



*Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité
inscrite au répertoire Sirène sous le numéro SIREN 784 647 323*



RÈGLEMENT MUTUALISTE « Offre Expatriés au Maroc »

Applicable au 1^{er} janvier 2019

Siège social : 18, rue Léon Jouhaux – 75010 PARIS

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	3
TITRE II : LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ.....	9
CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES.....	9
SECTION 1 - LES PRESTATIONS.....	9
SECTION 2 - LES COTISATIONS.....	10
CHAPITRE 2 – LES GARANTIES ET SERVICES LIES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE.....	11
ANNEXES.....	12
1 : FORMULE 1 : COMPLEMENT CFE.....	12
2 : FORMULE 2 : COMPLEMENT CNSS.....	15
3 : FORMULE 3 : au 1 ^{er} EURO.....	18
4 : ASSURANCE ASSISTANCE – NOTICE D'INFORMATION.....	21

RÈGLEMENT MUTUALISTE

TITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Au sein du présent Règlement Mutualiste :

- le terme « **Mutuelle** » désigne « La Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés », mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, numéro SIREN 784 647 323, dont le siège social est 18 rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS,
- le terme « **Membre participant** » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle à laquelle elle a adhéré et en ouvre le droit à ses ayants droit,
- l'expression « **Garantie frais de santé** » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, les dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport),
- l'expression « **Garantie(s) prévoyance** » désigne la (les) garantie(s) pouvant couvrir notamment l'incapacité de travail, l'invalidité (en ce inclus la dépendance) et le décès.

Pour faciliter la lecture du Règlement Mutualiste, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Lexique disponible sur le site Internet de la Mutuelle, et qui inclut le Glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM). Le Glossaire de l'UNOCAM n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

Article 1 - Objet et modification du Règlement Mutualiste

Le Règlement Mutualiste définit le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations.

Tous les membres participants qui y adhèrent sont en conséquence tenus de s'y conformer.

Le bulletin d'adhésion précise l'identité des personnes bénéficiaires des prestations d'assurance ainsi que la formule et les garanties qui ont été choisies par le membre participant.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur, et des droits et obligations définis par le Règlement Mutualiste.

Toute modification du Règlement Mutualiste est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification des cotisations et/ou prestations est constatée par la notification de celles-ci aux membres participants, elle est applicable dès qu'elle a été notifiée aux membres participants.

En application de l'article L. 221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle peut souscrire des contrats collectifs auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

L'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat bénéficient alors du contrat souscrit par la Mutuelle.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

La Mutuelle peut également souscrire des contrats collectifs à adhésion facultative auprès d'autres organismes assureurs en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux, s'ils le souhaitent, de garanties supplémentaires.

Chaque garantie est régie par les dispositions contractuelles établies par l'organisme assureur.

Lorsque la Mutuelle présente des risques portés par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, elle agit comme intermédiaire d'assurance au sens de l'article L. 116-1 du Code de la Mutualité.

Article 2 - Information préalable à l'adhésion

2-1 Opérations individuelles

Avant la signature du bulletin d'adhésion, la Mutuelle remet au membre participant ou futur membre participant les Statuts et le Règlement Intérieur de la Mutuelle, le Règlement Mutualiste qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques ainsi qu'un document d'information normalisé.

2-2 Opérations collectives

Dans le cadre des contrats collectifs, la Mutuelle remet au membre participant une notice d'information établie par l'organisme assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La notice d'information précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garanties ainsi que les délais de prescription.

Article 3 - Garanties proposées au membre participant

Dans le cadre de son adhésion au Règlement Mutualiste, le membre participant bénéficie obligatoirement :

- de la Garantie frais de santé,

Au titre de la Garantie frais de santé, le membre participant bénéficie alors obligatoirement des Garanties et services suivants :

- d'une assurance assistance résidents hors métropole,
- d'une plateforme de services adhérent
- du service de conventionnement hospitalier mutualiste

Article 4 - Formalités d'adhésion à la Mutuelle

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- 1° le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé,
- 2° une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide (membre participant et ayants droit majeurs),
- 3° le mandat de prélèvement SEPA, dûment complété, daté et signé,
- 4° un relevé d'identité bancaire pour le versement des prestations,

- 5° une copie de l'attestation vitale en cours de validité,
- 6° le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie.

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle est notifié au membre participant par un ou plusieurs courriers qui préciseront, pour l'ensemble des personnes protégées (membre participant et le cas échéant le(s) ayant(s) droit) :

- la date de prise d'effet des garanties,
- le niveau des garanties,
- le montant des cotisations et leur échéance.

Article 5 - Prise d'effet des garanties

Sous réserve de l'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle, la Garantie frais de santé prend effet :

- soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle,
- soit le 1^{er} jour du mois indiqué librement par le membre participant sur le bulletin d'adhésion (sans rétroactivité possible),
- soit le jour de réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, à condition que le membre participant l'indique expressément sur le bulletin d'adhésion,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie du membre participant, à condition que la demande d'adhésion intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si le membre participant était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

L'assurance assistance prend effet dans les conditions de prise d'effet de la garantie frais de santé et au plus tôt à la date de réception de la demande d'adhésion par la mutuelle ou au 1^{er} jour du mois indiqué librement par le membre participant (sans rétroactivité possible).

Article 6 - Délai de renonciation

À compter de la prise d'effet de l'adhésion au Règlement Mutualiste (prise d'effet des garanties santé), le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires, pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné ... (nom, prénom, numéro d'adhérent) demeurant ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion au Règlement Mutualiste. (Date et signature de l'adhérent) ».

La lettre de renonciation doit être adressée à l'adresse figurant sur le bulletin d'adhésion.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, la Mutuelle rembourse au membre participant le montant de la cotisation versée.

Dans l'hypothèse où le membre participant a demandé à la Mutuelle le versement de prestations dans le délai de trente jours visé ci-dessus, le membre participant ne peut plus user de sa faculté de renonciation à l'adhésion.

Article 7 - Durée et renouvellement des garanties

L'adhésion à la Garantie frais de santé est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est alors proratisée au nombre de jours restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du Règlement Mutualiste.

