



## Notice d'information PREVI SANTE ENTREPRISE

CONTRAT COLLECTIF FRAIS DE SANTE A ADHESION OBLIGATOIRE N° CC 3108654 - 12E  
ENTREPRISE : MISSION LOCALE HAUTE GARONNE

### Sommaire

PREAMBULE : LES PARTIES AU CONTRAT.....	2	ARTICLE 6 : PRESTATIONS.....	7
ARTICLE 1 : OBJET.....	2	▪ 6-1 Conditions de paiement des prestations .....	7
ARTICLE 2 : DATE D'EFFET - DUREE - RESILIATION – MODIFICATION DU CONTRAT .....	2	▪ 6-2 Tiers Payant.....	7
ARTICLE 3 : ADHESION.....	2	▪ 6-3 Contrôle.....	7
▪ 3-1 Choix des garanties .....	2	▪ 6-4 Indus.....	7
▪ 3-2 Formalités d'adhésion .....	3	ARTICLE 7 : COTISATIONS.....	8
▪ 3-3 Couverture des ayants droit .....	3	▪ 7-1 Détermination des cotisations.....	8
ARTICLE 4 : INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR ET DU MEMBRE PARTICIPANT.....	3	▪ 7-2 Révision des cotisations .....	8
▪ 4-1 Information du Souscripteur.....	3	▪ 7-3 Paiement des cotisations .....	8
▪ 4-2 Information du membre participant.....	3	▪ 7-4 Non-paiement des cotisations .....	8
ARTICLE 5 : GARANTIES.....	4	ARTICLE 8 : INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES .....	9
▪ 5-1 Prise d'effet des garanties .....	4	▪ 8-1 Subrogation.....	9
▪ 5-2 Changement d'option de garanties .....	4	▪ 8-2 Prescription .....	9
▪ 5-3 Cessation des garanties .....	4	▪ 8-3 Territorialité .....	9
▪ 5-4 Fausse déclaration .....	4	▪ 8-4 Réclamation .....	9
▪ 5-5 Maintien des Garanties .....	4	▪ 8-5 Autorité de contrôle .....	9
▪ 5-6 Suspension des garanties .....	6	▪ 8-6 Action sociale .....	9
▪ 5-7 Descriptif des garanties .....	6	▪ 8-7 Informatique et libertés .....	9
▪ 5-8 Révision des garanties.....	7		

## **PREAMBULE : LES PARTIES AU CONTRAT**

### **▪ La Mutuelle PréviFrance**

Le contrat collectif Frais de Santé à adhésion obligatoire est souscrit auprès de la Mutuelle PREVIFRANCE, ci-après dénommée la Mutuelle.

La Mutuelle est soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité. Elle dispose des agréments dans les branches suivantes du Code de la Mutualité : branche 1 Accident, branche 2 Maladie, branche 20 Vie-Décès. Elle est immatriculée auprès du Secrétaire Général du Conseil Supérieur de la Mutualité sous le numéro SIREN 776950669. Son siège social est situé au 15 quai du Docteur Calabet, 47910 AGEN Cedex 9 et son siège administratif au 80 rue Matabiau, BP 71269, 31012 TOULOUSE Cedex 6.

### **▪ Le Souscripteur**

Le Souscripteur du contrat est l'employeur ou la personne morale dont les coordonnées sont précisées aux Conditions Particulières ; il doit être représenté par la personne dûment habilitée.

## **ARTICLE 1 : OBJET**

Le contrat collectif Frais de santé à adhésion obligatoire a pour objet le remboursement de frais occasionnés par une maladie, un accident, ou une maternité, en complément des prestations en nature servies par le régime d'assurance maladie obligatoire français, au profit de l'ensemble des membres de la catégorie de personnel du Souscripteur définie aux Conditions Particulières.

Le contrat respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et sera adapté en cas d'évolution du cadre législatif et réglementaire régissant ce dispositif.

Il est constitué d'une garantie Frais de Santé de base à laquelle doivent adhérer à titre obligatoire l'ensemble des membres de la catégorie de personnel garanti et éventuellement, sous conditions de souscription d'options facultatives par le Souscripteur, d'une ou plusieurs options de garanties supplémentaires incluant cette garantie de base, qui peuvent être choisies facultativement par chaque membre du personnel garanti.

Le contrat est régi par les dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et les Statuts de La Mutuelle PREVIFRANCE.

Il est constitué des Conditions Générales, des Conditions Particulières et annexes et des éventuels avenants.

## **ARTICLE 2 : DATE D'EFFET - DUREE - RESILIATION – MODIFICATION DU CONTRAT**

La date d'effet du contrat est fixée aux Conditions Particulières.

Le contrat est conclu pour une première période allant de la date d'effet au 31 décembre de l'année en cours.

Il se renouvelle annuellement par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf avis de résiliation adressé par l'une ou l'autre des Parties par lettre recommandée, au moins deux mois avant l'échéance du 31 décembre.

La résiliation du contrat entraîne la cessation des garanties et du paiement des prestations pour les frais de santé engagés postérieurement à la date de résiliation.

Le contrat peut également être résilié par la Mutuelle en cas de non paiement des cotisations, dans les conditions prévues à l'article 7.

Les éventuelles modifications du contrat font l'objet d'avenants signés des deux Parties.

## **ARTICLE 3 : ADHESION**

Le Souscripteur, signataire du contrat, est l'interlocuteur de la Mutuelle pour la gestion de tout événement s'y rapportant.

