



Santé

Contrat collectif obligatoire des **Fonctionnaires**
et **Agents contractuels de droit public**

Brochure d'information Cadres

1^{er} janvier 2012



LA POSTE



La Mutuelle Générale, la sécurité d'une grande mutuelle

Troisième mutuelle française, La Mutuelle Générale garantit 945 000 adhérents et protège plus de 1,3 million de personnes.

Spécialiste de la protection complémentaire collective en entreprise, elle s'est forgée une solide expérience dans le domaine de la santé.

Bienvenue

La Poste poursuit sa modernisation en préservant son modèle de développement responsable fondé sur la qualité de l'emploi, l'égalité des chances et la prise en compte de la santé des personnes.

La loi adoptée le 9 février 2010, portant réforme du statut de La Poste, a ouvert la possibilité d'instaurer un régime collectif de frais de santé au profit des fonctionnaires de La Poste.

L'accord social signé le 7 juillet 2011 par CFDT, CFTC, CGC, FO et SUD a permis de concrétiser cette possibilité dans un régime Santé offrant à tous les fonctionnaires et agents contractuels de droit public une couverture santé de qualité à un coût très compétitif. C'est le fruit d'une ambition portée de longue date et une réelle avancée sociale.

Ce nouveau contrat collectif obligatoire, mis en place à partir du 1^{er} janvier 2012, sera assuré par La Mutuelle Générale, un partenaire retenu après une mise en concurrence et avec lequel La Poste a développé depuis de nombreuses années une relation de confiance.

Je souhaite que ce nouveau contrat collectif Santé réponde à vos attentes et besoins. Il vous permettra de bénéficier d'une formule « personnalisable » puisque vous pourrez choisir de souscrire deux niveaux de garanties facultatives à des tarifs attractifs.

Avec une participation de La Poste en moyenne de 60 % de la cotisation pour les employés et de 50 % pour les cadres, vous bénéficiez, ainsi que votre famille, d'une garantie santé d'excellent niveau à un tarif très avantageux.

Georges LEFEBVRE
*Délégué Général,
Directeur des ressources humaines
et des relations sociales
du groupe La Poste*



MODALITÉS PRATIQUES	7
LE CONTRAT FRAIS DE SANTÉ	8
VOTRE BROCHURE D'INFORMATION	8
GUIDE DE L'AFFILIATION	9
Votre affiliation	9
Vous souhaitez renoncer au régime complémentaire Santé	10
Vous souhaitez signaler un changement de situation	10
GUIDE DES PRESTATIONS SANTÉ	12
Vous souhaitez obtenir une prise en charge hospitalière	12
Vous souhaitez connaître le niveau de prise en charge pour des soins dentaires ou pour des dépenses d'optique	12
Vous souhaitez connaître les pièces à joindre à vos demandes de remboursement	12
LES SERVICES PROPOSÉS PAR LA MUTUELLE GÉNÉRALE	14
La télétransmission "Noémie"	14
Le Tiers Payant	14
L'accès à près de 2 000 établissements mutualistes, médicaux et paramédicaux en France	14
NOTICE D'INFORMATION	15
Régime Frais de Santé	15
LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES	16
Quel est l'objet du Contrat Santé ?	16
Qui est affilié au Contrat ?	16
Conditions d'affiliation aux garanties de base obligatoires	16
Modalités d'adhésion, de changement de niveau et de résiliation d'une option	17
Qui sont les bénéficiaires du Contrat ?	18
LES GARANTIES	19
Quelles sont les garanties accordées par le Contrat ?	19
Les prestations de Prévention	19
Quelle est la prise d'effet de vos garanties ?	19
Quel est le niveau de vos prestations ?	19
Comment lire vos tableaux de prestations ?	20
Des précisions complémentaires pour faciliter votre lecture	20

Tableaux des prestations	20
• Honoraires - soins de ville	20
• Produits pharmaceutiques et fournitures	22
• Dentaire	23
• Optique	24
• Cure thermale	25
• Hospitalisation	25
Quelles sont les exclusions générales ?	26
Quelle est la limite des remboursements ?	27
Dans quels cas vos garanties sont-elles suspendues ?	27
Quand les garanties prennent-elle fin ?	27
Que se passe-t-il si l'un de vos ayants droit n'est plus à charge ?	28
Le maintien des garanties	28
LES COTISATIONS	29
Quelles sont les modalités de paiement de votre cotisation ?	29
Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ?	29
LES AUTRES DISPOSITIONS	30
Quel est le délai de Prescription ?	30
Subrogation	30
Contrôle médical	30
Autorité de contrôle	30
Informatique et libertés	30
MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE FONCTION POUR MOTIF FAMILIAL OU DE FORMATION .	31
Conditions requises pour l'accès au maintien des garanties	31
Quelles sont les modalités de souscription du maintien des garanties ?	31
Quelles sont la prise d'effet et la durée du maintien des garanties ?	31
Quand le maintien des garanties prend-il fin ?	31
Sommes brutes perçues servant de base au calcul des cotisations	32
Quelles sont les modalités de paiement de votre cotisation ?	32
Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ?	32

MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (A.N.I.) ..	32
Comment renoncer au maintien des garanties ?	32
Conditions requises pour l'accès au maintien des garanties	32
Quelles sont la prise d'effet et la durée du maintien ?	33
Quand le maintien des garanties prend-il fin ?	33
Quelles sont vos obligations ?	33
Sommes brutes perçues servant de base au calcul des cotisations	32
Quelles sont les modalités de paiement de votre cotisation ?	33
Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ?	34
Que se passe-t-il en cas de non admission à l'indemnisation chômage vis-à-vis du maintien des garanties et du paiement des cotisations ?	34
ASSISTANCE À DOMICILE	35
FAITS GÉNÉRATEURS	36
Définitions	36
DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES	36
Mise en œuvre des garanties	36
Informations	37
Réclamations / médiation	37
GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE	37
Aide à domicile	37
Aide à la naissance	38
Garde des enfants	38
École à domicile	39
Garde des ascendants	39
Aide aux aidants	39
Billet de visite d'un proche	40
Location de téléviseur	40
Garde des animaux de compagnie	40
DISPOSITIONS PARTICULIÈRES	41
Exclusions générales	41
Circonstances exceptionnelles	41
LIGNE CLAIRE	42
Un centre d'appels dédié à votre santé	43

Modalités Pratiques

- le contrat Frais de Santé
- pour votre affiliation
- lors d'un changement de situation
- pour une prise en charge...

LE CONTRAT FRAIS DE SANTÉ

Le Contrat de Frais de Santé des fonctionnaires et agents contractuels de droit public de La Poste est un Contrat d'assurance collective à adhésion obligatoire, défini dans l'accord collectif d'entreprise conclu le 7 juillet 2011 au sein de La Poste.

Le Contrat est souscrit par La Poste auprès de :
La Mutuelle Générale, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le n° 775 685 340, dont le siège social est sis 6, rue Vandrezanne 75634 PARIS CEDEX 13.

Cette brochure d'information définit la nature et le fonctionnement des garanties du Régime de Frais de Santé du collège « Cadre ».

Elle rappelle les dispositions du Code de la mutualité qui régissent la vie du Contrat de Frais de Santé et en particulier vos droits et vos obligations.

Votre complémentaire Santé s'inscrit dans le cadre d'un Contrat « responsable » tel que défini par la Réforme de l'Assurance Maladie (Article 57 de la Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et ses Décrets d'application). Elle ne peut notamment rembourser la part des dépenses laissée à la charge de l'agent que dans le cadre des dispositions prévues par ces textes.

Le Contrat responsable a pour objectif de favoriser une meilleure maîtrise des dépenses de Santé, et pour cela, doit préconiser le suivi du parcours de soins.

Dans le cadre de la présente brochure, lorsqu'il est fait référence au « Contrat », il s'agit du Contrat de Frais de Santé à adhésion obligatoire souscrit auprès de La Mutuelle Générale par La Poste, et applicable à ses fonctionnaires et agents contractuels de droit public.

VOTRE BROCHURE D'INFORMATION

Tous les documents dont vous avez besoin pour initialiser votre affiliation auprès de La Mutuelle Générale sont joints à la brochure d'information qui vient de vous être remise.

1. La brochure d'information

1^{re} partie : les modalités pratiques

Vous trouverez dans cette première partie des informations pratiques liées à votre affiliation et à la vie du Contrat (démarches à effectuer lors de l'affiliation, changement de situation, informations diverses sur les garanties etc.).

2^e partie : la notice d'information

Vous trouverez dans cette seconde partie une description des prestations dont vous bénéficiez au titre de votre Contrat collectif.

- **Frais de Santé** : cette partie décrit les prestations dont vous bénéficiez dans le cadre de votre couverture Frais de Santé et notamment les niveaux de remboursement du Contrat avec des exemples pratiques.
- **Assistance à domicile** : cette partie décrit l'assistance à domicile dont vous pouvez bénéficier en cas d'accident corporel ou de maladie nécessitant une hospitalisation d'urgence ou une immobilisation imprévue pour l'un des assurés.
- **Ligne claire** : cette partie décrit les services du centre d'appels dédié à votre santé qui délivre des informations et conseils en matière de santé et de démarches sociales.

2. Le bulletin d'affiliation

Vous devez remplir obligatoirement ce document afin d'enregistrer votre affiliation et celle de tous vos ayants droit à charge au Régime Santé sur le niveau de garanties choisi, (pour plus de détails sur son utilisation, voir le paragraphe « Votre affiliation »).

3. La lettre de résiliation et l'attestation employeur

Ces deux documents servent à faciliter vos démarches de résiliation d'éventuels Contrats Santé actuellement en cours chez des assureurs autres que La Mutuelle Générale.

Si vous êtes actuellement assuré auprès de La Mutuelle Générale, vous n'avez aucune démarche à effectuer : la résiliation de votre contrat santé s'effectuera automatiquement.

Si vous êtes assuré auprès d'une autre mutuelle ou assurance et si vous partez à la retraite dans les prochains mois, renseignez-vous sur vos possibilités de retour dans cette assurance avant d'utiliser ces deux documents.