Article 8 - Affiliation d'un ayant droit

8-1 Définition de l'ayant droit

Les ayants droit sont les personnes physiques qui bénéficient d'un droit en raison de leur situation juridique, fiscale ou financière ou d'un lien familial avec le bénéficiaire direct de ce droit.

Les ayants droit des membres participants qui bénéficient des prestations de la mutuelle sont :

- 1° le conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant, sans condition d'âge,
- 2° les enfants du membre participant, assurés sociaux à titre personnel ou en qualité d'ayants droit, qu'ils soient, reconnus ou non, adoptifs, pupilles de la Nation dont le membre participant est tuteur, ou enfant recueilli,
- 3° les enfants du conjoint, concubin, ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité du membre participant,
- 4° les personnes majeures ayant la qualité d'ayant droit au sens du Code de la Sécurité Sociale au 31 décembre 2015,
- 5° les ascendants du membre participant (père, mère, grand-père, grand-mère), les descendants du membre participant (petit-fils, petite-fille), les frère, soeur, neveu, nièce, oncle, tante, cousin germain, belle-mère, beau-père du membre participant, assurés sociaux à titre personnel et vivant sous le même toit que le membre participant.

Restent de plein droit en qualité d'ayants droit du membre participant les enfants du membre participant ou du conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité avec le membre participant, atteints d'un handicap permanent ; par handicap, il faut entendre une invalidité ouvrant droit au versement de l'allocation aux adultes handicapés.

Peuvent sur demande expresse rester en qualité d'ayants droit :

- a) les enfants d'un membre participant décédé, pendant un an à compter de la date du décès,
- b) les enfants d'un membre participant décédé, orphelins de père et de mère, assurés sociaux à titre personnel ou du chef de leur tuteur légal.

8-2 La demande d'adhésion d'un ayant droit est effectuée par le membre participant :

- sur le bulletin d'adhésion du membre participant lorsqu'elle est concomitante à la demande d'adhésion du membre participant,
- ou sur le formulaire approprié disponible auprès des services de la Mutuelle, lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant.

Lorsque la demande d'affiliation de l'ayant droit est postérieure à la demande d'adhésion du membre participant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations.

La demande d'affiliation doit être dûment complétée, datée, signée et accompagnée des justificatifs demandés par la Mutuelle.

8-3 La Garantie frais de santé prend effet :

- soit le 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle,
- soit le 1^{er} jour du mois indiqué librement par le membre participant (sans rétroactivité possible),
- soit le jour de réception de la demande d'affiliation par la Mutuelle, à condition que le membre participant l'indique expressément,
- soit le lendemain de la date de radiation de l'ancien organisme complémentaire d'assurance maladie de l'ayant droit, à condition que la demande d'affiliation intervienne dans le délai de 3 mois suivant la date de radiation de l'ancien organisme, sous réserve de la fourniture du certificat de radiation, et si l'ayant droit était précédemment couvert par une garantie couvrant les frais de santé au moins équivalente.

8-4 L'adhésion à la Garantie frais de santé est valable pour une année civile, soit du 1^{er} janvier au 31 décembre minuit.

Si l'adhésion est faite en cours d'année, la cotisation sera alors proratisée au nombre de jours restants.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, pour une durée d'un an, sauf résiliation par le membre participant ou la Mutuelle dans les conditions prévues aux articles 11 et 12 du Règlement Mutualiste et sauf radiation de l'ayant droit dans les conditions prévues à l'article 13 du Règlement Mutualiste.

Article 9 - Fixation et modalités de paiement de la cotisation

Les membres participants qui adhèrent au Règlement Mutualiste s'engagent au paiement d'une cotisation globale en contrepartie des garanties auxquelles ils adhèrent et dont bénéficient leurs ayants droit.

La cotisation globale est annuelle, elle est payable par avance à échéance annuelle par le membre participant.

Elle peut toutefois être fractionnée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement, et dans ce cas être payable à terme échu.

Le fractionnement est une facilité de paiement accordée gratuitement au membre participant ou à la personne chargée du paiement.

Le règlement de la cotisation s'effectue par prélèvement automatique sur compte bancaire, ou exceptionnellement par chèque sur accord de la Mutuelle.

La cotisation globale comprend les cotisations afférentes aux différentes garanties souscrites, augmentées des taxes et autres prélèvements fiscaux et sociaux applicables.

Article 10 – Modification de la situation familiale

Les membres participants doivent notifier à la Mutuelle les modifications qui surviennent dans leur situation familiale ou administrative ou dans celle de leurs ayants droit, dans un délai de deux mois à compter de l'événement, par courrier adressé à la Mutuelle à l'adresse mentionnée sur les documents administratifs, accompagné des justificatifs mentionnés ci-après (listes non exhaustives).

Les modifications prennent alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la date de survenance de l'événement.

Passé le délai de deux mois à compter de la date de survenance de l'événement, la prise d'effet de la modification intervient le 1^{er} jour du mois suivant la date de réception des documents justificatifs par la Mutuelle.

Dans ce cas, le membre participant ne pourra prétendre ni au paiement des prestations, ni au remboursement des cotisations qu'il aurait payées indûment.

En cas de modification de sa situation familiale, le membre participant fournira à la Mutuelle :

- en cas de mariage : la copie de l'acte de mariage ;
- en cas de PACS : la copie de la fiche d'information relative à l'enregistrement de la déclaration de PACS ; en cas de concubinage : l'attestation de concubinage ou une déclaration sur l'honneur signée par les deux concubins ;
- en cas de naissance : la copie de l'acte de naissance ; en cas d'adoption : la copie du jugement d'adoption ;
- en cas de divorce : la copie du jugement de divorce.

En cas de décès du membre participant, les ayants droit ou tout membre de la famille du défunt fourniront à la Mutuelle une copie de l'acte de décès.

Article 11 - Résiliation par le membre participant

11-1 Résiliation à la date d'échéance annuelle

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

La demande prend effet le 1^{er} janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction.

Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions de l'alinéa ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au Règlement Mutualiste, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction.