Le Souscripteur est notamment responsable de l'adhésion à titre obligatoire de l'ensemble des membres de son personnel, présents ou à venir, appartenant à la catégorie indiquée aux Conditions Particulières.

Ces personnels sont affiliés, conformément à l'article L911-1 du Code de la Sécurité sociale, en vertu de dispositions législatives ou réglementaires, des dispositions de la convention ou de l'accord collectif applicable, de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, ou d'une décision unilatérale de l'employeur et ce, sous réserve des conditions d'ancienneté et des dispenses d'adhésion autorisées par la réglementation en vigueur et expressément prévues par l'acte juridique instituant le régime Frais de Santé.

A la date de leur adhésion, les membres du personnel garanti deviennent membres participants de la Mutuelle.

### **▪ 3-1 Choix des garanties**

L'ensemble des membres du personnel garanti et leurs éventuels ayants droit bénéficient des prestations prévues par la garantie Frais de santé obligatoire choisie en socle de base par le Souscripteur.

Sous conditions de souscription d'options facultatives par le Souscripteur, une ou plusieurs options de garanties supplémentaires peuvent être choisies facultativement par chaque membre du personnel garanti.

Ces options sont conçues, garantie de base incluse, afin de renforcer ou compléter certaines prestations de la garantie de base.

A défaut de choix clairement exprimé, les membres participants et leurs ayants droit sont affiliés à la garantie de base constituant la couverture Frais de Santé complémentaire de base à adhésion obligatoire.

Les éventuels ayants droit doivent être affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

### ▪ 3-2 Formalités d'adhésion

Le Souscripteur adresse à la Mutuelle la liste nominative des membres appartenant à la catégorie de personnel à garantir. Il doit joindre les bulletins individuels d'adhésion, remplis et signés par chaque membre du Personnel concerné, indiquant, si le choix leur est ouvert, leur option de garanties (garanties de base ou option de garanties supplémentaires incluant les garanties de base).

Doivent être également joints, tous les documents nécessaires à la Mutuelle (notamment, attestation d'assuré social et relevé d'identité bancaire).

Le Souscripteur s'engage à informer immédiatement la Mutuelle de toute entrée et sortie dans la catégorie de personnel garanti, ainsi que de l'affiliation ou radiation d'éventuels ayants droit des membres participants, et à lui faire parvenir les bulletins correspondants.

La Mutuelle pourra demander au Souscripteur de lui adresser périodiquement des états nominatifs récapitulant les entrées et sorties des membres du personnel bénéficiaires des garanties, avec mise à jour de leurs ayants droit.

Afin de faciliter le règlement des prestations, la Mutuelle doit également être informée, dès leur survenance, de tout changement sur les données personnelles et familiales indiquées sur le bulletin d'adhésion (adresse, coordonnées bancaires, mise à jour des ayants droit...).

### ▪ 3-3 Couverture des ayants droit

Les membres participants peuvent éventuellement couvrir leurs ayants droit.

Les conditions de couverture des ayants droit, notamment leur affiliation à titre obligatoire ou facultatif, sont fonction des dispositions prévues à ce sujet par l'acte juridique régissant les garanties complémentaires Frais de Santé au sein de l'entreprise. Aussi, la vérification des demandes d'affiliation ou de radiation des ayants droit est de la responsabilité du Souscripteur. Pour autant, la Mutuelle pourra demander périodiquement aux membres participants de lui faire parvenir les justificatifs de qualité de leurs ayants droit.

L'affiliation des ayants droit aux garanties est subordonnée à l'adhésion du membre participant.

Les ayants droit sont affiliés aux mêmes garanties que le membre participant.

Le changement d'option de garanties du membre participant entraîne automatiquement celui de ses ayants droit.

Les ayants droit cessent de bénéficier des garanties en même temps que le membre participant ou dès qu'ils ne répondent plus à la définition d'ayants droit.

Sauf définition spécifique indiquée dans les Conditions Particulières, peuvent être inscrites en tant qu'ayant droit du membre participant, les personnes physiques suivantes :

- son conjoint, ou la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité, ou son concubin notoire ;
- leurs enfants, jusqu'à leur dix-huitième anniversaire, ou jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire s'ils poursuivent des études ou une formation en alternance, ou sont en contrat d'apprentissage, d'insertion ou de professionnalisation, ou sont inscrits à Pôle Emploi à la recherche de leur premier emploi et non indemnisés, ou quel que soit leur âge, s'ils sont handicapés et bénéficiaires d'une allocation pour adulte handicapé attribuée avant le 21<sup>ème</sup> anniversaire ;
- toute autre personne ayant droit du membre participant au sens de la réglementation du Régime d'assurance maladie obligatoire.

## ARTICLE 4 : INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR ET DU MEMBRE PARTICIPANT

### ▪ 4-1 Information du Souscripteur

La Mutuelle remet les Statuts, Conditions Générales, Conditions Particulières, annexes et éventuels avenants au Souscripteur.

La Mutuelle communique annuellement au Souscripteur un rapport sur les comptes, indiquant notamment le pourcentage des frais de gestion et d'acquisition afférents au contrat.

### ▪ 4-2 Information du membre participant

La Mutuelle transmet au Souscripteur une notice qui décrit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

Le Souscripteur est tenu de remettre cette notice et les statuts de la Mutuelle à chaque membre participant.

