



FICHE D'INFORMATION

QUEL EST L'OBJET DE L'ADHÉSION

L'adhésion au règlement mutualiste garantit le remboursement des frais médicaux occasionnés par une maladie, un accident, aux membres participants et, éventuellement, à leur famille, acte par acte, en complément des remboursements effectués par un régime français de Sécurité sociale légalement obligatoire au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut être décidé de rembourser des dépenses non prises en charge par le régime de Sécurité sociale.

Il peut être prévu de payer une somme forfaitaire en cas de maternité ou de couvrir des frais d'obsèques pour les garanties des actifs.

QUI PEUT ADHÉRER

Les membres participants sont toutes les personnes physiques, qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré. Peuvent adhérer à la mutuelle, les personnes physiques qui répondent aux conditions suivantes :

- résider en France ou DOM ;
- être assuré social ;
- remplir les conditions d'âge fixées selon les garanties souscrites et définies dans le règlement mutualiste.

Peuvent bénéficier des prestations de la Mutuelle D&O les personnes relevant du régime français de Sécurité sociale légalement obligatoire ou leurs ayants droit à savoir :

- son conjoint ou concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil lié par un pacte civil de solidarité (PACS) ou non ;
- les enfants à charge du participant, ou de son conjoint ou de son concubin âgés jusqu'à leur 21^e anniversaire au sens de la législation de la Sécurité sociale.

La limite d'âge est prorogée jusqu'à leur 26^e anniversaire :

- s'ils sont affiliés à la Sécurité sociale des étudiants ;
- s'ils sont inscrits à l'ANPE ;
- s'ils sont en contrat d'apprentissage ;
- s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article 173 du code de la Famille et de l'Aide Sociale et considérés comme à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Justificatifs de situation :

La MUTUELLE D&O se réserve le droit, à tout moment, de vous demander de lui adresser les justificatifs de la qualité de bénéficiaire, comme (liste non exhaustive) :

- l'extrait des informations administratives contenues dans la carte Vitale,
- la production d'une quittance ou un bail ou tout autre document attestant du concubinage,
- l'avis d'imposition, attestation établissant l'engagement dans les liens du PACS.

QUELLE EST LA DURÉE DE LA GARANTIE

Date d'effet de la garantie :

La garantie est acquise au plus tôt au premier jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion, sous condition suspensive du paiement des cotisations et sauf fausse déclaration. Vous ne pouvez pas être exclu de la garantie en raison de la seule dégradation de votre état de santé.

Les frais engagés dans le cadre des garanties souscrites sont couverts à compter de la date d'effet figurant sur le bulletin d'adhésion, sous réserve de l'application éventuelle du délai de stage.

30 jours pour réfléchir :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans les 30 jours qui suivent la réception de votre bulletin d'adhésion. Il suffit d'adresser à la mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée comme suit : "Je soussigné, nom et prénom, demande à renoncer à mon contrat frais médicaux et à recevoir le remboursement total des sommes versées".

Le remboursement sera effectué dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée. La renonciation entraîne la restitution par la mutuelle de l'intégralité des sommes versées et par vous le remboursement des prestations éventuellement perçues dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée.

Cas de changement de garantie :

Le choix d'une garantie supérieure est possible à tout moment et prend effet au premier jour du mois qui suit la demande. Un délai de 6 mois est applicable pour les prestations améliorées. Pendant ce délai, les prestations seront remboursées conformément à la garantie initialement choisie.

Le choix d'une garantie inférieure ne peut se faire qu'après 2 années d'adhésion à la même garantie.

La cotisation tiendra compte de l'âge au changement de la garantie.

Délais de stage :

Un délai de stage est prévu de :

- **6 mois pour la garantie allocation obsèques,**
- **10 mois pour l'ensemble des frais liés à la maternité et à l'adoption,**
- **6 mois pour les garanties chirurgie, hospitalisation, toutes prothèses, verres, lentilles, montures de lunettes, ainsi que pour le forfait hospitalier, la chambre particulière et les cures thermales.**

Exonération du délai de stage :

Ces périodes de stage ne sont pas appliquées dans les cas suivants :

- En cas d'accidents reconnus comme tels par la Sécurité sociale ;
- Si l'adhésion est faite dans les deux mois qui suivent la radiation d'un organisme apportant une garantie complémentaire maladie comparable, ou qui suivent la sortie d'un «dispositif CMU complémentaire». Dans ce cas de figure, la production d'un certificat de radiation est nécessaire ;
- Si l'adhésion est faite dans les six mois suivant :
 - la date d'effet de l'allocation de retraite complémentaire,
 - la date de radiation au contrat collectif souscrit auprès de l'institution OREPA-Prévoyance ou CARCEPT-Prévoyance, pour les anciens salariés (chômeurs, invalides, pré-retraités) ou ayants droit d'un membre participant décédé.