La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

11-2 Résiliation en cours d'adhésion

11-2-1 Chaque membre participant peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion au Règlement Mutualiste s'il justifie de son adhésion à un contrat collectif à adhésion obligatoire conclu par son employeur, et ce par lettre recommandée avec accusé de réception. La résiliation prend alors effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception du justificatif.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

11-2-2 Chaque membre participant peut également demander à ce qu'il soit mis fin à l'une de ses garanties lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle ou en cas de survenance d'un des événements suivants, **si les risques**

en relation directe avec la situation antérieure ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle :

- changement de domicile et notamment retour définitif en France,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de la garantie ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

Les cotisations restent dues jusqu'à la date de prise d'effet de la résiliation.

Article 12 - Résiliation des garanties par la Mutuelle

12-1 Non paiement des cotisations

Le non paiement des cotisations entraîne la suspension puis la résiliation des garanties.

Tout membre participant en situation d'impayés s'expose au paiement de frais de poursuite et de recouvrement.

À défaut de paiement par le membre participant d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, ses garanties peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Aucune prestation ayant eu lieu pendant la période de suspension ne pourra être versée, et ce même en cas de régularisation postérieure du paiement des cotisations.

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

À défaut de paiement, la Mutuelle a alors le droit de résilier ses garanties et de prononcer la radiation dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au troisième alinéa du présent article.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle les cotisations arriérées ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrement.

12-2 Non respect des conditions liées au champ de recrutement

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement de la Mutuelle ne sont plus remplies.

Article 13 - Radiation d'un ayant droit

La demande de radiation d'un ayant droit doit être effectuée par le membre participant.

La radiation de l'ayant droit prend effet le 1^{er} janvier, à zéro heure, de l'année suivante.

Toutefois, sous réserve de la fourniture de tout justificatif utile à l'appui de la demande à la Mutuelle, la radiation de l'ayant droit prend effet le premier jour suivant sa demande en cas :

- d'affiliation à un contrat collectif à adhésion obligatoire couvrant les frais de santé souscrit par son employeur, ou d'affiliation à un contrat collectif couvrant les frais de santé de la famille à titre obligatoire,
- de changement de situation matrimoniale,
- d'adhésion au contrat « Atout Cœur Santé », contrat complémentaire santé éligible à l'Aide à la complémentaire santé (ACS) coassuré par la Mutuelle Intérieure Entreprises et Expatriés,
- de bénéfice de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C).

En tout état de cause, la cotisation est due par le membre participant jusqu'à la date de radiation effective de l'ayant droit.

Article 14 - Conséquences de la résiliation des garanties sur le droit aux prestations

Le droit aux prestations cesse à la date de prise d'effet de la résiliation des garanties, sauf en ce qui concerne les prestations acquises avant la date d'effet de la résiliation des garanties.

Article 15 - Fausse déclaration intentionnelle

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 qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Dans le cadre des opérations dépendant de la vie humaine, la Mutuelle verse alors au membre participant, ou en cas de mort de celui-ci, au bénéficiaire, une somme égale à la provision mathématique de la garantie.

Article 16 - Fausse déclaration non intentionnelle

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après notification adressée au membre participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux opérations dépendant de la vie humaine.

Article 17 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, mentionnées à l'article L. 224-8 du même code (notamment les opérations relatives au remboursement de frais de soins), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposées qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que les prestations versées par l'organisme mutualiste n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Pour le paiement des indemnités journalières versées et les prestations d'invalidité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Article 18 - Prescription - Interruption de la prescription

Toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 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,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2 du Code de la Mutualité, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription est interrompue par l'une des causes suivantes :

- 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 ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité,
- les causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, y compris en référé, conclusions notifiées dans le cadre d'une procédure, commandement, saisie, reconnaissance d'un droit),
- le recours au Médiateur,
- la désignation d'un expert après un sinistre.

Article 19 - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter ses obligations légales et réglementaires en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, la Mutuelle se doit de connaître au mieux ses membres participants et leurs ayants droits éventuels.

Elle est ainsi fondée, chaque fois qu'elle l'estime nécessaire, à demander aux membres participants certaines informations complémentaires, telle que la justification de l'origine des fonds versés à la Mutuelle à titre de paiement de leurs cotisations lorsque notamment leur montant annuel et par contrat dépasse un certain seuil.

Article 20 - Réclamations - Médiation

La Mutuelle accorde une grande importance aux remarques de ses membres participants et veille à leur apporter la meilleure qualité de service.

Si toutefois il existait une insatisfaction ou une difficulté avec la Mutuelle, le membre participant peut avoir recours :

- dans un premier temps à la procédure « Réclamations »,
- dans un deuxième temps, si la procédure « Réclamations » ne lui a pas donné satisfaction, à la procédure « Médiation ».

20-1 - Réclamations

Tout mécontentement d'un membre participant, d'un ayant droit ou d'un bénéficiaire peut être soumis au service « Réclamations ».

Cette réclamation peut être adressée à la Mutuelle :

- soit par voie postale, à l'adresse suivante :

Service relations adhérents

Centre de gestion LAMIE

46 Rue du Ressort

63967 Clermont-Ferrand Cedex 9

- soit par internet en utilisant le formulaire contact dans la rubrique NOUS CONTACTER sur l'espace adhérent du site service.lamie-mutuelle.fr. Le service « Réclamations » apportera une réponse au plus tard dans les 45 jours suivant la réception de la demande.

Si à l'expiration de ce délai de 45 jours le réclamant n'a pas reçu de réponse du service « Réclamations », il peut saisir directement le Directeur Général de la Mutuelle à l'adresse suivante :

Lamie mutuelle
18 rue Léon Jouhaux
75010 PARIS.

Celui-ci s'engage à apporter une réponse dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine.

20-2 - Médiation

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations et dans un délai d'un an après cette réclamation, le réclamant peut saisir le Médiateur :

- soit en ligne par internet sur www.mutualite.fr ou par courriel à mediation@mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de :

Madame ou Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française,
255 rue de Vaugirard,
75719 Paris Cedex 15.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur. Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Article 21 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie

21-1 Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la Loi française. Les garanties assurées par la Mutuelle sont régies par le Code de la Mutualité. Les garanties présentées par la Mutuelle et assurées par d'autres organismes assureurs sont régies par la loi applicable auxdits organismes.