Si votre assurance actuelle présente des garanties prévoyance (incapacité-invalidité-décès) indissociables de la garantie santé, vérifiez préalablement auprès de votre assureur actuel (autre que La Mutuelle Générale) que la résiliation de votre contrat santé ne vous fera pas perdre le bénéfice de ces garanties.

À présent, nous vous invitons à prendre connaissance des modalités pratiques de votre affiliation, au paragraphe « Votre affiliation » ci-contre, et à **retourner sous dix jours** les documents nécessaires à La Mutuelle Générale dans **l'enveloppe retour jointe**.

Si vous avez des questions complémentaires, nous sommes à votre service au :

N° Vert 0 800 270 270

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

GUIDE DE L’AFFILIATION

Votre affiliation

Afin d’assurer dans les meilleurs délais l’enregistrement de votre affiliation et celle de vos ayants droit éventuels au Contrat collectif Santé, nous vous invitons à retourner à La Mutuelle Générale le bulletin d’affiliation joint et les documents demandés dans les **dix jours** suivant la réception de la brochure d’information.

Le bulletin d’affiliation

1. Renseignements

Complétez ce premier encadré en indiquant les renseignements vous concernant : vos coordonnées, votre situation familiale, votre numéro de Sécurité sociale et votre identifiant RH La Poste figurant sur votre bulletin de paie (en haut à gauche).

2. Ayants droit à charge

Avez-vous des personnes à charge ?

- Si non : vous n’avez pas à compléter cette rubrique.
- Si oui :
Vous devez déclarer au titre d’ayant droit au Contrat collectif La Poste toutes les personnes à votre charge sociale, c’est-à-dire inscrites sur votre attestation Vitale. Pour connaître les personnes à votre charge sociale, vous pouvez lire votre carte Vitale auprès d’une borne disponible chez la plupart des pharmaciens ou établissements de santé (centres de santé, laboratoires d’analyses médicales) ou contacter votre section locale (ou agence) de La Mutuelle Générale. Vos enfants jusqu’à 20 ans, poursuivant leurs études et inscrits à la Sécurité sociale des étudiants, ne sont plus présents sur votre carte Vitale. Ils sont tout de même à déclarer, s’ils ont figuré sur votre attestation Vitale avant le début de leurs études supérieures.

Vous pouvez également déclarer au titre d’ayant droit votre conjoint en période de chômage non indemnisé et non à charge sociale. (Celui-ci a alors sa propre attestation Vitale).

Pour plus de détails, merci de vous référer au paragraphe « Qui sont les bénéficiaires du Contrat ? », dans la partie Frais de Santé de la notice (page 18).

Joignez les pièces justificatives nécessaires à votre affiliation

1. Pour vous-même, dans tous les cas :

- Une copie de votre attestation Vitale à jour est nécessaire. Votre centre de Sécurité sociale est la section locale ou agence de La Mutuelle Générale, il vous suffit de cocher sur le bulletin d’affiliation la case autorisant La Mutuelle Générale à éditer votre attestation Vitale. Si vous ne le faites pas, vous devez

obtenir auprès de votre section locale ou agence, l’attestation Vitale et la joindre à votre dossier d’affiliation.

Important !

Cette attestation doit refléter votre situation familiale actuelle.

- Si le compte bancaire sur lequel vous voulez que La Mutuelle Générale verse vos remboursements santé n’est pas celui où La Poste crédite votre rémunération : merci de joindre un Relevé d’identité bancaire (RIB) correspondant à ce compte.

2. Pour vos ayants droit

Concubin ou Pacsé à charge sociale :

- Une attestation sur l’honneur et un justificatif d’adresse commune pour le concubin ou la copie du contrat de PACS pour les personnes Pacsées.

Conjoint en période de chômage non indemnisé et non rattaché au N° de Sécurité sociale de l’assuré :

- Un justificatif de fin de droit d’indemnisation du Pôle emploi.
- La copie de son attestation Vitale.

Pour les enfants âgés de 18 ans à 20 ans :

- poursuivant leurs études supérieures, ayant figuré avant sur votre attestation Vitale et bénéficiant de la Sécurité sociale des étudiants, **joindre un certificat de scolarité.**

Pour les enfants à charge sociale âgés de plus de 20 ans et de moins de 26 ans et selon le cas :

- poursuivant leurs études supérieures et ne bénéficiant pas de la Sécurité sociale des étudiants, **joindre un certificat de scolarité,**
- en apprentissage (ou assimilé) et percevant une rémunération inférieure à 70 % du SMIC mensuel, **joindre une copie du contrat et du dernier bulletin de salaire,**
- à la recherche d’un premier emploi et inscrits au Pôle emploi, **joindre un justificatif d’inscription au Pôle emploi.**

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu’au dernier jour du mois de leur 26^e anniversaire.

Pour les enfants handicapés à charge sociale :

- Sans limite d’âge, lorsque l’enfant est reconnu, avant l’âge de 21 ans, atteint d’un handicap ou d’une maladie grave le mettant dans l’impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice, **joindre une pièce justificative du handicap.**

Pour les ascendants et / ou collatéraux à charge sociale et fiscale :

- La photocopie de votre dernier avis d’imposition et de votre dernière déclaration de revenus.

Dispositions spécifiques au DOM de Mayotte

Votre centre de Sécurité sociale est la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM), vous référer au paragraphe « Qui sont les bénéficiaires du Contrat ? », dans la partie Frais de Santé de la notice (page 18).

Choisissez le niveau de garanties

Deux options facultatives (Option 1 ou Option 2) vous sont proposées à la date de votre affiliation, pour vous et vos ayants droit à charge. Les niveaux de garanties de ces options incluent ceux des garanties de base obligatoires.

À défaut de choix exprimé à la date de votre affiliation, les garanties de base seront seules appliquées. Tout choix d'option ultérieur reste possible, sous réserve de respecter les conditions prévues au paragraphe « Modalités d'adhésion, de changement de niveau et de résiliation d'une option » dans la partie Frais de Santé de la notice (page 17).

Envoyez votre dossier

Envoyez votre dossier complet à l'adresse indiquée ci-dessous, à l'aide de l'enveloppe retour remise avec votre brochure d'information.

Pour toute correspondance :

LA MUTUELLE GÉNÉRALE
Centre de Gestion CCFP
N° TSA 90255
94281 LE KREMLIN BICETRE CEDEX

Votre carte de Tiers Payant

Vous recevrez votre carte de Tiers Payant à votre domicile dans les 15 jours qui précèdent votre affiliation au Régime.

À quoi sert votre carte de Tiers Payant ?

Elle vous permet de bénéficier du Tiers Payant, auprès des professionnels de Santé (pharmacien, médecin, etc.) qui le pratiquent avec l'opérateur ALMERYS, pour les dépenses suivantes :

- pharmacie,
- actes de laboratoires et de radiologie,
- optique.

En cas de perte, ou de vol, de votre carte de Tiers Payant :

il convient d'informer La Mutuelle Générale par téléphone au **N° Vert 0 800 270 270** afin d'obtenir une nouvelle carte.

Vous souhaitez renoncer au régime complémentaire Santé

Les assurés bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU), pour la durée de leur prise en charge au titre de la CMU, ont la possibilité de renoncer au régime complémentaire Santé. Les assurés bénéficiant du régime CMU à la date de leur affiliation doivent formuler leur demande de renonciation au régime complémentaire Santé par courrier à La Mutuelle Générale. Ils doivent mentionner dans ce courrier qu'ils autorisent La Mutuelle Générale à éditer une copie de l'attestation de droit CMU. La Mutuelle Générale prendra en charge l'instruction du dossier. La demande doit être effectuée au plus tard dans les 15 jours qui précèdent la date d'affiliation au Contrat.

Vous souhaitez signaler un changement de situation

Vous changez de situation familiale

Si votre changement de situation familiale entraîne un ajout ou un retrait d'ayant droit sur votre attestation Vitale, vous devez :

adresser à La Mutuelle Générale dès réception un bulletin d'affiliation complété.

Le bulletin d'affiliation vous permet de :

- ajouter un nouvel ayant droit à charge (naissance ...) ;
- notifier les modifications portant sur vos ayants droit déclarés (par exemple, enfant de 20 ans poursuivant des études, concubin devenu conjoint, etc.) ;
- demander la résiliation des ayants droit ne figurant plus sur votre attestation Vitale ou ne remplissant plus les conditions du Contrat (par exemple, enfant de plus de 20 ans ne poursuivant plus d'études, séparation du concubin ou divorce, etc.).

Vous pouvez vous procurer le bulletin d'affiliation auprès de La Mutuelle Générale au **N° Vert 0 800 270 270**

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00.

N'oubliez pas de joindre en plus les pièces justificatives mentionnées au paragraphe « Joignez les pièces justificatives nécessaires à votre affiliation », à la rubrique « affiliation ».

Vous êtes tenu d'informer La Mutuelle Générale de toute modification dans les 30 jours à partir du moment où vous en avez connaissance.

Vous changez de statut (employé - cadre)

Vous n'avez rien à faire. Votre employeur prend en charge l'instruction du changement de statut auprès de La Mutuelle Générale. L'augmentation du niveau de garanties au titre des garanties de base obligatoires est

également automatique et interviendra au 1^{er} jour du mois qui suit la notification à La Mutuelle Générale par votre employeur.

Vous souhaitez souscrire, résilier une option ou changer de niveau

Merci de vous référer au paragraphe « Modalités d'adhésion, de changement de niveau et de résiliation d'une option », dans la partie Frais de Santé de la notice (page 17) pour prendre connaissance des conditions du Contrat.

Pour exprimer votre choix de souscrire une option ou votre demande de changement de niveau d'option, au-delà de la date de votre affiliation et dans le respect des conditions du Contrat, vous devez avant le 31 octobre :

- adresser en recommandé à La Mutuelle Générale, dès réception, un bulletin modificatif complété.