Durée des garanties :

L'adhésion est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre à minuit de l'année en cours, et se renouvelle chaque année, à effet du 1er janvier, par tacite reconduction, sauf résiliation exprimée au moins deux mois avant cette date par l'une ou l'autre partie, soit avant le 1er novembre de chaque année, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Délais de résiliation :

Une résiliation en cours d'année, sans délai, est possible, pour tout assuré qui peut bénéficier du dispositif CMU.

La résiliation par le membre participant s'entend pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie relevant de ce dernier.

Dans chaque avis d'échéance annuel de cotisation, il est rappelé la date limite d'exercice du droit de dénonciation de l'adhésion. Vous disposez d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction, si l'avis est adressé moins de 15 jours avant le 1^{er} novembre ou après cette date.

Ce délai est expressément rappelé sur l'avis d'échéance.

La résiliation peut être prononcée par la mutuelle en cas de non paiement des cotisations et pour fraude ou fausse déclaration intentionnelle.

Sous réserve des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance de l'un des évènements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

QUELLES SONT LES PRESTATIONS ASSURÉES

Remboursement des frais de soins :

Les prestations sont fonction de la garantie figurant au Certificat d'Adhésion.

Elles sont exprimées en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur au moment des soins déduction faite du remboursement du régime obligatoire ou sur des montants forfaitaires indiqués dans la garantie qui sont exprimés en supplément de la Sécurité sociale.

Si les remboursements du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification (voir le chapitre « cotisations »).

Les frais engagés hors de France ne sont pris en charge qu'en complément de la Sécurité sociale et dans la limite définie par la formule de couverture retenue.

Les remboursements sont limités aux frais réels dûment justifiés restant à votre charge, après intervention du régime de base et/ou d'éventuels organismes complémentaires et ne prennent pas en charge les majorations de participation liées au non-respect des dispositions relatives aux contrats responsables.

La prise en charge par la mutuelle exclut donc :

- la participation forfaitaire retenue par la Sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins (absence de désignation du médecin traitant, non autorisation d'accès au dossier médical personnalisé) ;
- les dépassements autorisés sur les honoraires de technique et cliniques lorsque l'assuré ne sera pas passé par son médecin traitant ;
- le remboursement des franchises médicales fixées à l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007.

Enfin, la mutuelle prend en charge l'ensemble des prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique, prévus à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale dans sa rédaction au 8 juin 2006.

Le tableau des prestations annexé à la présente fiche d'information indique le détail des frais médicaux remboursés et le montant garanti.

Garanties incluses dans le remboursement des frais médicaux des actifs :

Participation aux frais d'obsèques :

Selon la garantie souscrite, il peut être prévu d'assurer le versement, en cas de décès du membre participant ou d'un de ses ayants droit, d'une indemnité pour frais d'obsèques dans la limite de la garantie choisie. Pour les enfants de moins de 12 ans, la garantie est limitée au strict remboursement des frais réels engagés.

La prestation est versée à la personne ayant supporté les frais sur présentation d'une facture acquittée et d'un extrait de décès. Elle peut également être versée directement à l'entreprise de pompes funèbres sur présentation de la facture et vient en déduction des frais réclamés au second bénéficiaire désigné.

Garantie forfaitaire maternité :

Selon la garantie souscrite, vous pouvez bénéficier de la garantie forfaitaire «maternité», la mutuelle versant une allocation exclusive de toute autre prestation. Le montant de cette allocation est égal au forfait en vigueur au jour de l'événement. Est pris en considération l'enfant né viable, c'est-à-dire lorsqu'il est né après 22 semaines d'aménorrhée ou qu'il a atteint le poids de 500 grammes.