21-2 La langue française est la langue applicable au Règlement Mutualiste qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toutes autres langues.

21-3 Le règlement des prestations et le paiement de la cotisation sont effectués en euros.

Article 22 - Informatique et Libertés

Les informations recueillies par la Mutuelle sont exclusivement utilisées dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale), l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet et dans le but de se conformer aux réglementations applicables.

Les données relatives à la santé du membre participant ou de ses ayants droits éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, ce à quoi il consent en le signant. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'adhérent ou ses éventuels ayants droits bénéficient de garanties, ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires, réassureurs et notamment aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Lors de la souscription du contrat, certaines informations sont obligatoires. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à l'égard du membre participant pourront être la nullité du contrat souscrit (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L.113-9 du Code des assurances)

Les données personnelles recueillies sont conservées pour la durée du contrat et conformément aux exigences réglementaires ou pour une durée de 3 ans en cas de renonciation à l'adhésion

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 6 janvier 1978, modifiée le 7 octobre 2016, le membre participant ainsi que toute personne dont les données sont conservées par la Mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement des données personnelles, d'un droit à la limitation du traitement, d'un droit à la portabilité de ses données.

Il bénéficie également d'un droit d'opposition au traitement et lorsque le traitement a pour base juridique le consentement, il dispose d'un droit de retirer son consentement à tout moment, sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application du contrat.

Le membre participant ainsi que toute personne dont les données sont conservées par la mutuelle peut exercer ses droits en contactant le Délégué à la protection des données personnelles nommé par la Mutuelle, soit par courrier au siège de la mutuelle (18 rue Léon Jouhaux 75 010 Paris), soit par courriel à l'adresse cnil@lamie-mutuelle.fr, accompagné d'un justificatif d'identité.

Il dispose également du droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Article 23 - Autorité de contrôle

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle.

TITRE II : LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE 1 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

SECTION 1 - LES PRESTATIONS

Article 24 - Les formules de la Garantie frais de santé

Les membres participants ont le choix entre différentes formules adaptées à leurs attentes, à leurs besoins et à leur situation en matière de frais de santé. Selon la formule, le remboursement se fait :

- Formule 1 : en complément de la Caisse des français à l'étranger,
- Formule 2: en complément de la Caisse nationale de Sécurité sociale du Maroc,
- Formule 3: au premier euro,

Les membres participants retraités peuvent bénéficier des mêmes garanties que les membres participants en activité.

Les membres participants peuvent adhérer à l'une des formules de la Garantie frais de santé de la Mutuelle sans aucune limite d'âge.

Les formules de la Garantie frais de santé comportent chacune des prestations qui leur sont propres et définies aux Annexes 1 à 3 du Règlement Mutualiste.

Les ayants droit bénéficient des prestations de la formule de la Garantie frais de santé dont relève le membre participant.

Article 25 - Modification de la formule choisie

Toute demande de changement de formule doit être adressée par écrit à la Mutuelle.

La demande de changement de formule doit être adressée à la Mutuelle au plus tard le 31 octobre de chaque année et prend effet à la date d'échéance annuelle de l'adhésion, soit le 1^{er} janvier de l'année suivante.

Article 26 - Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser, dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie frais de santé à laquelle a adhéré le membre participant :

- la part des frais de santé avec la participation de la Caisse des français à l'étranger ou la Caisse nationale de Sécurité sociale marocaine sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties,
- au premier euro dépensé.

Les garanties sont soit exprimées en pourcentage, soit exprimées en euros.

Pour les soins effectués au Maroc les pourcentages indiqués sont fonction des dépenses réelles engagées, déduction faite du remboursement accordé par la Caisse des français à l'étranger ou la Caisse nationale de Sécurité sociale.

Pour les soins effectués en métropole et dans les DROM, les pourcentages indiqués sont fonction de ticket modérateur dans la limite des frais réels.

Dans tous les cas, le montant versé par la mutuelle ne peut être supérieur à celui des frais restants à la charge du membre participant ou de ses ayants droit.

En cas de surcotation manifeste attestée par le praticien conseil de la Mutuelle, pour les actes qui sont soumis à cotation en métropole, en particulier les soins et prothèses dentaires, les analyses médicales et les examens radiologiques, le remboursement sera limité à la cotation définie par le praticien conseil de la Mutuelle.

Article 27 - Caractère solidaire et responsable des formules de la Garantie frais de santé

27-1 Les formules de la Garantie frais de santé sont « solidaires » : la Mutuelle ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des membres participants et ne recueille aucune information médicale les concernant.

27-2 Les formules de la Garantie fais de santé ne sont pas « responsables » : elles ne remplissent pas les critères fixés par les articles L. 871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Article 28 - Limitation des prestations

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant et de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels ils ont droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité Sociale.

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, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans les rapports entre organismes assureurs, la contribution de chacun d'entre eux est déterminée en appliquant, au montant des frais à la charge du membre participant et de ses ayants droit, le rapport existant entre l'indemnité que chaque organisme assureur aurait versée s'il avait été seul et le montant cumulé des indemnités qui auraient été à la charge de chaque organisme assureur s'il avait été seul.

Article 29 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au membre participant. Toutefois, sur demande expresse du membre participant, le conjoint, concubin ou cocontractant d'un pacte civil de solidarité ayant droit peut percevoir directement les prestations pour lui-même et/ou pour les enfants dont il a la garde.

De la même façon, tous les ayants droit de plus de 16 ans sont autorisés à percevoir à titre personnel les prestations de la Mutuelle.

Article 30 - Tiers payant

Pour les actes effectués en métropole et dans les DROM, la Mutuelle permet à ses assurés de bénéficier du dispositif de tiers payant à hauteur du

tarif de responsabilité (ticket modérateur).

Ainsi les professionnels de santé qui le souhaitent sont payés directement par la Mutuelle, *a minima* à hauteur du ticket modérateur, pour les soins qu'ils ont dispensés ou produits qu'ils ont délivrés au membre participant ou à ses ayants droit.