Pour exprimer votre demande de résiliation d'option au-delà de la date de votre affiliation, dans le respect des conditions du Contrat, vous devez avant le 31 octobre :

- adresser en recommandé à La Mutuelle Générale une lettre de résiliation indiquant votre souhait de résilier votre option avec vos nom, prénom et le numéro de votre adhésion (mentionné sur votre carte de Tiers Payant),

Votre demande intervient en cours d'année, dans le respect des conditions du Contrat et au plus tard dans les six mois d'un changement de situation de famille ou professionnelle. En plus des formalités décrites ci-dessus, vous devez joindre, selon le cas :

- naissance ou adoption d'un enfant à votre charge : un extrait d'acte de naissance (avec mentions marginales) ou copie du jugement d'adoption plénière,
- mariage ou divorce (ou séparation de corps) : copie de l'acte de mariage ou du jugement de divorce (ou séparation de corps),
- début ou fin de Pacte Civil de Solidarité (PACS) : copie du contrat de PACS ou de la dissolution du PACS,
- décès de l'un des ayants droit : copie du certificat de décès,
- changement de statut (employé à cadre) ; changement de grade à l'intérieur d'un collège ; passage de l'agent d'un emploi à temps plein à un emploi à temps partiel, ou inversement ; changement de quotité de travail ou d'horaire contractuel de 25 % et plus pour un agent à temps partiel : copie de la notification de votre service des Ressources Humaines,
- surendettement : copie du plan conventionnel de redressement établi par la commission de surendettement,
- invalidité de 2^e ou 3^e catégorie permanente pour un agent contractuel de droit public ou temporaire pour un fonctionnaire : copie de la notification de mise en invalidité ou de concession de l'allocation temporaire d'invalidité,
- période de chômage du conjoint : un justificatif d'indemnisation du Pôle emploi.

Vous changez d'adresse

Vous devez faire connaître votre nouvelle adresse par écrit :

1. à votre service Ressources Humaines,
2. à La Mutuelle Générale (coordonnées sur la dernière page de cette brochure).

Vous changez de coordonnées bancaires

Si votre nouveau compte est commun au virement de votre traitement et de vos remboursements Frais de Santé :

vous devez adresser rapidement un courrier à votre service Ressources Humaines et à La Mutuelle Générale en y joignant votre nouveau RIB, vos nom, prénom et le numéro de votre adhésion (mentionné sur votre carte de Tiers Payant).

Si votre nouveau compte n'est utilisé que pour vos remboursements Frais de Santé :

vous devez adresser un courrier à La Mutuelle Générale en y joignant votre nouveau RIB, vos nom, prénom et le numéro de votre adhésion (mentionné sur votre carte de Tiers Payant).

Votre centre de Sécurité sociale est La Mutuelle Générale

Vous êtes affilié au Régime Obligatoire de la Sécurité sociale auprès de La Mutuelle Générale.

Vous disposez d'un contact et d'une adresse unique pour toutes vos démarches, qu'elles concernent votre régime obligatoire de Sécurité sociale ou votre Contrat collectif Santé.

LA MUTUELLE GÉNÉRALE
Centre de Gestion CCFP
N° TSA 90255
94281 LE KREMLIN BICÊTRE CEDEX

Vous pouvez nous joindre au :

N° Vert 0 800 270 270
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Dispositions spécifiques au DOM de Mayotte :

Votre centre de Sécurité sociale reste la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM).

GUIDE DES PRESTATIONS SANTÉ

À partir de quelle date débute la prise en charge de mes dépenses de Santé ?

Vos dépenses de Santé sont prises en charge si la date de soins est égale ou postérieure à la date de prise d'effet de vos garanties.

Exemples :

- **Pharmacie** : vos dépenses en Pharmacie seront prises en charge au titre du Contrat si la date à laquelle vos médicaments ont été prescrits (date figurant sur l'ordonnance que ce soit en cas de première délivrance ou de renouvellement) est égale ou postérieure à la date de prise d'effet de vos garanties Frais de Santé.
- **Hospitalisation** : vos dépenses en cas d'hospitalisation seront prises en charge au titre du Contrat si la date de début de votre hospitalisation est égale ou postérieure à la date de prise d'effet de vos garanties Frais de Santé.

Vous souhaitez obtenir une prise en charge hospitalière

L'opérateur de Tiers Payant ALMERYS délivre si nécessaire une prise en charge qui garantit le paiement des frais médicaux et chirurgicaux et du forfait hospitalier laissé à votre charge, dans la limite des garanties complémentaires « Frais de Santé » du Contrat.

Vous pouvez contacter La Mutuelle Générale au



du lundi au vendredi de 8h à 20h, et de préférence avant la date prévue de votre hospitalisation (ou de l'hospitalisation de l'un de vos ayants droit) pour obtenir une prise en charge hospitalière.

Vous pouvez également, dès le 1^{er} jour de votre hospitalisation, demander à l'établissement hospitalier de fournir à ALMERYS (coordonnées figurant sur votre carte de Tiers Payant), les informations suivantes, et de préférence avant la date prévue de votre hospitalisation (ou de l'hospitalisation de l'un de vos ayants droit) :

- la raison sociale, numéro FINESS et fax de l'établissement,
- votre numéro de Sécurité sociale,
- les nom et prénom du bénéficiaire des soins ou de l'intervention,
- le numéro de Sécurité sociale du bénéficiaire s'il est différent du vôtre,
- la date d'entrée prévue pour l'hospitalisation ou l'intervention,
- le type d'hospitalisation (médecine, chirurgie, maternité...).

Vous souhaitez connaître le niveau de prise en charge pour des soins dentaires ou pour des dépenses d'optique

Pour connaître le niveau de prise en charge, vous pouvez communiquer le devis établi par le praticien à La Mutuelle Générale par courrier, par fax ou par téléphone.

Important ! Si vous souhaitez connaître le niveau de prise en charge par téléphone, il vous sera demandé de fournir les informations suivantes :

1. **prise en charge dentaire** : le numéro de la dent (pour les prothèses dentaires),
2. **prise en charge optique** : le degré de correction des yeux et le type de verres (simples, moyens, complexes ou hypercomplexes).

Vous pouvez également contacter le centre d'appels présenté dans la partie « Ligne Claire » de la notice pour analyser le devis établi par le praticien.

Vous souhaitez connaître les pièces à joindre à vos demandes de remboursement

En tant que fonctionnaire ou agent contractuel de droit public, vous bénéficiez des échanges automatiques ou télétransmission avec la Sécurité Sociale.

Vos feuilles de soins et les éventuelles pièces justificatives (listées ci-après) sont à envoyer à l'adresse unique : LA MUTUELLE GÉNÉRALE Centre de Gestion CCFP N° TSA 90255 94281 LE KREMLIN BICÊTRE CEDEX

Attention ! Si le Professionnel de Santé (pharmacien, médecin, etc.) pratique le Tiers Payant uniquement pour le Régime Obligatoire (partie remboursée par la Sécurité sociale), vous devez envoyer une facture subrogatoire (à demander au Professionnel de Santé concerné) à La Mutuelle Générale pour être remboursé de vos soins.

Cas particulier pour le DOM de Mayotte

Vos feuilles de soins sont à adresser à la CSSM. La CSSM ne pratique pas les échanges automatiques (télétransmission). Vous devez joindre à vos demandes de remboursement vos décomptes de remboursement de la CSSM et les éventuelles pièces justificatives (listées ci-après).

Pièces à joindre à vos demandes de remboursement :

Prestations	Cas général vous bénéficiez des échanges automatiques (télétransmission) avec la Sécurité sociale	Cas particulier vous ne bénéficiez pas des échanges automatiques (télétransmission) avec la Sécurité sociale
	Pièces à fournir	Pièces à fournir
Actes médicaux courants		
Consultations et visites (Généralistes, Spécialistes)	Aucune pièce *	Décompte de la Sécurité sociale
Actes techniques médicaux et d'imagerie		
Honoraires auxiliaires médicaux		
Examens de laboratoire et prélèvements		
Examens des sages femmes		
Transport et déplacement		
Produits pharmaceutiques et fournitures		
Pharmacie	Aucune pièce *	Décompte de la Sécurité sociale
Acoustique		
Orthopédie		
Petit appareillage		
Grand appareillage		
Prothèses mammaires	1. Si accord du centre de Sécurité sociale : aucune pièce *	
Prothèses capillaires	2. Si refus : Facture acquittée et détaillée	
Contraceptif oral non remboursé par la Sécurité sociale	Facture acquittée et détaillée	
Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale	Décompte de la Sécurité sociale + factures acquittées des deuxième et troisième mois de sevrage	
Hospitalisation		
Frais de séjour	Facture acquittée et détaillée * + formulaire d'Attestation Médicale Complémentaire (AMC) délivré par l'établissement traitant lors de la sortie	
Chambre particulière		
Forfait journalier		
Service psychiatrie		
Accompagnement		
Honoraires des praticiens		
Dentaire		
Soins dentaires	Aucune pièce *	Décompte de la Sécurité sociale
Prothèses fixes ou mobiles	Facture acquittée et détaillée * précisant le numéro de dent concernée	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée précisant le numéro de dent concernée
Orthodontie	1. Si accord du centre de Sécurité sociale : aucune pièce * 2. Si refus : Facture acquittée et détaillée	
Optique		
Monture et verres	Facture acquittée et détaillée * précisant la référence des verres	Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée précisant la référence des verres
Lentilles prises en charge par la Sécurité sociale	Aucune pièce *	Décompte de la Sécurité sociale
Lentilles non prises en charge par la Sécurité sociale	Facture acquittée et détaillée	
Prothèses oculaires	Aucune pièce *	Décompte de la Sécurité sociale
Chirurgie réfractive	Facture acquittée et détaillée	
Cure thermique		
Établissement thermal	Aucune pièce *	Décompte de la Sécurité sociale
Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale		Décompte de la Sécurité sociale + facture acquittée et détaillée
Actes de prévention		
Nutrition	Facture acquittée et détaillée	
Ostéopathie		
Parodontologie		

(*) Votre centre de Sécurité sociale est La Mutuelle Générale : joindre en plus votre feuille de soins complétée et signée, si elle vous a été délivrée par le professionnel de santé.

La durée de validité des feuilles de soins, des décomptes et des factures est de deux ans à compter de la date des soins. Passé ce délai, aucun remboursement ne pourra être effectué.