Le Souscripteur est également tenu d'informer chaque membre participant des modifications apportées à ses droits et obligations et de lui remettre la notice rectifiée en conséquence.

La preuve de la remise de la notice d'information et des Statuts aux membres participants incombe au Souscripteur. Le Souscripteur doit également informer le membre participant avant toute éventuelle suspension de ses garanties suite à la suspension du contrat de travail. Le Souscripteur a l'obligation d'informer chaque membre participant préalablement à la résiliation du contrat.

## **ARTICLE 5 : GARANTIES**

### **5-1 Prise d'effet des garanties**

Les garanties prennent effet pour chaque membre participant à la date inscrite sur son certificat d'adhésion, établi suite à la transmission par le Souscripteur à la Mutuelle du bulletin d'adhésion dûment complété.

La prise d'effet des garanties est demandée par le Souscripteur selon l'engagement pris dans l'acte juridique régissant le régime frais de santé (entrée dans la catégorie de personnel garanti ou, atteinte de l'ancienneté requise pour bénéficier du régime, ou arrivée au terme d'éventuelles dispenses d'adhésion, ...).

Les garanties prennent effet pour chaque ayant droit à la date inscrite sur le certificat d'adhésion mis à jour suite à la réception par la Mutuelle de la demande d'affiliation dûment complétée et justifiée.

### **5-2 Changement d'option de garanties**

(Sous condition de souscription de ces options facultatives par le Souscripteur)

L'ensemble des membres participants et leurs éventuels ayants droit bénéficient de la garantie obligatoire Frais de Santé de base.

Dès son adhésion, et si le Souscripteur a ouvert ce choix, un membre participant peut opter pour une option de garanties supplémentaires incluant la garantie de base. Ce choix vaut pour lui-même et ses éventuels ayants droit.

Sauf demande écrite de changement d'option ou de radiation de l'option de garanties supplémentaires, dans les conditions décrites ci-après, l'option de garantie est reconduite chaque année par tacite reconduction.

Le membre participant peut demander à changer d'option ou à radier l'option de garanties facultatives dans les conditions suivantes :

- après un an d'adhésion sur les mêmes garanties, pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, sous réserve que sa demande soit reçue par la Mutuelle avant le 31 octobre de l'année en cours ;
- dans le délai d'un mois suivant la transmission de la notice informant le membre participant d'une modification de ses droits et obligations afférents à l'option de garanties santé dont il bénéficiait ;
- dans les trois mois suivant un changement de sa situation de famille (affiliation ou radiation d'ayants droit), pour

une prise d'effet au premier jour du mois suivant la réception par la Mutuelle de sa demande complétée de toutes les pièces justificatives.

Le membre participant et ses ayants droits doivent en tout état de cause bénéficier de la même option de garanties.

### **5-3 Cessation des garanties**

En cas de sortie d'un membre participant de la catégorie de personnel garanti, ses garanties prennent fin à la date de radiation demandée par le Souscripteur.

Les garanties de ses éventuels ayants droit cessent concomitamment.

Les garanties dont bénéficient les ayants droit cessent également au jour où le Souscripteur transmet la demande de radiation de leur affiliation, notamment lorsqu'ils ne peuvent plus justifier de cette qualité.

En dehors des cas cités précédemment, le membre participant peut demander la résiliation de l'affiliation à titre facultatif de ses ayants droit au 31 décembre de chaque année, à condition d'en informer la Mutuelle par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile en cours.

Conformément aux dispositions de l'article 3-3, peuvent être ayants droit les enfants jusqu'à leur vingt-huitième anniversaire sous certaines conditions ; de fait, la résiliation de leur affiliation interviendra au plus tard au 31 décembre de l'année de leur 28<sup>ème</sup> anniversaire.

Dès la radiation, les cartes de tiers payant doivent être renvoyées à la Mutuelle.

Les garanties cessent également en cas de non paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 7.

### **5-4 Fausse déclaration**

Les dispositions des articles L 221-14 et L 221-15 du Code de la Mutualité s'appliquent au contrat. Ainsi, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle.

### **5-5 Maintien des Garanties**

Au profit des anciens salariés si l'adhésion collective est souscrite par l'employeur suite à convention ou accord collectif, accord ratifié par référendum ou décision unilatérale de l'employeur.

#### ○ 5-5-1 Dans le cadre de la Portabilité des droits

Ce dispositif de portabilité est déterminé par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, issu de l'article 1 de la Loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

##### ▫ 5-5-1-1 Conditions de maintien des garanties

Le salarié bénéficie du maintien à titre gratuit de sa couverture frais de santé en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les conditions suivantes :

- le maintien des garanties est applicable à compter de la date de cessation du contrat de travail et pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au nombre supérieur, sans pouvoir excéder douze mois ;
- le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les droits à remboursements complémentaires aient été ouverts chez le dernier employeur (le salarié n'ayant pas bénéficié de la couverture santé, soit au titre d'une dispense d'affiliation, soit parce qu'il n'avait pas atteint l'éventuelle ancienneté requise dans l'entreprise pour bénéficier des garanties, n'a pas droit à la portabilité) ;
- les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ;
- l'ancien salarié justifie auprès de son organisme assureur, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, des présentes conditions prévues par l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale ;
- l'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

Le maintien est applicable dans les mêmes conditions aux ayants droit du salarié qui bénéficient effectivement des garanties à la date de cessation du contrat de travail, selon les modalités prévues par l'acte de droit du travail régissant les garanties en entreprise (accord collectif, accord ratifié par référendum, ou décision unilatérale de l'employeur).

##### ▫ 5-5-1-2 Garanties santé maintenues

Conformément à l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale : « les garanties maintenues au bénéfice de l'ancien salarié sont celles en vigueur dans l'entreprise ».

Aussi, toute modification apportée aux garanties collectives des salariés actifs sera également appliquée à la couverture santé maintenue à l'ancien salarié, et à ses éventuels ayants droit, dans le cadre de la portabilité.

La résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou le changement d'organisme assureur lui sera également opposable.

L'information de l'ancien salarié bénéficiant du maintien des garanties sur ses droits et leur évolution est de la responsabilité du Souscripteur.

##### ▫ 5-5-1-3 Modalités pratiques

Le dispositif de maintien de la couverture prend effet le lendemain de la date de cessation du contrat de travail, sous réserve, d'une part que la Mutuelle en ait été informée par l'employeur par la transmission du bulletin de portabilité prévu à cet effet et, d'autre part, que l'ancien salarié lui adresse, dès ouverture de ses droits à prise en charge par le régime d'assurance chômage, les justificatifs correspondants.

##### **Obligations de l'employeur**

L'employeur signale le maintien de ces garanties dans le certificat de travail et informe l'organisme assureur de la cessation du contrat de travail du salarié.

##### **Obligations du salarié**

L'ancien salarié s'engage à adresser à la Mutuelle, dès sa réception, une copie de la notification d'ouverture de droit émise par Pôle Emploi.

Il s'engage également à transmettre mensuellement à la Mutuelle les justificatifs de ses droits à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'ancien salarié doit informer immédiatement la Mutuelle de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient au cours de la période de maintien des garanties.

Si l'ancien salarié ne remplit pas son obligation de transmission de ces informations et justificatifs, la Mutuelle pourra lui signifier par lettre recommandée la résiliation définitive de son adhésion. Elle pourra en outre exiger le remboursement de prestations versées sur des périodes pendant lesquelles l'ancien salarié n'a pas justifié de ses droits à portabilité.

##### ▫ 5-5-1-4 Financement

Le financement de la portabilité est assuré par un système de mutualisation intégré dans le calcul de la cotisation afférente aux garanties en vigueur dans l'entreprise.

L'ancien salarié, et éventuellement ses ayants droit couverts par les garanties collectives santé lors de la rupture du contrat de travail, n'ont pas de cotisation à acquitter après la cessation du contrat de travail et jusqu'à la fin des droits à portabilité.

#### ▫ 5-5-1-5 Cas de cessation de la portabilité santé

La portabilité des garanties santé cesse dans les cas suivants :

- fin de l'indemnisation chômage ;
- non transmission par l'ancien salarié des justificatifs du régime d'assurance chômage ;
- résiliation par le souscripteur de l'adhésion collective frais de santé en vigueur dans l'entreprise ;
- décès de l'ancien salarié ;
- arrivée au terme de la durée de portabilité des droits et au plus tard douze mois après la cessation du contrat de travail.

#### ○ 5-5-2 Dans le cadre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Evin »

Les membres participants peuvent bénéficier des dispositions de l'article 4 de la Loi Evin, selon lesquelles le maintien des garanties est possible, dans le cadre d'une adhésion facultative au présent règlement, pour :

- les anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que l'intéressé en fasse la demande dans les six mois qui suivent la rupture de son contrat de travail ou, le cas échéant, dans les six mois suivant l'expiration de la période durant laquelle ils bénéficient à titre temporaire du maintien de ces garanties ;
- les ayants droit garantis du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

La garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes précédemment visées ne peuvent être supérieurs de plus de cinquante pour cent aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

#### ▫ 5-6 Suspension des garanties

Conformément à la réglementation en vigueur et aux dispositions prévues dans l'acte juridique qui régit le régime santé au sein de l'entreprise, les garanties peuvent éventuellement être maintenues, dans les mêmes conditions que pour les actifs, au profit de salariés dont le contrat de travail est suspendu.

Le maintien des garanties, ou la demande de suspension à la Mutuelle, est de la responsabilité du Souscripteur, dans la mesure où des conditions différentes peuvent être convenues entre le Souscripteur et ses salariés dans l'acte juridique régissant le régime, selon que la période de suspension soit indemnisée ou non et selon le motif, médical ou autre, de cette absence.

Lorsque le Souscripteur maintient le bénéfice des garanties au profit de ces personnels, les cotisations doivent continuer

à être versées à la Mutuelle dans les mêmes conditions que celles du personnel actif.

Lorsque le Souscripteur cesse de maintenir les garanties au profit de membres de son personnel dont le contrat de travail est suspendu, il doit demander leur suspension du contrat des actifs à la Mutuelle. Cette suspension de garanties produit les mêmes effets que la cessation. Les garanties s'interrompent à la date indiquée par le Souscripteur, ainsi que les appels de cotisations, tant pour la partie garantie obligatoire que pour les opérations facultatives afférentes aux éventuelles options de garanties supplémentaires ou aux garanties des ayants droit.

Une solution d'adhésion individuelle peut être proposée par la Mutuelle aux personnes concernées.

Le Souscripteur doit demander à la Mutuelle leur réintégration dans le contrat dès leur reprise d'activité.