Dans le cas où la dispense d'avance des frais n'a pas été pratiquée par le professionnel de santé, les prestations sont versées directement au membre participant après acquittement par eux des dépenses engagées.

Toutefois, si après paiement du prestataire de soins par la Mutuelle, il s'avère que les garanties du membre participant étaient suspendues ou résiliées, celui-ci est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Article 31 - Modalités de remboursement des prestations

Pour obtenir le règlement des prestations, et à défaut d'application de la télétransmission informatique des prestations santé, le membre participant doit faire parvenir à la Mutuelle les justificatifs suivants :

- le décompte original ou, à défaut sa copie ou son image électronique, des prestations du régime obligatoire,
- les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens,
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles,
- les factures optiques acquittées,
- les factures dentaires acquittées.

Article 32 - Prestations indûment versées

En cas de prestations versées indûment à un membre participant ou à un ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'adhérent par un membre participant postérieurement à la suspension de ses garanties ou à sa radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer au membre participant le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre le bénéficiaire à ce remboursement.

Article 33 - Déchéance des droits à prestations en cas de fraude

Le membre participant qui effectue volontairement une fausse déclaration sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la déchéance de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause, et ce sans préjudice des mesures prévues par les Statuts de la Mutuelle.

SECTION 2 - LES COTISATIONS

Les exonérations de cotisations mentionnées ci-après concernent les formules de la Garantie frais de santé ainsi que les Garanties et services liés à la Garantie frais de santé.

Article 34 - Fixation des cotisations des formules de la Garantie frais de santé

- Les formules de la Garantie frais de santé comportent chacune des cotisations qui leur sont propres et définies aux Annexes 1 à 3 du Règlement Mutualiste.

Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de la nature de l'emploi ni en fonction du sexe des membres participants.

Les cotisations sont calculées en fonction de l'âge du membre participant et de ses ayants droit.

L'âge du membre participant et de ses ayants droit s'apprécie au 1^{er} janvier de l'année civile de l'adhésion à la garantie ou de son renouvellement, et par rapport au 1^{er} janvier qui suit leur année de naissance.

Exemple :

Un membre participant né en 1990, adhérent en juillet 2016 à la Mutuelle : au regard de la règle ci-dessus, son âge pour déterminer le montant de sa cotisation est 25 ans.

- Les montants de cotisation des Garanties et services liés à la Garantie frais de santé sont inclus dans le montant des formules de la Garantie frais de santé.

Article 35 - Cotisations des enfants ayants droit

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation :

- pour les nouveaux nés affiliés en qualité d'ayants droit, et ce pendant une période de 12 mois qui court à compter du 1^{er} jour du mois de leur naissance ; la même disposition est appliquée pour les enfants adoptés ou sous tutelle à compter du jour d'adoption ou de la mise sous tutelle,
- pour les enfants de moins d'un an affiliés en qualité d'ayants droit, et ce jusqu'à la date de leur premier anniversaire.

La Mutuelle ne perçoit pas de cotisation à compter du 4^{ème} enfant affilié en qualité d'ayant droit et en principe assujetti à cotisations ainsi que pour les suivants, à condition qu'ils soient âgés de moins de 20 ans.

L'enfant du membre participant décédé ayant expressément demandé de conserver sa qualité d'ayant droit, ne verse pas de cotisation :

- pendant 1 an à compter de la date du décès du membre participant,
- jusqu'au 31 décembre de l'année de son 28^{ème} anniversaire, s'il est orphelin de père et de mère, assuré social à titre personnel ou du chef de son tuteur légal.

Les enfants handicapés de plus de 20 ans, affiliés en qualité d'ayants droit et percevant l'allocation adultes handicapés peuvent bénéficier d'une cotisation correspondant à celle des ayants droit de 21 ans, en fonction de leur niveau de garantie.

Cette réduction n'est pas cumulable avec d'autres réductions de cotisations.

Article 36 – Evolution des cotisations

Les cotisations sont fixées chaque année par le Conseil d'administration, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale.

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque 1^{er} janvier par l'application d'un taux qui dépend notamment :

- de l'évolution des dépenses de santé déterminée à partir des éléments fournis par les Caisses nationales d'Assurance maladie,
- de l'équilibre général du portefeuille mandataire indépendant assuré par la Mutuelle.

CHAPITRE 2 – LES SERVICES LIES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTE

Article 37 - L'Assurance assistance

La Mutuelle a souscrit auprès d'IMA Assurances, un contrat d'assurance pour l'assistance de ses membres participants et de leurs ayants droit résidents hors métropole. La notice d'information relative à ce contrat d'assistance est en annexe 4.

Article 38 -La plateforme de services adhérents

La Mutuelle met à disposition des membres participants et de leurs ayants droit éventuels une plateforme de service en ligne, personnalisée et sécurisé leur permettant notamment de :

- suivre les remboursements et accéder aux décomptes en ligne,
- évaluer leur profil santé : questionnaire en ligne visant à identifier les risques potentiels pour leur santé et les pistes d'évolution pour l'améliorer ou prévenir l'apparition d'une maladie,
- s'informer : obtenir de l'information sur un médicament, un médecin ou un service de soutien,
- géolocaliser des professionnels de santé pour accéder rapidement à des médecins généralistes et spécialistes conventionnés,
- accéder à la téléconsultation médicale grâce à un partenariat avec Médecin direct.

Article 39 – Le conventionnement hospitalier de la Mutualité française

La Mutuelle adhère au dispositif de conventionnement hospitalier de la Mutualité française.

Le conventionnement hospitalier mutualiste concerne les établissements de santé référencés par la Mutualité française selon des critères objectifs de qualité, tarifaires et géographiques.

Le conventionnement hospitalier mutualiste vise à :

- apporter aux patients adhérents mutualistes la garantie d'un accès à des soins hospitaliers de qualité à tarif maîtrisé,
- simplifier les démarches conventionnelles.