LES SERVICES PROPOSÉS PAR LA MUTUELLE GÉNÉRALE

La télétransmission

Les fonctionnaires et agents contractuels de droit public sont automatiquement dispensés de l'envoi des décomptes de Sécurité sociale. Les ayants droit non gérés par La Mutuelle Générale pour leur régime de Sécurité sociale (conjoint en période de chômage ou enfant relevant de la Sécurité sociale étudiante) doivent transmettre leur feuille de soins à leur centre de Sécurité sociale. Celui-ci rembourse les prestations puis transmet informatiquement au centre de gestion de La Mutuelle Générale le montant de son remboursement.

Cette information est indiquée sur les décomptes envoyés par le centre de Sécurité sociale et reçus par l'ayant droit, avec la mention « un double est transmis à votre Mutuelle ».

Vous n'avez donc pas à transmettre à La Mutuelle Générale les décomptes du centre de Sécurité sociale de vos ayants droit, sauf si ces derniers ne bénéficient pas de la télétransmission.

Le Tiers Payant

Le Tiers Payant dispense l'adhérent de faire l'avance de certains Frais de Santé : la pharmacie, le laboratoire, la radiologie et l'optique.

Afin de bénéficier du Tiers Payant, quels que soient les soins cités ci-dessus, présentez votre **carte de Tiers Payant** au professionnel de Santé concerné.

Si vous réglez au professionnel de Santé une partie des soins, vous devez réclamer un justificatif de paiement et l'adresser à La Mutuelle Générale pour remboursement.

Tous les professionnels de Santé (pharmacien, médecin, etc.) sont libres de dispenser ou non le Tiers Payant aux Assurés de La Mutuelle Générale.

La liste des professionnels de Santé pratiquant le Tiers Payant est consultable sur le site www.lamutuellegenerale.fr

Vous disposez d'un module de géolocalisation pour vous aider à trouver, à proximité, un praticien ayant signé une convention de Tiers Payant avec Almerlys.

Connectez-vous au site Internet de La Mutuelle Générale et cliquez sur le bouton « Géolocalisation tiers payant » dans l'espace adhérents. S'il s'agit d'une première connection au module, cliquez sur « première visite » afin que l'identifiant utilisateur et le mot de passe vous soient communiqués par mail. Sur la page de recherche, saisissez l'adresse à prendre en compte et la spécialité qui vous intéresse. Un choix de plusieurs adresses vous sera fourni par spécialité de la plus proche à la plus éloignée.

Dispositions spécifiques au DOM de Mayotte

La CSSM ne pratique pas les échanges automatiques, en conséquence vous ne pouvez bénéficier, ni de la télétransmission, ni du tiers payant.

L'accès à près de 2 000 établissements mutualistes, médicaux et paramédicaux en France

- Centres optiques
- Centres dentaires
- Centres d'audioprothèses
- Centres de soins médicaux et infirmiers
- Établissements et services pour personnes handicapées
- Pharmacies
- Laboratoires de prothèses dentaires

La liste des centres mutualistes est consultable sur le site www.lamutuellegenerale.fr

- Connectez-vous à votre profil, dans l'espace adhérents du site de La Mutuelle Générale.
- Cliquez sur le bloc « 2 000 établissements mutualistes » à droite de l'écran.

L'espace adhérents : un portail sécurisé et personnalisé

Il est accessible sur le site www.lamutuellegenerale.fr

- La rubrique « mes décomptes » offre en temps réel le service de consultation des remboursements des décomptes santé (présenté dans le chapitre décomptes).
- La rubrique « mon compte » permet de consulter vos données personnelles et les coordonnées complètes de votre Centre de gestion.
- La rubrique « mon contrat » permet de consulter ou télécharger les conditions particulières, notices d'information et visualiser le détail des garanties.
- La rubrique « documentation » permet la mise à disposition de documents à télécharger.
- La rubrique « informations et liens utiles » vous oriente vers des sites de santé (assurance maladie, croix rouge française, institut national de la prévention et d'éducation pour la santé).
- La rubrique « contact » rappelle le N° Vert mis à votre disposition.
- La rubrique « mes services » rappelle les services inclus dans le contrat (tiers payant, prêts et cautions, assistance à domicile,...).

NOTICE D'INFORMATION

Régime Frais de Santé

- Pharmacie
- Dentaire
- Optique
- Hospitalisation...

LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Quel est l'objet du Contrat Frais de Santé ?

Le Contrat Frais de Santé des fonctionnaires et agents contractuels de droit public de La Poste offre des garanties Santé destinées à protéger les fonctionnaires et agents contractuels de droit public de La Poste contre les risques maladie, maternité et accident.

Le Contrat se compose d'une part, de garanties de base obligatoires, et d'autre part de deux Options facultatives, au choix de l'agent.

Le choix du niveau doit être effectué au plus tard le 1^{er} janvier 2012 pour ceux présents à l'effectif et avant la date d'affiliation pour ceux réintégrant ou intégrant l'effectif au-delà du 1^{er} janvier 2012. À défaut de choix exprimé à ces dates, les garanties de base obligatoires seront seules appliquées, en dehors des possibilités de choix d'option prévus au paragraphe « Modalités d'adhésion, de changement de niveau et de résiliation d'une option » de la présente notice d'information.

La Mutuelle Générale assure au titre du Contrat, le remboursement de vos dépenses de soins, en complément des prestations en nature de l'assurance maladie ou de l'assurance maternité.

Qui est affilié au Contrat ?

L'affiliation est obligatoire pour l'ensemble des fonctionnaires et agents contractuels de droit public présents à l'effectif et se trouvant dans l'une des positions suivantes :

- **Agents fonctionnaires :**
 - En position d'activité,
 - En absence pour raisons médicales (Congé Ordinaire de Maladie, Congé de Longue Durée, Congé de Longue Maladie, Congé d'accident de service) ou mis en disponibilité d'office pour maladie, avec prestations en espèces de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale servies par l'employeur,
 - En formation rémunérée,
 - En tous autres motifs d'absence donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (Congé de maternité ou d'adoption, période d'instruction militaire obligatoire).
- **Agents contractuels de droit public :**
 - En position d'activité,
 - En absence pour raisons médicales (Congé de Maladie, Congé de grave maladie, Congé pour Accident du Travail ou Maladie professionnelle, Congé sans traitement pour maladie),
 - En formation rémunérée,
 - En tous autres motifs d'absence donnant lieu à un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur (Congé de maternité ou d'adoption, période d'instruction militaire obligatoire).

L'affiliation des fonctionnaires et agents contractuels de droit public au Contrat leur confère la qualité de « Membre Participant » de La Mutuelle Générale.

Conditions d'affiliation aux garanties de base obligatoires

Tous les fonctionnaires et agents contractuels de droit public présents à l'effectif au 1^{er} janvier 2012 doivent remplir une condition de trois mois d'ancienneté continue à La Poste.

L'affiliation sera effective dès le premier jour du mois suivant la date à laquelle l'agent justifie de trois mois d'ancienneté continue.

En conséquence, les agents présents à l'effectif de La Poste à la date de prise d'effet du Contrat et remplissant la condition d'ancienneté requise, seront couverts à cette même date, ainsi que leurs ayants droit à charge au sens de la Sécurité sociale.

Les fonctionnaires en détachement entrant seront affiliés au Contrat au premier jour du mois suivant celui au cours duquel ils auront acquis trois mois d'ancienneté continue.

Les fonctionnaires en réintégration après une période de disponibilité, autre que pour raisons médicales, seront couverts dès le premier jour du mois suivant la date de leur réintégration, sous réserve d'avoir acquis trois mois d'ancienneté.

En outre, les agents contractuels réemployés après une période de suspension suite à un congé sans traitement autre que pour raisons médicales, seront couverts dès le premier jour du mois suivant la date de leur réemploi, sous réserve d'avoir acquis trois mois d'ancienneté.

L'ancienneté de trois mois est définie suivant les dispositions applicables au sein de La Poste, en ce qui concerne les fonctionnaires et agents contractuels de droit public.

Toutefois, les agents qui bénéficient d'une couverture au titre de la CMU (Couverture Maladie Universelle) peuvent, **à leur demande expresse** formulée par écrit, renoncer à être affiliés au Contrat à condition d'en faire la demande au moins quinze jours avant la date de leur affiliation. Les ayants droit tels que définis ci-après, bénéficient obligatoirement des garanties, dès lors que l'agent est affilié au Contrat, dans les conditions tarifaires prévues au Contrat.

Dans le cas de conjoints exerçant tous les deux leur activité au sein de La Poste, en qualité soit de fonctionnaire, soit de salarié, chacun sera affilié en son nom propre respectivement sur le Contrat collectif des fonctionnaires ou sur le Contrat collectif des salariés.

Modalités d'adhésion, de changement de niveau et de résiliation d'une option

Adhésion à une option

Pour les agents présents à l'effectif le 1^{er} janvier 2012, le choix d'adhérer à l'un des deux niveaux d'option pourra être effectué lors de la mise en place du Contrat. Pour ceux réintégrant ou intégrant l'effectif au-delà du 1^{er} janvier 2012, le choix d'adhérer à l'un des deux niveaux d'option devra être effectué avant leur date d'affiliation.

Tout choix d'adhésion à une option sera possible ultérieurement, au 1^{er} janvier de chaque année, sous réserve du respect de la condition d'ancienneté requise pour l'affiliation de l'agent aux garanties de base obligatoires et d'en effectuer la demande par écrit auprès de La Mutuelle Générale, en recommandant avec accusé de réception, à l'aide d'un bulletin d'adhésion modificatif, avant le 31 octobre précédent.

Toutefois, l'adhésion pourra avoir lieu en cours d'année, lors d'un changement de situation familiale ou professionnelle, sous réserve d'en formuler la demande dans un délai de six mois à compter de l'événement.

L'adhésion sera effective au premier jour du mois suivant la réception par La Mutuelle Générale, en recommandant avec accusé de réception, d'un bulletin d'adhésion modificatif accompagné de justificatifs, notamment dans les cas suivants :

- naissance ou adoption d'un enfant à la charge de l'agent,
- mariage ou divorce (ou séparation de corps),
- début ou fin de Pacte Civil de Solidarité (PACS) de l'agent,
- début ou fin de concubinage de l'agent,
- décès de l'un des ayants droit,
- changement de statut (employé à cadre),
- changement de grade à l'intérieur d'un collège,
- passage de l'agent d'un emploi à temps plein à un emploi à temps partiel, ou inversement,
- changement de quotité de travail ou d'horaire contractuel de 25 % et plus pour un agent à temps partiel,
- surendettement,
- invalidité de 2^e ou 3^e catégorie permanente pour un agent contractuel de droit public ou temporaire pour un fonctionnaire,
- période de chômage du conjoint.