En cas d'intervention chirurgicale (césarienne), la garantie prévue au risque Hospitalisation Chirurgicale s'applique, et ce en complément de l'allocation forfaitaire évoquée ci-dessus.

Le forfait maternité est également versé en cas d'adoption.

Une garantie assistance en inclusion :

Vous bénéficiez d'une garantie « Assistance Santé » assurée par MONDIAL ASSISTANCE (2, rue Fragonard - 75017 Paris), la Mutuelle D&O agissant comme intermédiaire mutualiste. Ce service est inclus dans les garanties frais médicaux.

Les services de Mondial Assistance sont accessibles par téléphone en communiquant à votre correspondant le numéro de contrat suivant :

Pour la Garantie Assistance Actifs : Tél. : 01 40 25 50 52 – n° de contrat : 920 470

Pour la Garantie Assistance Seniors : Tél. : 01 40 25 50 49 – n° de contrat : 920 471

QUELLES SONT LES MODALITÉS DE RÈGLEMENT

Le Tiers payant :

Afin de vous dispenser de certains frais auprès des professionnels de santé, il vous a été délivré une attestation de Tiers payant. Cette attestation est propriété de la mutuelle et doit lui être restituée dès lors que vous n'êtes plus adhérent.

Vous vous engagez expressément à restituer les sommes payées par la mutuelle relative à des soins postérieurs à la cessation des garanties si vous ne respectez pas l'obligation précitée.

En cas d'hospitalisation dans un établissement conventionné, la mutuelle délivre une prise en charge garantissant le paiement des frais médicaux et chirurgicaux définis par les garanties prévues dans la formule que vous avez retenue.

Dossier à adresser à la mutuelle :

Vos demandes de remboursement sont adressées au Centre de Gestion de la Mutuelle D&O à l'adresse suivante :

**Centre de Gestion Mutuelle D&O
28 039 CHARTRES Cedex**

A défaut de télétransmission par des organismes de base de Sécurité sociale, chaque dossier adressé à la mutuelle doit comprendre :

- les originaux des décomptes de règlement de la Sécurité sociale, et dans tous les cas :
 - Les notes d'honoraires et les factures détaillées, acquittées et datées, le cas échéant les devis.
 - En cas de forfait maternité, un extrait d'acte de naissance avec des mentions en marge relatives à la filiation de l'enfant.
 - En cas d'adoption, un extrait d'acte de naissance comportant la mention d'adoption ou dans l'attente du jugement d'adoption, une attestation des services de l'enfance et de la famille du Conseil général du département.
 - En cas de remboursement de frais de soins d'origine accidentelle, toutes pièces justificatives afin en particulier de procéder au recouvrement des sommes réglées par la mutuelle auprès de l'éventuel tiers responsable (copie de procès verbal, attestations de témoins, coupures de journaux...).

Devis et expertise

Qu'ils soient demandés par la mutuelle ou produits spontanément par le participant, les devis feront l'objet d'un examen par un professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques s'appliquant aux praticiens.

La mutuelle peut également missionner tous professionnels de santé pour procéder à une expertise médicale du participant. Dans ce cas, les frais d'honoraires liés à des opérations d'expertise seront à la charge exclusive de la mutuelle.

QUELLES SONT LES INFORMATIONS À COMMUNIQUER AU CENTRE DE GESTION DE LA MUTUELLE D&O

Lors de la demande d'adhésion :

- une photocopie de l'attestation qui accompagnait votre carte vitale, ainsi que celle de chaque bénéficiaire lui-même assuré social,
- un relevé d'identité bancaire ou postal,
- un certificat de radiation délivré par le précédent organisme (le cas échéant),
- un certificat de scolarité pour les enfants âgés de plus de 18 ans (le cas échéant),
- une copie du contrat d'apprentissage (le cas échéant).

Le bulletin d'adhésion, complété, est à renvoyer au Centre de Gestion de la Mutuelle D&O, accompagné de votre autorisation de prélèvement complétée et signée.

En cours d'adhésion :

Vous devez informer la Mutuelle de toute modification de la situation d'un bénéficiaire, tel que le changement de régime obligatoire, le changement de situation familiale, et le changement de domicile d'un bénéficiaire.