ANNEXE 1 : FORMULE 1 « COMPLEMENT CFE » (Prestations)

	Remboursement des soins réalisés au Maroc	Remboursement des soins réalisés en Métropole
Soins courants		
Honoraires et actes de médecins ou spécialistes	90%	30%
Examens de laboratoires	90%	40%
Soins d'auxiliaires médicaux	90%	40%
Soins infirmiers	90%	40%
Pharmacie		
Accessoires, pansements et petit appareillage	90%	35%
Autres accessoires, pansements et petit appareillage, orthopédie	90%	40%
Pharmacie, service médical majeur ou important	90%	35%
Pharmacie service médical modéré	90%	70%
Traitement anti paludéen non pris en charge par la Sécurité sociale	90%	100% FR
Vaccins (fièvre jaune, cholera, hépatites A et B, rage, méningite et thyphoïde)	90%	100% FR
Hospitalisation		
Honoraires, actes et frais de séjour	90%	20%
Forfait journalier hospitalier (yc psychiatrie)	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	100% FR
Supplément pour chambre particulière dans les établissements conventionnés	-	100%
Supplément pour chambre particulière dans les autres établissements (hors psychiatrie)	-	Tarif national opposable
Supplément pour chambre particulière dans les établissements psychiatriques	-	Tarif national opposable pendant 1 an
Soins externes et transports sanitaires	-	100% TM
Transport terrestre	-	35%
Acoustique		
Appareils correctifs de surdit�e frais d'entretien, fournitures, accessoires remboursés par la Ss	90 %	150 %
Optique *		
Monture	90% (limite de 61€)	60% + 61€
Monture pour les – 18 ans	90% (limite de 61€)	60% + 43€
2 verres simples classe A (incluant les suppléments d'optique)	90%	60% + 50€
2 verres complexes classe B (incluant les suppléments d'optique)	90%	60% + 140€
2 verres très complexes classe C (incluant les suppléments d'optique)	90%	60% + 300€
1 verre simple classe A + 1 verre complexe classe B	90%	60% + 95€
1 verre simple classe A + 1 verre très complexe classe C	90%	60% + 175€
1 verre complexe classe B + 1 verre très complexe classe C	90%	60% + 220€
Lentilles de contact accordées par la CFE	90%	150%
Lentilles de contact refusées par la CFE	-	150%
Matériel pour amblyopie	90%	40%
Dentaire		
Prothèses dentaires, réparation accordées par CFE	90% (limite de 200% BR)	200%
Prothèses dentaires, réparations refusées par la CFE	-	200%
Traitement orthodontique, autres actes d'orthodontie remboursés par la CFE	90% (limite de 200% BR)	200%
Cures thermales		
Surveillance médicale	-	30%
Etablissement thermal	-	35%
Affection longue durée***		
Affection de longue durée pendant 36 mois	90%	-
Hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant 36 mois	90%	-
Prévention		
Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	90%	100% TM
Bilan de santé	-	-

FR : Frais réels TM : Ticket modérateur

* Le remboursement de la mutuelle est limité à un équipement tous les deux ans. Par dérogation, la prise en charge est annuelle en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs. La période de deux ans commence à la date d'achat du 1^{er} équipement (monture ou verre).

**le remboursement des lentilles de contact jetables est limité à un par an.

*** sous réserve d'être prescrit médicalement et justifié par le médecin conseil de la mutuelle.

ANNEXE 1 : FORMULE 1 « COMPLEMENT CFE » (Classification optique)

Verre unifocal	
Verre simple foyer, sphere de -6.00 à +6.00	Verre simple classe A
Verre simple foyer, sphere de -6.24 à -10.00 et de +6.25 à +10.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, sphere hors zone de -10.00 à + 10.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre \leq +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre simple classe A
Verre simple foyer, cylindre \leq +4.00, sphere hors zone de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif	
Verre multifocal ou progressif, sphere de -4.00 à + 4.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif, sphere hors zone de -4,00 à + 4,00	Verre très complexe classe C adulte / verre complexe classe B enfant
Verre multifocal ou progressif, sphere de -8.00 à + 8.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif, sphere hors zone de -8,00 à + 8,00	Verre très complexe classe C adulte / verre complexe classe B enfant

ANNEXE 1 :FORMULE 1 « COMPLEMENT CFE » (cotisations)

	Tarif mensuel de cotisation
Moins de 20 ans	123,00 €
De 20 ans à 24 ans	144,00 €
De 25 ans à 29 ans	157,00 €
De 30 ans à 34 ans	168,00 €
De 35 ans à 39 ans	178,00 €
De 40 ans à 44 ans	192,00 €
De 45 ans à 49 ans	210,00 €
De 50 ans à 54 ans	239,00 €
De 55 ans à 59 ans	281,00 €
De 60 ans à 64 ans	340,00 €
De 65 ans à 69 ans	416,00 €
De 70 ans à 74 ans	507,00 €
De 75 ans à 79 ans	625,00 €
80 ans et plus	719,00 €

ANNEXE 2 : FORMULE 2 « COMPLEMENT CNSS » (Prestations)