Faculté de renonciation

En cas de modification apportée aux droits et obligations des assurés, l'agent peut renoncer au bénéfice de l'option facultative par lettre recommandée avec avis de réception à La Mutuelle Générale, dans un délai de trente jours à compter du jour où l'information lui a été transmise.

Cessation de l'adhésion à l'option

Le bénéfice de l'option facultative cesse définitivement à la fin du mois :

- de résiliation du Contrat,

- de radiation de l'agent des effectifs de La Poste,
- de renonciation au bénéfice de l'option facultative,
- précédent celui au titre duquel une résiliation a été demandée par l'agent.

Le bénéfice de l'option cesse également en cas de non paiement des cotisations, dans les conditions prévues au paragraphe « Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ? » (page 29).

Pour les éventuels ayants droit, le bénéfice de l'option facultative cesse à la fin du mois au cours duquel ils ne remplissent plus les conditions prévues au paragraphe « Qui sont les bénéficiaires du Contrat ? » (page 18).

Changement de niveau d'une option

La durée d'adhésion à un niveau d'option est de deux années minimum, plus l'année au cours de laquelle est intervenue l'adhésion, dans le cas d'un choix en cours d'année.

Ainsi, l'agent ayant choisi d'adhérer à une option ne pourra changer de niveau d'option qu'après une adhésion de deux années pleines, plus l'année d'adhésion, le cas échéant.

Il devra respecter un préavis de deux mois minimum et adresser à La Mutuelle Générale un bulletin d'adhésion modificatif, en recommandant avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

En conséquence, le changement de niveau d'option sera effectif au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande.

Toutefois, l'agent a la possibilité de modifier à tout moment le niveau d'option choisi, suite à un changement de situation de famille ou professionnelle (visé ci avant), sous réserve d'en formuler la demande dans un délai de six mois à compter de l'événement.

Le changement de garanties sera effectif le premier jour du mois suivant la date d'envoi à La Mutuelle Générale du bulletin d'adhésion modificatif accompagné de justificatifs, adressé en recommandant avec accusé de réception.

Résiliation

La durée d'adhésion à une option est de deux années minimum, plus l'année au cours de laquelle est intervenue l'adhésion, dans le cas d'un choix en cours d'année. Ainsi, l'agent ayant choisi d'adhérer à une option ne pourra demander sa résiliation pour un retour aux garanties de base obligatoires qu'après une adhésion de deux années pleines plus l'année en cours, le cas échéant.

Il devra respecter un préavis de deux mois minimum et adresser à La Mutuelle Générale une lettre de résiliation, en recommandant avec accusé de réception, au plus tard le 31 octobre de l'année en cours pour une prise d'effet au 1^{er} janvier suivant.

Toutefois, l'agent a la possibilité de résilier à tout moment l'adhésion à l'option choisie pour un retour aux garanties de base obligatoires, suite à un changement de situation de famille ou professionnelle (visé ci avant), sous réserve d'en formuler la demande dans un délai de six mois à compter de l'événement.

La résiliation sera effective le premier jour du mois suivant la date d'envoi à La Mutuelle Générale d'une lettre de résiliation accompagnée de justificatifs, en recommandant avec accusé de réception.

La demande de résiliation de l'adhésion à une option pour un retour aux garanties de base obligatoires est définitive pour l'agent et ses ayants droit, sauf en cas de changement de situation familiale ou professionnelle visé ci-dessus.

Les ayants droit couverts par l'option choisie seront strictement et automatiquement les mêmes que ceux couverts au titre des garanties de base obligatoires. Tout changement de niveau de couverture sera appliqué à l'agent et à ses ayants droit dans les mêmes conditions.

Qui sont les bénéficiaires du Contrat ?

Vous-même en qualité d'Assuré et de fonctionnaire ou agent contractuel de droit public de La Poste.

Vos ayants droit à charge en qualité de personnes qui bénéficient des garanties du fait de leurs liens avec vous et répondant aux définitions ci-après.

Il s'agit de :

- **Votre conjoint, à votre charge au sens de la Sécurité sociale (*),**
- ou
- **Votre conjoint, en période de chômage non indemnisé** durant l'année au cours de laquelle il conserve son propre numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale et sa carte Vitale.

Vous devez être mariés, sans jugement de divorce prononcé entre vous. Est assimilé à votre conjoint, votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou votre concubin vivant maritalement avec vous, et se trouvant dans les situations mentionnées ci-dessus.

- **Vos enfants et s'ils vivent au foyer, les enfants de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS :**
 - **Jusqu'à 16 ans, à votre charge au sens de la Sécurité sociale (*);**
 - **Âgés de plus de 16 ans et de moins de 18 ans, à votre charge au sens de la Sécurité sociale (*), y compris lorsqu'ils disposent également de leur propre carte Vitale ;**
 - **Âgés de 18 à 20 ans** (jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils atteignent leur 20^e anniversaire), **à votre charge au sens de la Sécurité sociale (*), ou sous réserve d'avoir figuré sur votre attestation Vitale** avant leur inscription à la Sécurité sociale des étudiants, s'ils poursuivent leurs études.
 - **Âgés de plus de 20 ans et de moins de 26 ans, à votre charge au sens de la Sécurité sociale (*)** et sous réserve qu'ils se trouvent dans l'une des situations suivantes :
 - soit ils poursuivent leurs études, peuvent en justifier par un certificat de scolarité et ne bénéficient pas de la Sécurité sociale des étudiants,
 - soit ils sont en apprentissage (ou assimilé) et perçoivent une rémunération inférieure à 70% du SMIC mensuel et peuvent en justifier par une copie du contrat et du dernier bulletin de salaire,
 - soit ils sont à la recherche d'un premier emploi et inscrits au Pôle emploi.

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois du 26^e anniversaire.

- **Quel que soit son âge, à votre charge au sens de la Sécurité sociale (*), lorsque l'enfant est reconnu, avant l'âge de 21 ans, atteint d'un handicap ou d'une maladie grave le mettant dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice** (Loi n°75-534 du 30/06/75 modifiée par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005).

À noter : les enfants inscrits sous le numéro d'immatriculation de la Sécurité sociale des deux parents exerçant tous les deux leur activité au sein de La Poste, en qualité soit de fonctionnaire soit de salarié, ne seront assurés qu'une seule fois. Il appartient au parent qui ne souhaite pas les rattacher sur son Contrat d'en informer l'assureur par écrit, en indiquant que son ou ses enfants à charge ont été déclarés par son conjoint ou ex-conjoint, ce choix étant définitif, sauf changement de situation professionnelle ou familiale.

Les enfants sous contrat d'apprentissage avec La Poste remplissant les conditions requises pour être ayants droit seront automatiquement affiliés à titre d'assurés au Contrat des salariés de droit privé.

- **Les Ascendants et collatéraux :** sont considérés comme à charge les ascendants et collatéraux effectivement à **votre charge au sens de la Sécurité sociale (*) et au sens fiscal.**

() À votre charge au sens de la Sécurité sociale, signifie que votre (ou vos) ayant(s) droit sont inscrits sous votre numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale et figurent sur votre carte Vitale.*

Dispositions spécifiques au DOM de Mayotte

La définition des ayants droit à charge est celle prévue pour les agents de la Métropole avec les précisions suivantes :

- S'agissant des agents de sexe masculin, seule leur épouse reconnue à l'état civil (joindre une copie du livret de famille mentionnant le nom de l'épouse reconnue à l'état civil), leur concubine légalement déclarée auprès de leur employeur (sur présentation d'une attestation établie par La Poste) ou leur partenaire liée par un PACS et à charge au sens de la Caisse de Sécurité sociale de Mayotte (CSSM), sera retenue en tant que conjoint ayant droit.
- Les enfants étant rattachés à leur mère par la Sécurité sociale mahoraise, seront pris en compte pour un agent de La Poste de sexe masculin, les seuls enfants à charge de sa conjointe ayant droit, telle que définie ci-dessus, et figurant sur tout document émanant de la CSSM libellé au nom de la mère (joindre en plus les pièces mentionnées ci-dessus pour la conjointe ou concubine).

LES GARANTIES

Quelles sont les garanties accordées par le Contrat ?

Les garanties « Frais de Santé » consistent, sous réserve des exclusions prévues, à vous faire bénéficier en tant qu'Assuré ainsi qu'à vos ayants droit définis ci-dessus, de la prise en charge des frais médicaux et chirurgicaux occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident garanti, prescrits par une autorité médicale qualifiée, et remboursés par la Sécurité sociale, sauf cas expressément indiqués dans le tableau de garanties, dans les conditions et limites fixées ci-dessous.

Les garanties qui viennent en complément des prestations versées par la Sécurité sociale, sont calculées compte tenu des règles du Régime général de la Sécurité sociale en vigueur à la date d'effet du Contrat.

Les dispositions du Contrat ont été établies en fonction de la législation de la Sécurité sociale en vigueur à la date de sa conclusion.

En cas de modifications des prestations de la Sécurité sociale, les engagements de La Mutuelle Générale ne pourront en aucun cas s'en trouver aggravés.

Soins engagés à l'étranger

La prise en charge des Frais de Santé engagés à l'étranger lors d'un séjour occasionnel, c'est-à-dire d'une durée inférieure ou égale à trois mois, est subordonnée à la prise en charge préalable de la Sécurité sociale et à la présentation des factures acquittées et traduites, accompagnées du décompte de la Sécurité sociale française.

Les prestations de Prévention

Les prestations obligatoires

Les garanties « Frais de Santé » prennent en charge (au minimum) le ticket modérateur de l'ensemble des prestations de prévention prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la Sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006 paru au JO du 18 juin 2006 fixe la liste*.

Ces prestations de prévention sont remboursées à hauteur du niveau prévu aux **tableaux des prestations**, dans la limite des frais réels et selon la nature de l'acte auquel elles sont rattachées, avec un remboursement minimum égal au ticket modérateur.

* **Liste des prestations de prévention prises en charge par votre Contrat :**

- Prévention bucco-dentaire
- Santé de l'enfant
- Vaccinations
- Dépistages

Les autres prestations

Les garanties « Frais de Santé » prennent en charge les prestations relatives à la parodontologie, l'ostéopathie et la nutrition actuellement ne faisant l'objet d'aucun remboursement de la part de la Sécurité sociale.

Ces prestations de prévention sont remboursées à hauteur du niveau prévu aux **tableaux des prestations**, dans la limite des frais réels.

Quelle est la prise d'effet de vos garanties ?

Pour vous-même

Vos garanties prennent effet au premier jour du mois suivant la date à laquelle vous justifiez de trois mois d'ancienneté continue à La Poste.

Pour vos ayants droit à charge

Dans tous les cas, ils doivent faire obligatoirement l'objet d'une déclaration de votre part auprès de La Mutuelle Générale.

Les garanties prennent effet à la même date que pour vous, dès lors qu'ils sont effectivement à votre charge au moment de votre affiliation.

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant mineur, les garanties sont acquises dès la naissance pour le nouveau-né ou dès la date d'adoption d'un enfant mineur, à condition que la demande d'inscription soit effectuée dans le mois de l'événement et sous réserve de votre affiliation effective à cette date.

La cotisation est décomptée à partir du premier jour du mois suivant la déclaration.

En cas de déclaration postérieure au mois de l'événement, l'enfant est couvert à compter de la date de la déclaration et sous réserve de votre affiliation effective à cette date.

Dans les autres cas de modification de votre situation de famille, la prise d'effet des garanties pour vos ayants droit intervient au premier jour du mois suivant leur déclaration.

La cotisation est décomptée à partir du 1^{er} jour du mois suivant la déclaration.

Si vous changez de statut (employé à cadre) en cours de mois, la prise d'effet du changement concernant les garanties de base obligatoires intervient au premier jour du mois suivant.

La cotisation est décomptée également le premier jour du mois suivant le changement de statut.

Quel est le niveau de vos prestations ?

Vous bénéficiez des prestations définies ci-après au paragraphe « **Tableaux des prestations** ».

Les prestations des **garanties de base obligatoires** sont accordées pour vous-même et vos ayants droit, si vous n'avez pas souhaité souscrire l'un des deux niveaux d'option facultative proposé (Option 1 ou Option 2).

Les prestations de l'**Option 1** ou de l'**Option 2**, sont accordées pour vous-même et vos ayants droit, si vous avez souscrit l'un des deux niveaux d'option facultative proposé (Option 1 ou Option 2), dans les conditions prévues au paragraphe « **Modalités d'adhésion, de changement de niveau et de résiliation d'une option** » (page 17).

Comment lire vos tableaux de prestations ?

Chaque tableau correspond à un groupe d'actes intitulé comme suit :

- Honoraires soins de ville
- Produits pharmaceutiques et fournitures
- Dentaire
- Optique
- Cure thermique
- Hospitalisation

Dans les tableaux, les montants de prestations de La Mutuelle Générale correspondent à la prise en charge complémentaire à la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Les niveaux de remboursements inhérents aux garanties des options facultatives (Option 1 ou Option 2) incluent ceux versés au titre des garanties de base obligatoires.

Les actes médicaux dispensés par un médecin conventionné et non conventionné et les autres prestations sont exprimés en euros et/ou en pourcentage de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Tous les soins et fournitures doivent être prescrits médicalement.

Les remboursements sont toujours limités aux frais engagés.

Pour l'orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale, son remboursement s'effectue sur la base de remboursement qu'aurait appliquée la Sécurité sociale si elle était intervenue.

Pour les soins non pris en charge par la Sécurité sociale, lorsque la garantie le prévoit, leur remboursement s'effectue dans la limite du forfait annuel par assuré, à concurrence des frais réellement engagés.

Les prestations exprimées en euro sont revalorisées automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année en fonction de l'évolution du plafond de la Sécurité sociale et ce, dès le 1^{er} janvier 2013.

Autres prestations :

Les garanties d'Assistance à domicile proposées par La Mutuelle Générale et assurées par FIDELIA ASSISTANCE dont les modalités sont définies dans la deuxième partie de cette notice d'information.

Les services « Ligne claire » présentés dans la troisième partie de cette notice d'information.

Des précisions complémentaires pour faciliter votre lecture

Pour une bonne compréhension de vos remboursements Frais de Santé, vous trouverez également pour un groupe d'actes donné, des définitions, des **exclusions éventuelles**. Les exemples de garanties n'ont pas de caractère contractuel, ils peuvent être soumis à évolution en cas de changement de réglementation de la Sécurité sociale.

Tableaux des prestations

Les remboursements s'effectuent en complément des prestations versées par le Régime général de la Sécurité sociale, dans la limite des frais engagés.

Les remboursements effectués par la Sécurité sociale ne figurent pas dans les tableaux de prestations. Ils sont à rajouter à ceux mentionnés dans les colonnes de prestations de La Mutuelle Générale pour obtenir le niveau total de vos remboursements.

Honoraires - soins de ville

Honoraires soins de ville Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de La Mutuelle Générale exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros		
	Garanties de base obligatoires	Option 1	Option 2
• Consultations et visites (Généralistes et Spécialistes) dont l'acte de prévention obligatoire pris en charge au titre des honoraires de médecins spécialistes : troubles de l'audition - Dans le parcours de soins - Hors parcours de soins Majoration pour visite à domicile non justifiée	80 % 30 % Néant	100 % 30 % Néant	150 % 30 % Néant
• Actes techniques médicaux (petite chirurgie) - Actes d'imagerie (radiologie) - Prélèvements effectués par des médecins, chirurgiens dentistes, sages femmes - Dans le parcours de soins - Hors parcours de soins	80 % 30 %	80 % 30 %	80 % 30 %
• Honoraires Auxiliaires médicaux, dont l'acte de prévention obligatoire : bilan initial des troubles du langage de l'enfant	40 %	40 %	40 %
• Examen de laboratoire et prélèvements effectués par des auxiliaires médicaux dont l'acte de prévention obligatoire : dépistage de l'hépatite B	40 %	40 %	40 %
• Honoraires Ostéopathes – Chiropracteurs membres de syndicats représentatifs de leur profession	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)
• Honoraires Nutritionnistes diplômés d'état	3 fois 22 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)	3 fois 30 € / an (*)
• Honoraires Sages femmes	30 %	30 %	30 %
• Examen d'ostéodensitométrie pris en charge par la Sécurité sociale - Dans le parcours de soins - Hors parcours de soins	80 % 30 %	80 % 30 %	80 % 30 %
• Transport et déplacement	35 %	35 %	35 %

La Mutuelle Générale prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en cabinet médical, en centre de santé ou lors d'une consultation externe dans un établissement de santé, ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €.

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux).

DÉFINITIONS

Accès direct

Les spécialités suivantes, gynécologie médicale et obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuro-psychiatrie (seulement pour l'Assuré et ses ayants droit de moins de 26 ans) peuvent être consultées directement, sans être orienté par le médecin traitant, et ce, sans conséquence financière sur le montant du remboursement pour certaines catégories d'actes.

Base de Remboursement de la Sécurité sociale

Tarif servant de base pour le calcul du remboursement des prestations. Il est fixé par la Sécurité sociale.

Examen d'ostéodensitométrie

Examen de mesure de la densité minérale osseuse.

Pour les patients présentant les facteurs de risques médicaux de l'ostéoporose, pas de condition d'âge, ni de sexe pour le premier examen. Le second examen est 3 à 5 ans après le premier ou lors de l'arrêt du traitement anti-ostéoporotique.

Honoraires médicaux

Honoraires des généralistes et spécialistes y compris les stomatologues pour les actes médicaux pratiqués dans leur cabinet ou dans le cadre des consultations externes des établissements hospitaliers et médicaux sociaux.

Majoration pour visite à domicile non justifiée

Majoration pour visite à domicile fixée par la Sécurité sociale lorsque la visite à domicile répond à une exigence particulière du malade et n'est pas justifiée par des conditions médico-administratives et cliniques ou des conditions socio environnementales telles que définies par la Sécurité sociale.

Nutrition

Il s'agit de la prise en charge partielle du coût des consultations dispensées par un diététicien (professionnel de santé titulaire d'un BTS de diététique ou d'un DUT de génie biologique). La consultation chez le diététicien permet la détection des surcharges pondérales, la promotion de l'hygiène alimentaire et de l'activité sportive, en partant du postulat que l'éducation nutritionnelle doit débiter très tôt et concerne également les enfants.

Ostéopathie

Il s'agit de la prise en charge partielle des consultations ou actes effectués par des ostéopathes et chiropracteurs pour le traitement des troubles musculo-squelettiques, à la condition que ces praticiens soient membres de syndicats représentatifs de leur profession (Union Fédérale des Ostéopathes de France, Syndicat Français des Ostéopathes ou Association française de chiropratique).

Parcours de soins coordonnés

Mode d'accès aux soins prévoyant l'obligation de désigner un médecin traitant et de le consulter en première intention, conformément à la Loi n° 2004-810 du 13/08/2004 portant réforme de l'assurance maladie.

EXCLUSIONS

Les garanties du Contrat ne couvrent pas les exclusions générales visées au paragraphe « Quelles sont les exclusions générales ? » de la présente notice d'information page 26.

Exemples de remboursement (données 2011)

Nature des actes	Frais engagés	Sécurité sociale		La Mutuelle Générale					
		Base de Remboursement	Remboursement	Remboursement			Reste à charge		
				Garanties de base	Option 1	Option 2	Garanties de base	Option 1	Option 2
• Consultation généraliste médecin traitant	37 €	23 €	15,10 € (16,10 € - 1 €)	18,40 €	20,90 €	20,90 €	3,50 €	1 €	1 €
• Consultation spécialiste dans le parcours de soins	50 €	23 €	15,10 € (16,10 € - 1 €)	18,40 €	23 €	33,90 €	16,50 €	11,90 €	1 €
• Consultation spécialiste hors parcours de soins	50 €	23 €	5,90 € (6,90 € - 1 €)	6,90 €	6,90 €	6,90 €	37,20 €	37,20 €	37,20 €

Produits pharmaceutiques et fournitures

Produits pharmaceutiques et fournitures	Prestations de La Mutuelle Générale exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros		
	Garanties de base obligatoires	Option 1	Option 2
<ul style="list-style-type: none"> • Pharmacie, dont les actes de prévention obligatoires : les vaccinations <ul style="list-style-type: none"> - Pharmacie à 65 % et vaccins remboursés par la Sécurité sociale - Pharmacie à 30 % - Pharmacie à 15 % - Contraceptif oral non remboursé par la Sécurité sociale 	35 % 70 % Néant 46 € / année civile	35 % 70 % Néant 46 € / année civile	35 % 70 % Néant 46 € / année civile
<ul style="list-style-type: none"> • Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale 	2 fois 27 € / année civile (*)	2 fois 27 € / année civile (*)	2 fois 27 € / année civile (*)
<ul style="list-style-type: none"> • Acoustique : <ul style="list-style-type: none"> - Fournitures prises en charge par la Sécurité sociale - Fournitures relatives à l'entretien et réparation prises en charge par la Sécurité sociale 	355 % 355 %	355 % 355 %	355 % 355 %
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses mammaires (prothèses mammaires + soutien gorge adapté) par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale 	40 % +170 € 170 €	40 % +170 € 170 €	40 % +170 € 170 €
<ul style="list-style-type: none"> • Prothèses capillaires par acte <ul style="list-style-type: none"> - prises en charge par la Sécurité sociale - non prises en charge par la Sécurité sociale 	40 % +170 € 170 €	40 % +170 € 170 €	40 % +170 € 170 €
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopédie 	90 %	90 %	90 %
<ul style="list-style-type: none"> • Petits appareillages 	40 %	40 %	40 %
<ul style="list-style-type: none"> • Grands appareillages 	35 %	35 %	35 %

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux).

DÉFINITIONS

Acoustique

Prothèses et appareillages médicalement prescrits et inscrits au titre II de la liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP).

Contraceptif oral non remboursé par la Sécurité sociale

La spécialité pharmaceutique doit être prescrite. L'année s'entend par année civile. Le forfait peut être versé en une seule fois ou en plusieurs selon la demande de remboursement transmise par l'Assurée.

Le remboursement a lieu sur présentation de la prescription médicale et d'une facture acquittée ou du ticket de caisse du pharmacien.

Orthopédie

Ensemble des fournitures inscrites au Titre II, chapitres 1, 6 et 7 de la liste des Produits et Prestations Remboursables, prothèses et prothèses externes.

Pharmacie

Les médicaments sont remboursés sur la Base de Remboursement de la Sécurité sociale.

Prothèses mammaires et capillaires

Prothèses inscrites au Titre II chapitres 2 et 4 de la liste des Produits et Prestations Remboursables.

Pour la prothèse mammaire, le remboursement s'applique à la dépense totale prothèse et soutien gorge adapté, acheté en pharmacie la même année que la prothèse.

Substituts nicotiniques remboursés par la Sécurité sociale

Substituts nicotiniques prescrits par un médecin et figurant sur la liste éditée par l'assurance maladie.

Dentaire

Dentaire Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de La Mutuelle Générale exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros		
	Garanties de base obligatoires	Option 1	Option 2
• Soins dont les actes de prévention obligatoires au titre de la prévention bucco-dentaire	80 %	80 %	80 %
• Parodontologie	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)	3 fois 28 € / an (*)
• Prothèses fixes (dents de devant)	350 € / dent	380 € / dent	420 € / dent
• Prothèses fixes (dents du fond)	235 € / dent	300 € / dent	320 € / dent
• Prothèses mobiles	250 %	250 %	250 %
• Inlay core	250 %	250 %	250 %
• Orthodontie prise en charge par la Sécurité sociale	100 %	150 %	200 %
• Orthodontie non prise en charge par la Sécurité sociale	100 % de la BR reconstituée	100 % de la BR reconstituée	100 % de la BR reconstituée

(*) Prestation de prévention pour chaque bénéficiaire (Assuré, conjoint, enfants, ascendants et collatéraux).

DÉFINITIONS

Prothèses dentaires et Orthodontie

Prothèses dentaires et orthodontie (traitement dento-facial visant à corriger les dysmorphoses) inscrites à la Nomenclature Générale des Actes professionnels et/ou à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui font l'objet d'une prise en charge par la Sécurité sociale de la personne assurée.

Pour l'orthodontie refusée par la Sécurité sociale, son remboursement s'effectue sur la Base de remboursement qu'aurait appliquée la Sécurité sociale si elle était intervenue.

Sont remboursées au titre des prothèses fixes, les couronnes, les dents à tenon y compris les piliers de bridge.

Sont remboursés au titre des autres prothèses, les prothèses mobiles, les inter de bridge et les autres prothèses, inlay core.

Soins

Soins effectués par les chirurgiens dentistes. Les inlay onlay sont remboursés comme des soins dentaires.

Parodontologie

Il s'agit de la prise en charge partielle des actes de parodontie ou chirurgie réparatrice des gencives ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale, sous la condition de consultation ou de soins préalables auprès d'un dentiste.

Dents de devant de bouche :

Arcade supérieure : dents N° 11-12-13-14-21-22-23-24

Arcade inférieure : dents N° 31-32-33-34-41-42-43-44

Dents de fond de bouche :

Arcade supérieure : dents N° 15-16-17-18-25-26-27-28

Arcade inférieure : dents N° 35-36-37-38-45-46-47-48

EXCLUSIONS

Sont exclus de tout remboursement les soins dentaires, les prothèses (dentaires et l'orthodontie), lorsqu'il s'agit d'actes hors nomenclature.

Exemples de remboursement (données 2011)

Nature des actes	Frais engagés	Sécurité sociale		La Mutuelle Générale					
		Base de Remboursement	Remboursement	Remboursements			Restes à charge		
				Garanties de base	Option 1	Option 2	Garanties de base	Option 1	Option 2
• Prothèses dentaires (dent du fond)	395 €	107,50 €	75,25 €	235 €	300 €	319,75 €	84,75	19,75 €	Néant (*)
• Prothèses dentaires (dent de devant)	550 €	107,50 €	75,25 €	350 €	380 €	420 €	124,75	94,75 €	54,75 €
• Orthodontie acceptée (traitement de 6 mois)	525 €	193,50 €	193,50 €	193,50 €	290,25 €	331,50 €	138 €	41,25 €	Néant (*)

(*) Le remboursement de La Mutuelle Générale est plafonné aux frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale.

Optique

Optique	Prestations de La Mutuelle Générale exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros		
	Garanties de base obligatoires	Option 1	Option 2
<ul style="list-style-type: none"> • Verres <ul style="list-style-type: none"> - Verre simple - Verre moyen - Verre complexe - Verre hypercomplexe 	50 € / verre 87 € / verre 135 € / verre 213 € / verre	65 € / verre 110 € / verre 165 € / verre 230 € / verre	75 € / verre 165 € / verre 215 € / verre 250 € / verre
<ul style="list-style-type: none"> • Monture <ul style="list-style-type: none"> - Ayant droit de moins de 18 ans - Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans 	73 € 95 €	73 € 107 €	73 € 120 €
Limites :			
<ul style="list-style-type: none"> • un renouvellement de lunettes toutes les deux années civiles pour les adultes, sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à 0.50 (sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste), • deux paires par année civile pour les enfants de moins de 18 ans, sauf en cas de changement de dioptrie supérieur ou égal à 0.50 (sur présentation d'une attestation de l'ophtalmologiste), • le forfait lentilles est versé une fois par année civile, y compris les lentilles jetables. 			
<ul style="list-style-type: none"> • Supplément optique pris en charge par la Sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> - Ayant droit de moins de 18 ans - Assuré ou ayant droit de plus de 18 ans 	100 % 350 %	100 % 350 %	100 % 350 %
<ul style="list-style-type: none"> • Lentilles <ul style="list-style-type: none"> - Prises en charge par la Sécurité sociale - Non prises en charge par la Sécurité sociale 	350 % + 172 € 172 €	350 % + 172 € 172 €	350 % + 172 € 172 €
• Prothèses oculaires	350 %	350 %	350 %
• Chirurgie réfractive (par œil)	307 €	307 €	307 €

DÉFINITIONS

Optique

Frais de montures, verres, lentilles médicalement prescrites.

Pour la monture, l'âge de l'Assuré et de ses ayants droit est déterminé par différence de millésime entre l'année en cours et l'année de naissance.

Sont remboursés au titre des suppléments d'optique, les suppléments divers inscrits à la Liste des Produits et Spécialités remboursables (LPP) (5 pour adulte et 3 pour enfant de moins de 6 ans) qui sont prescrits et facturés en plus lors de l'achat de matériel d'optique médicale.

Prothèses oculaires

Ensemble des fournitures inscrites au Titre II Chapitre 5 de la Liste des Produits et Prestations Remboursables, prothèses et prothèses externes.

Types de verres et références des verres :

Il s'agit des verres répertoriés dans la Liste des Produits et Spécialités remboursables (LPP) sous les numéros :

• Verres simples

Verres unifocaux \leq +/-6 dioptries. Références :
 2203240 - 2287916 - 2261874 - 2242457 - 2259966
 2226412 - 2200393 - 2270413.

• Verres moyens

Verres unifocaux \geq +/-6 dioptries et verres multifocaux \leq +/- 4 dioptries. Références :

2280660 - 2282793 - 2265330 - 2263459 - 2243304
 2243540 - 2291088 - 2297441 - 2235776 - 2295896
 2273854 - 2248320 - 2284527 - 2254868 - 2283953
 2219381 - 2212976 - 2252668 - 2238941 - 2268385
 2290396 - 2291183 - 2259245 - 2264045.

• Verres complexes

Verres unifocaux $>$ +/-6 dioptries et verres multifocaux autres corrections sauf hors zone.

Références : 2288519 - 2299523 - 2245036 - 2206800
 2227038 - 2299180 - 2240671 - 2282221

• Verres hypercomplexes

Verres multifocaux autres corrections hors zone.