Les effets de ces déclarations sur l'adhésion au règlement mutualiste :

Les sanctions prévues par l'article L.221-14 et L.221-15 du Code de la Mutualité s'appliquent en cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle d'élément d'information ayant des répercussions sur les taux ou montant des cotisations ou prestations.

COTISATIONS

Les cotisations sont fixées par le Conseil d'Administration de la mutuelle sur délégation de l'Assemblée Générale au 1er janvier de chaque exercice civil, en fonction de l'évolution générale des dépenses de santé prévue pour l'exercice en cours par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, de l'équilibre général des contrats comportant des garanties de même nature et de l'équilibre global de la mutuelle.

■ Adultes

La cotisation pour chaque bénéficiaire est fixée en fonction de la garantie choisie, du régime de base d'assujettissement, et de l'âge de chaque bénéficiaire à la date d'effet de l'adhésion.

La cotisation due lors de l'affiliation varie en fonction de l'âge atteint. Cet âge est déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance, la cotisation applicable étant celle du tarif de la mutuelle, en vigueur au moment de la transmission de l'échéancier.

■ Enfants

Les enfants à charge du membre participant, de son conjoint ou de son concubin (lié par un PACS ou non), sont garantis sous réserve du paiement d'une cotisation « enfants » :

- jusqu'au 31 décembre de l'exercice au titre duquel, il a cessé de remplir les conditions évoquées au chapitre « Qui peut adhérer ? » ;
- au plus tard, jusqu'au dernier jour du trimestre au cours duquel l'enfant du membre participant a atteint son 26^e anniversaire.

Au-delà de ces limites, la garantie de l'enfant du membre participant pourra être maintenue sous réserve d'une affiliation en tant que membre participant lui-même. La cotisation à partir du 3^e enfant à charge est gratuite.

Indexation des cotisations :

Les taux de cotisation sont réexaminés par la mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiés en fonction de l'équilibre (rapport prestations/cotisations). Le changement de taux doit vous être signifié, par lettre recommandée avec accusé réception, au plus tard deux mois avant la date de prise d'effet.

En cas de non acceptation des taux révisés, vous avez la faculté de mettre fin à votre adhésion avant le prochain renouvellement annuel, cette décision étant assimilée à une dénonciation sans délai de préavis. Le non accomplissement de cette formalité avant le 31 décembre de l'exercice concerné rend applicable de plein droit, à la date prévue, le changement de taux.

Révision des cotisations :

La définition des garanties, la tarification et leurs règles d'application sont fixées compte tenu des dispositions générales et des bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du bulletin d'adhésion. Si ces dispositions venaient à être modifiées, la mutuelle se réserve la possibilité de procéder à une révision du bulletin d'adhésion, à compter, au plus tôt, de la date d'application par la Sécurité sociale des dispositions nouvelles. Vous conservez néanmoins la possibilité de demander, dans les trente jours suivant les propositions de la mutuelle la résiliation du contrat sans délai de préavis. La résiliation prend effet alors le 1^{er} jour du mois civil suivant votre demande ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure au jour précité.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur la base en vigueur avant lesdites modifications.

COMMENT PAYER LES COTISATIONS

Le montant des cotisations est indiqué sur le tarif joint selon la garantie choisie.

Les cotisations sont versées trimestriellement, à terme d'avance, par prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal.

QUELLES SONT LES CONSÉQUENCES DU NON PAIEMENT DE LA COTISATION

En cas de non paiement des cotisations dans le délai de 10 jours suivant la date d'échéance, la mutuelle vous prévient des conséquences du non paiement, c'est à dire la suspension des garanties à la date de fin de la dernière période cotisée. Si 30 jours plus tard, la cotisation n'est toujours pas payée, la mutuelle vous informe par lettre recommandée, de la suspension de la garantie après mise en demeure.

Si dans les 40 jours à compter de la date de la mise en demeure, les cotisations ne sont pas versées, l'adhésion est résiliée.

Cette résiliation ne vous libère pas du paiement des cotisations dues, et la mutuelle se réserve la faculté de procéder à leur recouvrement par toutes voies de droit.

SUBROGATION

La Mutuelle D&O est subrogée dans les droits du Participant ou des bénéficiaires à l'égard du tiers responsable, dans la limite des prestations qu'elle prend en charge.