	Remboursement des soins réalisés au Maroc	Remboursement des soins réalisés en Métropole
Soins courants		
Honoraires et actes de médecins ou spécialistes	90%	30%
Examens de laboratoires	90%	40%
Soins d'auxiliaires médicaux	90%	40%
Soins infirmiers	90%	40%
Pharmacie		
Accessoires, pansements et petit appareillage	90%	35%
Autres accessoires, pansements et petit appareillage, orthopédie	90%	40%
Pharmacie, service médical majeur ou important	90%	35%
Pharmacie service médical modéré	90%	70%
Traitement anti paludéen non pris en charge par la Sécurité sociale	90%	100% FR
Vaccins (fièvre jaune, cholera, hépatites A et B, rage, méningite et thyphoïde)	90%	100% FR
Hospitalisation		
Honoraires, actes et frais de séjour	90%	20%
Forfait journalier hospitalier (yc psychiatrie)	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	100% FR
Supplément pour chambre particulière dans les établissements conventionnés	-	100%
Supplément pour chambre particulière dans les autres établissements (hors psychiatrie)	-	Tarif national opposable
Supplément pour chambre particulière dans les établissements psychiatriques	-	Tarif national opposable pendant 1 an
Soins externes et transports sanitaires	-	100% TM
Transport terrestre	-	35%
Acoustique		
Appareils correctifs de surdit�e frais d'entretien, fournitures, accessoires remboursés par la Ss	90 %	150 %
Optique *		
Monture	90% (limite de 61€)	60% + 61€
Monture pour les – 18 ans	90% (limite de 61€)	60% + 43€
2 verres simples classe A (incluant les suppléments d'optique)	90%	60% + 50€
2 verres complexes classe B (incluant les suppléments d'optique)	90%	60% + 140€
2 verres très complexes classe C (incluant les suppléments d'optique)	90%	60% + 300€
1 verre simple classe A + 1 verre complexe classe B	90%	60% + 95€
1 verre simple classe A + 1 verre très complexe classe C	90%	60% + 175€
1 verre complexe classe B + 1 verre très complexe classe C	90%	60% + 220€
Lentilles de contact accordées par la CNSS	90%	150%
Lentilles de contact refusées par la CNSS	-	150%
Matériel pour amblyopie	90%	40%
Dentaire		
Prothèses dentaires, réparation accordées par la CNSS	90% (limite de 200% BR)	200%
Prothèses dentaires, réparations refusées par la CNSS	-	200%
Traitement orthodontique, autres actes d'orthodontie remboursés par la CNSS	90% (limite de 200% BR)	200%
Cures thermales		
Surveillance médicale	-	30%
Etablissement thermal	-	35%
Affection longue durée***		
Affection de longue durée pendant 36 mois	90%	-
Hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant 36 mois	90%	-
Prévention		
Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	90%	100% TM
Bilan de santé	-	-

FR : Frais réels TM : Ticket modérateur

* Le remboursement de la mutuelle est limité à un équipement tous les deux ans. Par dérogation, la prise en charge est annuelle en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs. La période de deux ans commence à la date d'achat du 1^{er} équipement (monture ou verre).

**le remboursement des lentilles de contact jetables est limité à un par an.

*** sous réserve d'être prescrit médicalement et justifié par le médecin conseil de la mutuelle.

ANNEXE 2 : FORMULE 2 « COMPLEMENT CNSS » (Classification optique)

Verre unifocal	
Verre simple foyer, sphere de -6.00 à +6.00	Verre simple classe A
Verre simple foyer, sphere de -6.24 à -10.00 et de +6.25 à +10.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, sphere hors zone de -10.00 à + 10.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre \leq +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre simple classe A
Verre simple foyer, cylindre \leq +4.00, sphere hors zone de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif	
Verre multifocal ou progressif, sphere de -4.00 à + 4.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif, sphere hors zone de -4,00 à + 4,00	Verre très complexe classe C adulte / verre complexe classe B enfant
Verre multifocal ou progressif, sphere de -8.00 à + 8.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif, sphere hors zone de -8,00 à + 8,00	Verre très complexe classe C adulte / verre complexe classe B enfant

ANNEXE 2 : FORMULE 2 « COMPLEMENT CNSS » (cotisations)

	Tarif mensuel de cotisation
Moins de 20 ans	143,00 €
De 20 ans à 24 ans	165,00 €
De 25 ans à 29 ans	182,00 €
De 30 ans à 34 ans	197,00 €
De 35 ans à 39 ans	210,00 €
De 40 ans à 44 ans	228,00 €
De 45 ans à 49 ans	254,00 €
De 50 ans à 54 ans	287,00 €
De 55 ans à 59 ans	335,00 €
De 60 ans à 64 ans	400,00 €
De 65 ans à 69 ans	483,00 €
De 70 ans à 74 ans	580,00 €
De 75 ans à 79 ans	708,00 €
80 ans et plus	811,00 €

ANNEXE 3 : FORMULE 3 « Au 1^{er} euro » (Prestations)

	Remboursement des soins réalisés au Maroc	Remboursement des soins réalisés en Métropole
Soins courants		
Honoraires et actes de médecins ou spécialistes	90%	70%
Examens de laboratoires	90%	60%
Soins d'auxiliaires médicaux	90%	60%
Soins infirmiers	90%	60%
Pharmacie		
Accessoires, pansements et petit appareillage	90%	65%
Autres accessoires, pansements et petit appareillage, orthopédie	90%	60%
Pharmacie, service médical majeur ou important	90%	65%
Pharmacie service médical modéré	90%	30%
Traitement anti paludéen non pris en charge par la Sécurité sociale	90%	60% FR
Vaccins (fièvre jaune, cholera, hépatites A et B, rage, méningite et thyphoïde)	90%	60% FR
Hospitalisation		
Honoraires, actes et frais de séjour	90%	80% ou 100%
Forfait journalier hospitalier (yc psychiatrie)	100% FR	100% FR
Participation forfaitaire pour les actes lourds	-	-
Supplément pour chambre particulière dans les établissements conventionnés	-	100%
Supplément pour chambre particulière dans les autres établissements (hors psychiatrie)	-	Tarif national opposable
Supplément pour chambre particulière dans les établissements psychiatriques	-	Tarif national opposable pdt 1 an
Soins externes et transports sanitaires	-	Taux et tarif de resp Ss
Transport terrestre	-	65%
Acoustique		
Appareils correctifs de surdité frais d'entretien, fournitures, accessoires remboursés par la Ss	90 %	65%
Optique *		
Monture	90% (limite de 61€)	60%
Monture pour les – 18 ans	90% (limite de 61€)	60%
2 verres simples classe A (incluant les suppléments d'optique)	90%	60%
2 verres complexes classe B (incluant les suppléments d'optique)	90%	60%
2 verres très complexes classe C (incluant les suppléments d'optique)	90%	60%
1 verre simple classe A + 1 verre complexe classe B	90%	60%
1 verre simple classe A + 1 verre très complexe classe C	90%	60%
1 verre complexe classe B + 1 verre très complexe classe C	90%	60%
Lentilles de contact accordées par le médecin conseil de la mutuelle**	90%	60%
Lentilles de contact refusées par le médecin conseil de la mutuelle **	-	-
Matériel pour amblyopie	90%	60%
Dentaire		
Prothèses dentaires, réparation accordées par le médecin conseil de la mutuelle	90% (limite de 200% BR)	70%
Prothèses dentaires, réparations refusées par le dentiste conseil de la mutuelle	-	-
Traitement orthodontique, autres actes d'orthodontie remboursés par la le dentiste conseil de	90% (limite de 200% BR)	100%
Cures thermales		
Surveillance médicale	-	70%
Etablissement thermal	-	65%
Affection longue durée***		
Affection de longue durée pendant 36 mois	90%	100% TM
Hospitalisation en cas d'affection de longue durée pendant 36 mois	90%	100% TM
Prévention		
Actes de prévention de l'arrêté du 8 juin 2006	90%	60% FR
Bilan de santé	-	120% FR/5 ans

