80 ou 100% BR	100% BR
Forfait patient urgences		Frais réels
Participation forfaitaire pour les actes supérieurs à 120 €		24€
Honoraires – Médecin adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	80 ou 100% BR	150% BR
Honoraires – Médecin non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO*	80 ou 100% BR	130% BR
Transport	65% ou 100% BR	100% BR
Chambre individuelle : médecine, chirurgie, obstétrique, maternité, psychiatrie, soins de suite, ambulatoire (6)		33€/jour sans limitation de durée
Frais liés à votre hospitalisation : location d'un téléviseur, dépenses de téléphone, photocopie de cours (7)		40€/jour dès le 2 ^{ème} jour et sans limitation de durée
RENFORTS		
1. Médecines douces : ostéopathie, actes médicaux d'acupuncture, chiropraxie, homéopathie, consultation diététicien, non remboursable par la Sécurité sociale et dispensé par un professionnel disposant d'un numéro RPPS ou ADELI		Forfait de 100€/an
2. Contraception et dépistages : contraception, test de grossesse, autotest VIH, sevrage tabagique, endotest fabriqué en France (1)(9)		Forfait de 100€/an
3. Prévention : protections auditives, prévention des risques routiers (gilet fluorescent, éthylotest agréé, casque de vélo), automédication, vaccins prescrits et non remboursés par la Sécurité sociale (8), abonnement annuel aux clubs de sport avec licence sportive (1) (10)		Forfait de 50€/an
Conditions générales de prise en charge : Les remboursements sont limités aux frais réels et sous réserve de prise en charge par le régime obligatoire (sauf mention contraire). Les taux du régime obligatoire et le total sont donnés à titre indicatif dans le cadre du respect de parcours de soins coordonnés au 01/01/2008.		
Le remboursement du régime obligatoire est énoncé avant :		

- déduction de la participation forfaitaire (1€ au 1/01/2008)
- déduction des franchises médicales (décret n°2007-1937 du 26/12/2007)
- la participation forfaitaire des actes supérieurs à 120€ est prise en charge par la mutuelle
- dans le cadre du hors parcours de soins coordonnés, la mutuelle ne prend pas en charge la majoration du ticket modérateur, ni les dépassements d'honoraires
- les pourcentages indiqués s'appliquent au tarif de responsabilité ou à la base de remboursement de la sécurité sociale

*OPTAM ou OPTAM-CO : option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) / option de pratique tarifaire maîtrisée, en chirurgie et obstétrique (Optam-Co)

** à partir du 1^{er} janvier 2021 pour les plus de 20 ans

(11) Prise en charge sur présentation de l'original de la facture

(12) Tels que définis réglementairement dans le respect des prix limites de vente et des honoraires limites de facturation fixés par la réglementation

(13) Un équipement est composé d'un appareil par oreille. Prise en charge limitée, pour chaque oreille, à une aide auditive par période de quatre ans. La période s'apprécie à compter de la date d'acquisition de l'aide auditive

(14) Un équipement est composé d'une monture et deux verres. Prise en charge limitée à un équipement par période de deux ans, sauf en cas de renouvellement anticipé prévu à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale, notamment pour les moins de 16 ans et en cas d'évolution de la vue

(15) Verres simples

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

Verres complexes

verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur à +4,00 dioptries; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie; verres unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et +4,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptrie et dont le cylindrique est inférieur ou égal à +4,00 dioptries; verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries;

Verres très complexes

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

(16) Seule la nuit est prise en charge, pour l'ambulatoire, le séjour doit être réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée

(17) Prise en charge sur présentation d'une facture obligatoire nominative

(18) Sur présentation d'une facture émise par une pharmacie

(19) Prise en charge sur prescription médicale après intervention de la sécurité sociale

(20) Limité à une inscription par an

Annexe n°2 – Répartition géographique des adhésions mutualistes

Pour l'application de l'article L.227-1 du code de la mutualité, la répartition sera effectuée **en application du critère géographique de l'académie de laquelle dépend la résidence déclarée par l'adhérent.**

Le tableau récapitulatif ci-dessous détaille le mécanisme de répartition :

Code postal compris dans l'académie de :	Harmonie Mutuelle	MGEN	MGEL
Auvergne Rhône Alpes = 01-03-07-15-26-38-42-43-63-69-73-74		X	
Bourgogne Franche Comté = 21-25-39-58-70-71-89-90	X		
Bretagne = 22-29-35-56	X		
Centre Val de Loire = 18-28-36-37-41-45	X		
Corse = 2A-2B		X	
Grand Est = 08-10-51-52-54-55-57-67-68-88			X
Hauts de France = 02-59-60-62-80		X	
Créteil = 94	X		
Paris = 75-77-91-92-93-95	X		
Versailles = 78	X		
Normandie = 14-27-50-61-76	X		
Nouvelle Aquitaine = 16-17-19-23-24-33-40-47-6479-86-87		X	
Occitanie = 09-11-12-30-31-32-34-46-48-65-66-81-82		X	
Pays de la Loire = 44-49-53-72-85	X		
PACA = 04-05-06-13-83-84		X	
Guadeloupe = 971	X		
Guyane = 973	X		
Martinique = 972	X		
Mayotte = 976		X	
La Réunion = 974		X	