#### ▫ 5-7 Descriptif des garanties

Le descriptif de la garantie de Frais de Santé choisie en socle obligatoire et des éventuelles options de garanties supplémentaires facultatives incluant la garantie de base est détaillé dans l'annexe jointe aux Conditions Particulières du contrat.

Les remboursements de frais de santé sont effectués par la Mutuelle sur la base du tarif de convention et sont exprimés part Sécurité sociale incluse.

La Mutuelle rembourse les frais donnant lieu à prestation de la part du régime d'assurance maladie obligatoire français et, éventuellement, des frais complémentaires expressément détaillés dans les tableaux de garanties, sur prescription médicale.

**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 du membre participant, ou de l'ayant droit, après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.**

**Les garanties sont conformes au dispositif législatif relatif aux « contrats responsables »,** détaillé notamment dans l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses différents textes d'application. Elles seront adaptées en cas d'évolution de ces textes.

Ainsi notamment,

#### ▫ sont expressément exclues des prestations :

- **la participation forfaitaire à la charge de l'assuré pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, sauf ceux réalisés au cours d'une hospitalisation (conformément à l'article L 160-13 II du Code de la Sécurité sociale) ;**

- la franchise forfaitaire, plafonnée annuellement, sur les médicaments, les actes effectués par un auxiliaire médical et les transports sanitaires (conformément à l'art. L 160-13III du Code de la Sécurité sociale).
  - la majoration de la participation de l'assuré et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonné (conformément aux articles L162-5-3 et L162-5 18° du Code de la Sécurité sociale) ;
  - la majoration de la participation de l'assuré lorsque le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accès à son dossier médical personnel.
- Les remboursements respectent les obligations :
    - de prise en charge de la participation de l'assuré prévue au I de l'article L 160-13 du code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire la prise en charge du ticket modérateur pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires, notamment les consultations, les médicaments, les frais d'analyses ou de laboratoires, les prestations liées à la prévention ;
    - de prise en charge sans limitation de durée du forfait journalier en établissement hospitalier ;
    - de double limitation des remboursements des dépassements tarifaires sur les actes et consultations des médecins non adhérents au dispositif de contrat d'accès aux soins ;
    - de prise en charge minimale et maximale, en cas de remboursement des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour les dispositifs d'optique médicale.

La Mutuelle communique annuellement le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition affectés aux garanties selon les modalités précisées par arrêté du Ministre chargé de la Sécurité sociale.

#### ■ 5-8 Révision des garanties

Des modifications du cadre législatif ou réglementaire et la parution de nouveaux textes d'application pourront impliquer l'adaptation du contrat pour mise en conformité avec les nouvelles règles. Le contrat sera notamment adapté en cas d'évolution du dispositif sur les « contrats responsables ».

En cas de désaccord sur ces adaptations, les Parties pourront résilier le contrat par envoi de lettre recommandée, dans le mois qui suit la notification de cette révision.

Les Parties au contrat peuvent également souhaiter faire évoluer les garanties.

Ces modifications font l'objet d'un avenant signé par le Souscripteur et la Mutuelle.

L'information de chaque membre participant sur les modifications impactant sa couverture est de la responsabilité du Souscripteur.

## ARTICLE 6 : PRESTATIONS

### ■ 6-1 Conditions de paiement des prestations

Le règlement des prestations s'effectue soit par système de Télétransmission, soit sur demande adressée à La Mutuelle, accompagnée des pièces nécessaires au traitement du dossier : décomptes originaux de la Sécurité sociale et d'autres organismes complémentaires, notes d'honoraires détaillées des praticiens, prescriptions des professionnels de santé et factures originales acquittées ainsi que tout document supplémentaire demandé par la Mutuelle pour le traitement du dossier.

Seules les dépenses engagées pendant la période de validité de l'adhésion du membre participant (c'est-à-dire entre sa date d'effet et sa radiation quelle qu'en soit la cause) sont remboursées par la Mutuelle, la date des soins faisant foi.

### ■ 6-2 Tiers Payant

Selon la garantie souscrite, le membre participant bénéficie du tiers payant, système lui permettant de ne pas faire l'avance des frais. Ce service ne pourra être effectué qu'en fonction des accords nationaux ou départementaux passés avec les professionnels de santé et la Mutuelle Prévoirance, sur présentation de la carte Mutuelle, en cours de validité. En ce qui concerne les hospitalisations, le tiers payant ne pourra être effectué que sur demande de prise en charge.

### ■ 6-3 Contrôle

La Mutuelle peut demander tout renseignement complémentaire, toute pièce justificative, ou faire procéder à tout contrôle permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

En cas d'opposition à ce contrôle, la Mutuelle peut refuser la prise en charge ou le remboursement des frais.

### ■ 6-4 Indus

Le membre participant est redevable des sommes qu'il aurait perçues à tort, notamment des remboursements de frais engagés hors période de garantie, qu'ils aient été directement perçus par le bénéficiaire ou payés pour son compte à des professionnels de santé dans le cadre du Tiers payant.

En cas de versement de prestations se révélant indu, la Mutuelle se réserve le droit de :

- compenser le versement indu avec un versement de prestation postérieur, ou
- solliciter le remboursement de la prestation induit versée.

## **ARTICLE 7 : COTISATIONS**

### **7-1 Détermination des cotisations**

Les taux et assiettes ou montants de cotisations sont indiqués aux Conditions Particulières.

Ces montants sont déterminés dans le respect des principes mutualistes.

Ils sont notamment établis en fonction des garanties choisies et des données démographiques sur le personnel à garantir déclarées par le Souscripteur.

La Mutuelle pourra adapter le niveau de tarification en fonction de l'évolution des données initialement déclarées.

### **7-2 Révision des cotisations**

Chaque année, les cotisations ou garanties sont analysées et éventuellement ajustées en raison notamment des modifications des bases ou des taux de remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire, de l'évolution des dépenses de santé, des résultats techniques du contrat, du renforcement des exigences prudentielles demandées aux organismes assureurs, de l'application de nouvelles taxes et de toute évolution législative ou réglementaire impactant le contrat.

La Mutuelle informe le Souscripteur qui a la charge de tout mettre en œuvre pour rendre ces modifications opposables aux personnels concernés.

En cas de désaccord, le Souscripteur a un mois suite à notification de cette modification pour demander la résiliation du contrat, par lettre recommandée à la Mutuelle, sinon les cotisations seront appelées sur ces nouvelles bases.

### **7-3 Paiement des cotisations**

Les cotisations, y compris les taxes éventuelles, sont payables selon la périodicité et les modalités précisées aux Conditions Particulières.

Dans le cadre des opérations obligatoires, le Souscripteur précompte les cotisations. Il est donc responsable du paiement auprès de la Mutuelle des cotisations afférentes à la garantie Frais de Santé de base obligatoire, tant pour la part patronale que salariale, charge à lui de répartir ces cotisations auprès des membres de son personnel conformément aux dispositions prévues dans l'acte juridique qui régit le régime au sein de l'entreprise et dans le respect de la réglementation sociale et fiscale en vigueur.

Pour les opérations facultatives, telles celles liées au choix d'options de garanties supplémentaires ou à l'affiliation d'ayants droit à titre facultatif, soit le Souscripteur réalise le précompte de l'ensemble des cotisations (charge à lui de répartir ces cotisations auprès des membres de son personnel conformément aux dispositions prévues dans l'acte juridique régissant le régime frais de santé au sein de l'entreprise et dans le respect de la réglementation sociale

et fiscale en vigueur), soit elles sont appelées directement par la Mutuelle auprès de chaque membre participant concerné.

Le choix de ces modalités de paiement doit être indiqué par le Souscripteur à la Mutuelle.

### **7-4 Non-paiement des cotisations**

Conformément à l'article L221-8 du Code de la Mutualité :

I. - Lorsque, dans le cadre des opérations collectives, le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au Souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif.

La Mutuelle a le droit de résilier le contrat collectif dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent I.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celles-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

II. - Lorsque dans le cadre des opérations collectives facultatives, le Souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe. En l'espèce, il pourra être exclu, ainsi que ses ayants droit, des éventuelles options de garanties supplémentaires facultatives et non de la garantie Frais de santé de base obligatoire. L'exclusion peut aussi viser les ayants droit à titre facultatif en cas de non-paiement par le membre participant de la quote-part afférente à leur couverture.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties facultatives définies au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

La procédure prévue au I est applicable au Souscripteur qui s'est engagé à participer également au financement des

opérations facultatives et ne paie pas sa part de cotisation. Dans ce cas, la Mutuelle informe chaque membre participant de la mise en œuvre de cette procédure et de ses conséquences dès l'envoi de la lettre de mise en demeure mentionnée au deuxième alinéa du I et rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ne couvre plus ce risque.

## **ARTICLE 8 : INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

### ▪ **8-1 Subrogation**

La Mutuelle est subrogée de plein droit, jusqu'à concurrence des prestations versées par elle, dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

A cet effet, le membre participant et ses ayants droit devront informer la Mutuelle de toute demande de remboursement faisant suite à un accident mettant en cause un tiers afin de lui permettre d'exercer son recours contre le tiers responsable ou son assureur.

### ▪ **8-2 Prescription**

Toute action dérivant de l'adhésion à la Mutuelle est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la Mutualité.

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.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les demandes de remboursement notamment doivent être présentées dans les plus brefs délais à la Mutuelle ; elles ne seront plus prises en compte passé ce délai de prescription.

### ▪ **8-3 Territorialité**

En cas de soins effectués hors de France, la Mutuelle intervient à hauteur de 100% de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sous réserve de recevoir les décomptes originaux de l'Assurance Maladie Obligatoire. Le paiement des prestations est toujours effectué sur un compte bancaire français et dans la monnaie légale de l'Etat français.

### ▪ **8-4 Réclamation**

Toute réclamation est à adresser à Mutuelle PréviFrance « Réclamation Adhérent » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

Si le différent persiste, en dernier recours, le Médiateur de la Mutuelle pourra être saisi gratuitement, après épuisement de toutes les procédures internes de traitement des réclamations mises en place par la Mutuelle et si aucune action contentieuse n'a déjà été engagée pour le même litige.

Le Médiateur est saisi par courrier avec accusé de réception envoyé à : Mutuelle PréviFrance « Médiation » 80 rue Matabiau BP 71269 31012 TOULOUSE CEDEX 6.

### ▪ **8-5 Autorité de contrôle**

L'instance de contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 61, rue Taitbout – 75436 PARIS cedex 09.

### ▪ **8-6 Action sociale**

L'adhésion au contrat ouvre accès pour le membre participant et ses ayants droit affiliés à l'Action sociale de la Mutuelle.

### ▪ **8-7 Informatique et libertés**

Conformément à la Loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004, les membres participants et leurs ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification des données nominatives qui les concernent, figurant sur tout fichier informatique utilisé pour le traitement de leur dossier par la Mutuelle, ses mandataires, réassureurs ou tiers liés à l'activité de la Mutuelle.

Ce droit d'accès peut être exercé par demande écrite au Siège administratif de la Mutuelle, situé au 80 rue Matabiau – BP 71269 - 31012 TOULOUSE cedex 06.

**Tableau de garanties en vigueur au 01/01/2017**

Garantie exprimée en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (part AMO incluse) ou euros sur présentation de factures acquittées. Remboursements limités aux frais engagés.

Voir conditions au verso

**BASE M2191**

<b>MALADIE (1)</b>	
Consultations, visites généralistes (a), Consultations, visites spécialistes (a)	250 %
Auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...)	250 %
Analyses médicales	250 %
Actes d'imagerie médicale (radiologie, échographie...) (a), Actes techniques médicaux (a)	250 %
Pharmacie : médicaments remboursés par l'AMO	100 %
Actes de petite chirurgie (a)	250 %
<b>APPAREILLAGE (1)</b>	
Orthopédie, Petits et grands appareillages	250 %
Forfait orthopédie, petits et grands appareillages	200 €/an
Prothèses capillaires et mammaires	250 % +350 €/an
Prothèses auditives	250 % +350 €/an
Avantage adhérent si achat dans le centre d'audioprothèse PréviFrance	+ 100 €/oreille
<b>OPTIQUE (1 équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue) (2)</b>	
Équipement simple (monture+ verres simples) remboursé par l'AMO	440 €
Équipement complexe (monture + verres complexes) remboursé par l'AMO	650 €
Avantage adhérent Équipement si achat dans un espace optique PréviFrance*	
- D'un équipement à verres simples	+ 30 €
- D'un équipement à verres complexes	+ 60 €
Lentilles remboursées par l'AMO	100 %
Forfait Lentilles remboursées ou non par l'AMO	200 €/an
Avantage adhérent lentilles si achat dans un espace optique PréviFrance	+ 30 €/an
Chirurgie réfractive de l'œil (myopie, hypermétropie, presbytie)	500 €/œil
<b>DENTAIRE (3)</b>	
Soins et consultations	250 %
Inlay-core et inlay-core à clavettes	400 %
Prothèses, implants et parodontologie remboursés par l'AMO	400 %
Prothèses non remboursées par l'AMO	400 €/an
Orthodontie remboursée par l'AMO	350 %
Orthodontie non remboursée par l'AMO	500 €/an
Implantologie et parodontologie non remboursées par l'AMO	850 €/an
<b>HOSPITALISATION (4)</b>	
Actes chirurgicaux, d'anesthésie et d'obstétrique (a)	300 %
Si acte médical supérieur à 120€, prise en charge du forfait	18 €
Honoraires médicaux (a)	300 %
Frais de séjour	Frais réels
Forfait journalier (voir conditions au verso)	Frais réels
Chambre particulière (voir conditions au verso)	3 % PMSS/jour
Frais d'accompagnement (voir conditions au verso)	2 % PMSS/jour
<b>Garanties majorées en cas d'accident de la circulation</b>	
Actes chirurgicaux et d'anesthésie (a)	350 %
Chambre particulière (6 mois maximum en secteur médecine et chirurgie)	120 €/jour
Frais d'accompagnement : lit et repas en milieu hospitalier (durée 15 jours maximum par accident)	2.50 % PMSS/jour
Frais liés à l'hospitalisation facturés par l'établissement (télévision, téléphone, ...)	100 €/an
<b>TRANSPORT (1)</b>	
Transport	100 %
<b>CURES THERMALES (1)</b>	
Honoraires de surveillance médicale, forfait thermal, forfait hébergement	100 % +15 % PMSS/an
<b>LES PLUS (5)</b>	
Panier de soins affecté à l'un ou plusieurs des postes ci-dessous par an et par bénéficiaire : Amniocentèse, Contraception, Fécondation in vitro, Homéopathie non remboursée, Ostéodensitométrie, Sevrage tabagique, Vaccins non remboursés	130 €
Forfait séances nombre de séances maximum toutes spécialités énumérées confondues : Acupuncteur, Chiropraticien, Diététicien diplômé d'état, Etiopathie, Microkinésithérapeute, Ostéopathe, Pédicure-Podologue, Psychologue	50 €/séance 4 séances max/an
Actes de prévention remboursés par l'AMO	100 %
Prime de naissance	15 % PMSS

## Mentions complémentaires

Si vous êtes hors « parcours de soins coordonnés », votre contrat ne prendra pas en charge la diminution des remboursements appliquée par l'assurance maladie obligatoire, ni les dépassements d'honoraires. Vos garanties et niveaux de remboursements seront automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats responsables ».

(a) Les dépassements sur les actes et honoraires pratiqués par des médecins n'ayant pas adhéré au dispositif « contrat d'accès aux soins » sont minorés de 20% par rapport au pourcentage indiqué dans le tableau de garantie et plafonnée dans tous les cas à 225% pour 2016 et à 200% à partir de 2017.