FR : Frais réels TM : Ticket modérateur

* Le remboursement de la mutuelle est limité à un équipement tous les deux ans. Par dérogation, la prise en charge est annuelle en cas d'évolution de la vue et pour les mineurs. La période de deux ans commence à la date d'achat du 1^{er} équipement (monture ou verre).

le remboursement des lentilles de contact jeyables est limité à un par an. * sous réserve d'être prescrit médicalement et justifié par le médecin conseil de la mutuelle.

ANNEXE 3 : FORMULE 3 « Au 1^{er} euro » (Classification optique)

Verre unifocal	
Verre simple foyer, sphere de -6.00 à +6.00	Verre simple classe A
Verre simple foyer, sphere de -6.24 à -10.00 et de +6.25 à +10.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, sphere hors zone de -10.00 à + 10.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre \leq +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre simple classe A
Verre simple foyer, cylindre \leq +4.00, sphere hors zone de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre simple foyer, cylindre $>$ +4.00, sphere de -6.00 à + 6.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif	
Verre multifocal ou progressif, sphere de -4.00 à + 4.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif, sphere hors zone de -4,00 à + 4,00	Verre très complexe classe C adulte / verre complexe classe B enfant
Verre multifocal ou progressif, sphere de -8.00 à + 8.00	Verre complexe classe B
Verre multifocal ou progressif, sphere hors zone de -8,00 à + 8,00	Verre très complexe classe C adulte / verre complexe classe B enfant

ANNEXE 3 : FORMULE 3 « Au 1^{er} euro » (cotisations)

	Tarif mensuel de cotisation
Moins de 20 ans	133,00 €
De 20 ans à 24 ans	188,00 €
De 25 ans à 29 ans	209,00 €
De 30 ans à 34 ans	231,00 €
De 35 ans à 39 ans	246,00 €
De 40 ans à 44 ans	272,00 €
De 45 ans à 49 ans	307,00 €
De 50 ans à 54 ans	347,00 €
De 55 ans à 59 ans	401,00 €
De 60 ans à 64 ans	474,00 €
De 65 ans à 69 ans	567,00 €
De 70 ans à 74 ans	672,00 €
De 75 ans à 79 ans	813,00 €
80 ans et plus	933,00 €

ANNEXE 4 : Assurance assistance

Notice d'information

Transport sanitaire (prise en charge) : <ul style="list-style-type: none"> - Tous transports (avion sanitaire, ambulance, taxi, train, etc.) - Accompagnement pour voyager avec le bénéficiaire blessé ou malade - Retour de l'accompagnant proche - Si bénéficiaire handicapé, présence d'un proche lors du transport - Retour du bénéficiaire et ses ayants-droit vers leur pays de résidence 	Frais réels Billet aller Billet retour Billet A/R Billet Retour
Prolongation de séjour et poursuite du voyage : <ul style="list-style-type: none"> - En cas de soins ambulatoire rendant impossible un retour vers le domicile, prise en charge de l'hébergement - Prise en charge des frais de transport pour poursuivre son voyage 	60 euros/nuit, 10 jours max A concurrence des frais de rapatriement
Orientation médicale hospitalière : <ul style="list-style-type: none"> - Orientation dans un réseau hospitalier agréé à travers le monde 	>1 500 structures labellisées > 7 000 structures supports
Avance des frais médicaux hospitaliers : <ul style="list-style-type: none"> - Acompte pour mise en œuvre des actes médicaux 	Immédiat dans les limites des plafonds des garanties
Assistance Psychologique : <ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge de consultations téléphoniques en cas d'évènement grave et traumatisant 	1 à 5 consultations pendant un délai de 1 an à compter de la survenance de l'évènement
Difficulté grave et imprévue : <ul style="list-style-type: none"> - Avance de fonds 	2 500 €
Frais de justice à l'étranger : <ul style="list-style-type: none"> - Avance des honoraires d'avocat et frais de justice en cas de poursuites judiciaires 	3 000 €
Caution pénale à l'étranger : <ul style="list-style-type: none"> - Avance de fonds en cas d'incarcération du bénéficiaire ou menacé de l'être 	15 000 €
Déplacement d'un proche pour reconnaissance du corps : <ul style="list-style-type: none"> - Déplacement si indispensable pour la reconnaissance du corps et/ou les formalités - Hébergement sur le lieu de reconnaissance 	Billet A/R 60 €/nuit, max 10 nuits
Décès d'un bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> - Préparation et transport du corps jusqu'au lieu d'inhumation dans le pays de résidence ou en France - Prise en charge des frais de transport vers le lieu d'inhumation de la famille en France ou pays d'origine - En cas d'incinération sur place et en l'absence d'ayant-droit sur place, prise en charge d'une personne venant du pays de résidence ou en France 	Frais réels Billet A/R Billet A/R
Recherche et expédition de médicaments et de prothèses	Frais réels d'acheminement
Conseils médicaux (télémedecine...)	Illimités
Renseignements pratiques	Illimités
Assistance linguistique	Illimités
Messages urgents	Illimités
Garanties complémentaires : <ul style="list-style-type: none"> - Conseil sur les démarches administratives en cas de vol, perte ou destruction de documents - Rapatriement des bagages et animaux de compagnie en cas de transport sanitaire - Retour d'urgence au domicile sinistré en France 	Illimités Frais réels Frais réels

La Mutuelle Intériale Entreprises et Expatriés

18, rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS

