

Notice d'information

ADHESION COLLECTIVE FACULTATIVE

ASSOCIATION ASSURANCE ET SOLIDARITE

Membres

Cette notice a pour objet de vous présenter le régime frais de soins de santé facultatif dont vous avez la possibilité de bénéficier auprès de la CCMO par l'intermédiaire de votre association.

Vous trouverez ci-dessous les conditions d'utilisation de ce régime, ainsi qu'en annexe les tableaux des garanties SECURITE ET TRANQUILITE intégrant à la fois les remboursements du Régime obligatoire et de votre mutuelle.

QUELQUES MOTS CLES DE VOTRE REGIME

Base de remboursement

Ensemble des barèmes utilisés par le Régime Obligatoire pour calculer les remboursements des dépenses de santé (tarif opposable, tarif d'autorité,...).

Lorsque vous vous adressez à un praticien ou à un établissement n'adhérant pas à la convention médicale conclue entre la profession de santé dont il relève et l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie – UNCAM, le régime obligatoire calcule son remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Il est précisé que lorsque les frais sont engagés à l'étranger, le remboursement de la CCMO est déterminé en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire.

Contrat responsable

Contrat santé ne couvrant pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et répondant à l'ensemble des conditions mentionnées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par tout texte ultérieur pris par les Pouvoirs Publics pour son application (notamment les articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même Code).

Contrat solidaire

Contrat santé dont les cotisations ne sont pas déterminées en fonction de l'état de santé du participant.

Frais de santé

Frais médicaux, dentaires, chirurgicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation que vous avez engagés.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à un accident, à une maladie ou à une maternité.

Maladie

Toute altération de votre état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

Maternité

Grossesse non pathologique, accouchement et ses suites. La maternité n'est pas considérée comme une maladie ou un accident.

Parcours de soins

Accès au système de soins (hors hospitalisation) dans lequel le patient a en premier lieu recours à son médecin traitant, qui, dans certaines situations, peut l'adresser vers un autre médecin (médecin correspondant).

Sauf les exceptions prévues à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, si vous ne respectez pas le parcours de soins coordonnés, la majoration du ticket modérateur qui en découle est laissée à votre charge.

Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la part financière qui reste à votre charge après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, de votre santé, ou du respect ou non du parcours de soins coordonnés.

Votre complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

La participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées aux Titres II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité Sociale sont

à votre charge et ne sont pas prises en considération dans le calcul du ticket modérateur.

PRISE D'EFFET DE VOTRE ADHESION

L'entrée en vigueur de vos garanties intervient :

- à la date d'effet inscrite sur le bulletin d'adhésion,
- ou au plus tôt le premier jour du mois civil en cours à compter de la réception du bulletin d'adhésion. L'adhésion est valablement enregistrée dès l'encaissement de la première cotisation.

Par dérogation à l'article 45 du Règlement mutualiste de la CCMO, aucun délai de stage ne vous sera appliqué, ni à vos ayants droit.

BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

Outre vous-même, peuvent être bénéficiaires de la garantie :

- votre conjoint, concubin ou cosignataire d'un PACS sur présentation de justificatifs ;
- vos enfants âgés de moins de 18 ans ;
- vos enfants âgés de moins de 28 ans étudiants, en apprentissage ou primo demandeur d'emploi ;
- les personnes vivant sous votre toit et à votre charge fiscale.

CESSATION DES GARANTIES

La garantie cesse de plein droit tant à votre égard qu'à l'égard de vos ayants droits :

- à la dénonciation du contrat collectif
- à partir du jour où vous n'entrez plus dans la catégorie affiliable
- en cas de dénonciation du contrat par vos soins

RESILIATION

La résiliation par le membre participant ne peut avoir lieu avant l'accomplissement d'une adhésion minimale de douze mois sauf en cas de départ de l'entreprise ou de la collectivité et sous réserve de la restitution de la carte de Tiers payant. Elle doit être notifiée par écrit selon l'une des deux modalités :

- a) soit l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la mutuelle deux mois avant la fin de l'année civile (soit au plus tard le 31 octobre le cachet de La Poste faisant foi) ;
- b) soit la transmission à la mutuelle par l'entreprise de la fiche de liaison dans les 15 jours qui suivent son départ, à laquelle sera jointe la carte de mutuelle restituée par le membre participant.

En cas de transmission tardive de la fiche de liaison, la radiation sera faite le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la fiche de liaison, les cotisations afférentes au salarié restant dues par la COLLECTIVITE.

Il est par ailleurs précisé que :

- aucune résiliation individuelle ne saurait être antérieure à la date de réception par CCMO Mutuelle de la demande de résiliation.
- aucune prestation ne peut être servie après la date de la résiliation sauf celles pour lesquelles la date de résiliation et



L'ESSENTIEL, C'EST VOUS.

sous réserve qu'elles soient demandées dans un délai maximum de douze mois après la date de règlement inscrite sur le décompte du Régime obligatoire.

- un certificat de radiation est envoyé sur demande de l'adhérent démissionnaire.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Toute taxe nouvelle ou majoration de taxe dont la récupération ne serait pas interdite, sera mise à la charge du **MEMBRE PARTICIPANT** dans le cas où il règle seul les cotisations et sera payable en même temps que la cotisation.

DEMANDES DE REMBOURSEMENT

Les prestations vous sont réglées soit par virement, soit par chèque suite à :

- la télétransmission *Noémie* entre votre Régime obligatoire et la CCMO (conditionnée par la remise d'une copie de l'attestation papier de votre carte vitale) ;
- la transmission à la CCMO des décomptes originaux du Régime obligatoire et le cas échéant de toute autre pièce justificative nécessaire (facture de professionnels de santé, devis, etc....).

Votre carte mutuelle, dite également carte de tiers payant, vous permet de ne pas faire l'avance des frais chez les professionnels de santé qui ont passé une convention avec la CCMO.

Le règlement direct au professionnel se fait à hauteur de la base de remboursement du Régime obligatoire, l'avance des dépassements d'honoraires restant à votre charge.

FORCLUSION ET PRESCRIPTION

Les demandes de prestations doivent être adressées à la CCMO dans les 12 mois suivant la date de règlement du Régime obligatoire ou dans un délai de 12 mois à compter de la facturation pour toutes les prestations non remboursées par le RO. Les actions relatives à ces actes de remboursement sont prescrites au bout de 2 ans.

EXCLUSIONS DE GARANTIE

La mutuelle ne rembourse pas :

- les actes et prestations non remboursés par le Régime obligatoire ou hors nomenclature du Régime obligatoire ainsi que tous les autres frais non remboursés par le Régime obligatoire, sauf ceux définis, le cas échéant, dans le tableau des garanties.

ASSIETTE DES PRESTATIONS

Les prestations de votre mutuelle ont pour assiette la base de remboursement (BR) des consultations et des actes médicaux telle que définie par l'Assurance maladie. Elles peuvent également être versées, notamment en optique et en dentaire, suivant des plafonds de garanties exprimés en euros ou en pourcentage du plafond mensuel de sécurité sociale (PMSS), dont le montant est revalorisé chaque 1^{er} janvier.

SOINS A L'ETRANGER

La Mutuelle rembourse dans ce cas le ticket modérateur après reconstitution du Tarif de Convention du Régime obligatoire français.

03 44 06 90 00