Les forfaits hors équipement optique sont calculés par année civile et par bénéficiaire. Ils sont non reportables d'une année sur l'autre

(1) Ces prestations sont prises en charge par la Mutuelle, sous réserve d'un remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

### (2) OPTIQUE

- Un équipement optique est composé d'une monture et de 2 verres. En application du décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 régissant les « contrats responsables », la Mutuelle rembourse un forfait équipement optique tous les 2 ans ou tous les ans pour les mineurs ou en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue, période calculée à compter de la date d'acquisition de l'équipement optique. Dans tous les cas, le remboursement maximum pour une monture est de 150€.
- Le forfait équipement optique s'entend prise en charge du ticket modérateur incluse.
- La Mutuelle rembourse les équipements optiques selon la complexité des verres détaillée ci-dessous :

Répartition des verres par codes LPP selon la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire		Plafonds "Contrats Responsables"
Equipement simple	Monture + verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries LPP : 2200393 – 2203240 – 2226412 – 2242457 – 2259966 – 2261874 – 2270413 – 2287916	470 €
Equipement complexe	Monture + verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries LPP : 2206800 – 2212976 – 2219381 – 2227038 – 2235776 – 2238941 – 2240671 – 2243304 – 2243540 – 2248320 – 2252668 – 2254868 – 2259245 – 2263459 – 2264045 – 2265330 – 2268385 – 2273854 – 2280660 – 2282221 – 2282793 – 2283953 – 2284527 – 2288519 – 2290396 – 2291088 – 2291183 – 2295896 – 2297441 – 2299180 – 2299523	750 €
	Considéré comme « Très Complexe » : Monture + 2 verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries. 2202239 – 2202452 – 2234239 – 2238792 – 2245036 – 2245384 – 2252042 – 2259660 – 2295198	850 €

- Dans le cas d'un « Equipement Mixte » (monture + 2 verres l'un simple, l'autre complexe), le remboursement s'effectue sur la base d'un équipement complexe dans la limite de 550€.
- Les « Avantages Adhérents » sont attribués en complément du forfait équipement, dans les limites des plafonds du « Contrat Responsable ».
- Le forfait concernant les lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire est versé sur prescription médicale et sur facture acquittée.

### (3) DENTAIRE

- Les prothèses, l'orthodontie, la parodontologie et l'implantologie non remboursées par l'assurance maladie obligatoire sont prises en charge sur présentation d'une facture acquittée d'un praticien agréé, si leur remboursement est prévu dans la garantie souscrite.

### (4) HOSPITALISATION

- Le forfait journalier facturé par les établissements hospitaliers est pris en charge sans limitation de durée. Cette prise en charge s'applique aux séjours en hospitalisation complète en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et en Psychiatrie (PSY). Elle s'applique aussi si les séjours en cures thermales ou médicales, en colonie sanitaire, en maison d'enfants ou les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction sont effectués dans un établissement hospitalier.
- **Le forfait journalier facturé par des établissements médico-sociaux, tels que prévus à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge.**
- **Sont exclus les remboursements afférents aux frais liés aux séjours en maison de retraite et hospice et séjours en unités et centres de longue durée.**
- La chambre particulière est prise en charge à partir d'une nuit d'hospitalisation ; la prise en charge s'exerce à concurrence du tarif plafond indiqué.
- La durée de prise en charge de la chambre particulière est illimitée en chirurgie et médecine et limitée à 60 jours par année civile en maternité, rééducation, maison de repos, de convalescence et moyen séjour.
- **La chambre particulière n'est pas prise en charge pour les séjours en psychiatrie, neuropsychiatrie, colonie sanitaire, cure thermale ou médicale, diététique, régime, nutrition ainsi que les séjours de lutte contre toutes sortes d'addiction.**
- Les frais d'accompagnement (lit d'accompagnant et repas en milieu hospitalier) doivent se situer pendant la durée de l'hospitalisation et concernent l'hospitalisation d'un enfant de moins de 16 ans ou d'un adulte de plus de 75 ans dans la limite de 30 jours par an ou dans les autres cas, dans la limite de 2 jours par an. L'indemnité versée est plafonnée au montant indiqué sur le tableau des garanties.
- Est réputé "accident de la circulation", l'accident :
  - provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque le membre participant ou l'un de ses ayants droit circule à pied sur une voie publique ou privée,
  - survenu à l'occasion d'un parcours effectué par le membre participant ou l'un de ses ayants droit, soit en tant que passager d'une ligne régulière de transport par voie de fer, d'air ou d'eau, soit en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre,
 Il est précisé que les accidents survenant lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

### (5) LES PLUS

- Si le tableau de garantie le prévoit, la Mutuelle rembourse les prestations indiquées soit sur prescription médicale et sur facture acquittée du praticien ou de l'établissement sous déduction de l'éventuelle prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, soit s'il s'agit de séances sur facture acquittée du praticien agréé dans la discipline.
- La prime de naissance est versée lors de l'inscription de l'enfant dans les 6 mois de sa naissance ou de l'adoption.

## ATTESTATION DE RECEPTION DE LA NOTICE D'INFORMATION A REMETTRE A VOTRE EMPLOYEUR

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ (1)

salarié(e) de \_\_\_\_\_ (2)

certifie avoir reçu de mon employeur la notice d'information PREVI SANTE ENTREPRISE relative au contrat collectif Frais de Santé à adhésion obligatoire souscrit auprès de la Mutuelle PREVIFRANCE,

A \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :

(1) Veuillez inscrire vos noms et prénoms.

(2) Indiquer la raison sociale de votre employeur.