LIMITATIONS DE GARANTIES ET EXCLUSIONS

Pour des frais relatifs à des actes soumis à entente préalable de la Sécurité Sociale, en l'absence de notification de refus à ces ententes préalables par les services de la Sécurité Sociale, les règlements éventuels de la mutuelle seront effectués après avis de ses praticiens conseils.

Pour les frais relatifs à des actes dont la cotation n'est pas conforme à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels de la Sécurité sociale (NGAP) ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) ou toutes autres nomenclatures venant les remplacer ou les compléter, le remboursement est limité à la cotation définie par cette classification.

On entend généralement par cotation, la lettre clé désignant l'acte pratiqué et le coefficient indiquant la valeur relative de l'acte professionnel.

Pour des frais relatifs à des actes dont les dépassements d'honoraires ne sont pas autorisés par les conventions nationales signées entre les régimes de base et les représentants des praticiens ou dans les cas où ces dépassements ne correspondent pas aux conditions conventionnelles, le remboursement est limité au tarif de base de remboursement.

La mutuelle pourra vous demander de fournir tous devis relatifs, notamment, aux actes et frais dentaires ou d'optique envisagés.

Les exclusions ci-dessous ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge minimale fixée à l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Ne sont pas couverts :

- Les soins antérieurs à la date d'effet des garanties et sous réserve d'application du délai d'attente éventuel.
- Les soins postérieurs à la date de cessation des garanties du fait d'une résiliation ou d'un non-paiement des cotisations.

Au titre des frais engagés avant la date d'effet de la garantie ou après la cessation de celle-ci, la date de prise en considération est, dans tous les cas, celle figurant sur les décomptes du régime de base de Sécurité sociale.

- Les frais déclarés après un délai de 2 ans suivant la date des soins pratiqués.
- Les frais engagés au titre d'une hospitalisation dans des établissements publics ou privés de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers.
- Les frais engagés dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices.
- Les frais de chirurgie esthétique ne donnant pas lieu à une prise en charge par la Sécurité sociale.
- Les accidents et maladies qui sont la conséquence de guerres civiles ou étrangères, de la désintégration directe ou indirecte du noyau atomique.


QUELLES SONT LES OBLIGATIONS "INFORMATIQUE ET LIBERTÉ"

Conformément à la loi informatique et Liberté du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour toute information vous concernant sur les fichiers de la Mutuelle D&O. Vous pourrez à tout moment, si vous le désirez, demander à la Mutuelle D&O l'arrêt des échanges informatiques de données vous concernant.

QUELLE EST LA PROCÉDURE DE RÉCLAMATION ET DE MÉDIATION

Pour tout renseignement concernant les cotisations, les prestations et les prises en charge, vous pouvez contacter le Centre de gestion :

Centre de Gestion Mutuelle D&O
28 039 CHARTRES Cedex

 N° Indigo 0 825 863 863

0,15 € TTC/MN

E-mail : mutuelle-do@groupe-do.fr

Si le désaccord persiste, après la réponse donnée par le centre de gestion, vous pourrez soumettre votre réclamation au médiateur en adressant un dossier complet à l'adresse du siège social de la mutuelle, service du médiateur. Le médiateur rend un avis motivé dans un délai maximum de 6 mois.

QUELLE EST LA PRESCRIPTION APPLICABLE

Les garanties se prescrivent par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance ou des circonstances entraînant l'application des garanties.

Ce délai ne court, 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.

QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION


- ① **Compléter et signer** le bulletin d'adhésion, comportant des indications relatives aux personnes à assurer et aux garanties souhaitées ainsi que la partie relative à l'autorisation de prélèvement automatique.
- ② **Renvoyez** votre bulletin d'adhésion à l'adresse ci-dessous :

**Centre de Gestion Mutuelle D&O
28 039 CHARTRES Cedex**

Lorsque votre adhésion aura été enregistrée, vous recevrez un certificat d'adhésion accompagné de la convention assistance, d'un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste.

LES COORDONNÉES DE LA MUTUELLE D&O

**Centre de Gestion Mutuelle D&O
28 039 CHARTRES cedex**

 **N° Indigo 0 825 863 863**

0,15 € TTC/MN

E-mail : mutuelle-do@groupe-do.fr