Références : 2245384 - 2295198 - 2238792 - 2202452
 2202239 - 2252042 - 2234239 - 2259660

Supplément optique pris en charge par la Sécurité sociale

La Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPP) comporte deux rubriques de suppléments divers :

- les suppléments divers, 5 types de fournitures dont une non tarifée, le remboursement s'effectuant sur devis.
- les suppléments divers pour les enfants avant leur sixième anniversaire, 3 types de fournitures.

Exemples de remboursement (données 2011)

Nature des actes	Frais engagés	Sécurité sociale		La Mutuelle Générale						
		Base de Remboursement	Remboursement	Remboursements			Restes à charge			
				Garanties de base	Option 1	Option 2	Garanties de base	Option 1	Option 2	
Paire de lunettes pour un adulte :										
- Monture	160 €	2,84 €	1,70 €	95 €	107 €	120 €	63,30 €	51,30 €	38,30 €	
- Verres moyens	300 €	7,32 €	4,39 €	174 €	220 €	295,61 €	121,61 €	75,61 €	Néant*	

[*] Le remboursement de La Mutuelle Générale est plafonné aux frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale.

Cure thermique

Cure thermique Secteurs conventionné et non conventionné	Prestations de La Mutuelle Générale exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale		
	Garanties de base obligatoires	Option 1	Option 2
• Établissement thermal	35 %	35 %	35 %
• Hébergement pris en charge par la Sécurité sociale	85 %	85 %	85 %

DÉFINITIONS

Cure thermique

Cure médicalement prescrite et acceptée par la Sécurité sociale. La participation de La Mutuelle Générale sur l'hébergement est conditionnée à la prise en charge des frais d'établissement thermal par la Sécurité sociale.

EXCLUSIONS

Dans tous les cas, les séjours en thalassothérapie sont exclus, ainsi que les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques, à l'exception de ceux consécutifs à un accident et d'une façon générale les actes ne figurant pas dans la nomenclature.

Hospitalisation

Hospitalisation Établissements conventionnés et non conventionnés	Prestations de La Mutuelle Générale exprimées en % de la Base de Remboursement de la Sécurité sociale et/ou en euros		
	Garanties de base obligatoires	Option 1	Option 2
• Frais de séjour <i>(les frais personnels : téléphone, télévision, boissons etc. ne sont pas pris en charge)</i>	20 %	20 %	20 %
• Chambre particulière - Médecine, chirurgie, obstétrique, maternité - Soins de suite et de réadaptation - Psychiatrie	60 €/jour 43 €/jour 43 €/jour	60 €/jour 60 €/jour 60 €/jour	66 €/jour 66 €/jour 66 €/jour
• Forfait journalier	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
• Forfait journalier en service psychiatrie	100 % des frais réels	100 % des frais réels	100 % des frais réels
• Accompagnement (enfant de moins de 10 ans ou enfant handicapé de moins de 20 ans)	38 €/jour	42 €/jour	42 €/jour
• Honoraires des praticiens Hospitalisation prise en charge à 80 % par la Sécurité sociale - Parcours de soins - Hors parcours de soins Hospitalisation prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale - Parcours de soins - Hors parcours de soins	70 % 45 % 50 % 25 %	100 % 45 % 80 % 25 %	150 % 45 % 130 % 25 %

La Mutuelle Générale prend en charge la participation forfaitaire de 18 € qui s'applique sur les actes thérapeutiques ou les actes de diagnostic, réalisés en milieu hospitalier, ayant un coefficient égal ou supérieur à 50 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 120 €.

DÉFINITIONS**Accompagnement**

Frais engagés pour l'accompagnement dans l'établissement hospitalier ou dans la « maison des parents », durant l'hospitalisation en secteur conventionné ou non conventionné de l'ayant droit de moins de 10 ans ou d'un enfant handicapé de moins de 20 ans.

La prestation est versée par jour de présence facturée en accompagnement, par l'établissement ou la « maison des parents ».

Chambre particulière

Supplément facturé par l'établissement pour la chambre particulière demandée par la personne assurée.

La chambre particulière est prise en charge dans la limite du montant journalier garanti, sans pouvoir dépasser la dépense engagée.

Établissement conventionné par la Sécurité sociale

Établissement de soins, ou de santé, ayant conclu avec la Sécurité sociale une convention qui fixe par discipline le tarif des prestations d'hospitalisation.

Établissement non conventionné par la Sécurité sociale

Établissement de soins, ou de santé, n'ayant pas conclu de convention avec la Sécurité sociale.

Les remboursements sont calculés sur la Base de remboursement de la Sécurité sociale minorée pour non conventionnement.

Forfait journalier

Somme forfaitaire journalière qui correspond aux frais d'hébergement et d'entretien, laissée à la charge de la personne hospitalisée et non remboursée par la Sécurité sociale.

Hospitalisation

Séjour dans un établissement de soins public ou privé agréé par le Ministère de la Santé, ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

EXCLUSIONS

Les garanties du Contrat ne prennent pas en charge la chambre particulière et l'accompagnement dans les établissements suivants :

- Hôpitaux thermaux ou sections thermales des hôpitaux de santé publics
- Aériums, préventoriums
- Centres de rééducation professionnelle
- Instituts médico-pédagogiques, Instituts médico-professionnels, Centres d'aide par le travail, Centres médico-pédagogiques
- Établissements ou sections de long séjour
- Sections de long séjour ou de cures médicales pour personnes âgées.

Les garanties du Contrat ne couvrent pas non plus les exclusions générales visées au paragraphe « Quelles sont les exclusions générales ? » ci-dessous.

Exemples de remboursement (données 2011)

Hospitalisation d'une durée de 6 jours, prise en charge à 80 % par la Sécurité sociale, en chirurgie.

Nature des actes	Frais engagés	Sécurité sociale		La Mutuelle Générale					
		Base de Remboursement	Remboursement	Remboursements			Restes à charge		
				Garanties de base	Option 1	Option 2	Garanties de base	Option 1	Option 2
• Frais de séjour	627,65 €	627,65 €	502,12 €	125,53 €	125,53 €	125,53 €	Néant (*)	Néant (*)	Néant (*)
• Honoraires hospitalisation	276 €	120 €	96 €	84 €	120 €	180 €	96 €	60 €	Néant (*)
• Forfait journalier	108 €	-	-	108 €	108 €	108 €	Néant (*)	Néant (*)	Néant (*)
• Chambre particulière	395 €	-	-	360 €	360 €	395 €	35 €	35 €	Néant (*)

(*) Le remboursement de La Mutuelle Générale est plafonné aux frais engagés sous déduction de la Sécurité sociale.

Quelles sont les exclusions générales ?

Conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et de ses textes d'application, les garanties ne couvrent pas :

- La participation forfaitaire (fixée à 1 € depuis le 1^{er} janvier 2005) prélevée par la Sécurité sociale sur les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins y compris les actes de biologie (Titre II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale).
- La franchise forfaitaire mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale.

- La majoration de la participation laissée à la charge des assurés et de leurs ayants droit, en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant (article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale).
- La majoration de la participation laissée à la charge des Assurés et de leurs ayants droit pour les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation, au professionnel de santé auquel il a eu recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter (article L. 161-36-2 du Code de la Sécurité sociale).
- Les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations, en cas de non respect du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant (article L.162-5, 18° du Code de la Sécurité sociale).

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

Quelle est la limite des remboursements ?

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, 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 de l'Assuré ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a 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'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans quels cas vos garanties sont-elles suspendues ?

Cas visés

Hors les congés pour maladie, accident, maternité ou paternité et les congés payés, ainsi que toute période au cours de laquelle vous percevez un revenu de la part de La Poste ou des prestations en espèces de l'assurance maladie ou de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale, les garanties prévues au Contrat sont suspendues de plein droit pendant toute la durée de votre suspension de fonction, notamment lorsque vous vous trouvez dans l'une des situations suivantes :

- Détachement,
- Disponibilité ou absence de plus de trente jours non rémunérés, pour des raisons autres que médicales,
- Congé de fin de carrière,
- Disponibilité ou Congé sans traitement pour élever un enfant de moins de huit ans,
- Congé de solidarité familiale sans allocation journalière versée par l'employeur,
- Congé d'éducation ou Congé parental,
- Congé de présence parentale,
- Congé de formation professionnelle non rémunéré,
- Congé pour validation des acquis de l'expérience ou Congé pour bilan de compétences.

Il est précisé que les garanties prévues par le Contrat sont suspendues durant toute la durée de la suspension de fonction pour les agents en période d'activité dans la réserve militaire opérationnelle, au-delà de la période de maintien de traitement par La Poste.

Par dérogation à ces dispositions, l'agent dont la fonction est suspendue pour motif familial ou de formation, non rémunéré ni indemnisé par La Poste ou par l'intermédiaire de La Poste, peut bénéficier du maintien des garanties Santé du Contrat dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre « MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE FONCTION POUR MOTIF FAMILIAL OU DE FORMATION » (page 31).

Modalités de suspension des garanties

La période de suspension des garanties intervient de plein droit à la fin du mois de suspension de fonction professionnelle de l'agent et s'achève à la fin du mois au cours duquel est intervenue la reprise effective de fonction, sous réserve que La Mutuelle Générale en soit informée dans le mois suivant cette reprise.

À défaut, la période de suspension des garanties cesse à la fin du mois au cours duquel La Mutuelle Générale est informée de la reprise effective de fonction de l'agent.

Pendant la période de suspension des garanties, aucune cotisation n'est due.

Dans tous les cas, vous pouvez solliciter le maintien d'une couverture d'assurance auprès de La Mutuelle Générale dans les conditions fixées ci-après au paragraphe « Le maintien des garanties » (page 28), sous réserve d'acquiescer par vous-même l'intégralité de la cotisation.

Les garanties peuvent également être suspendues dans les conditions prévues ci-après au paragraphe « Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ? » (page 29).

Effets de la suspension des garanties

Au titre du Contrat, les soins prescrits pendant la période de suspension des garanties ne peuvent donner lieu à aucune prise en charge par La Mutuelle Générale sauf pour ceux prescrits antérieurement à la date de début de la suspension.

Quand les garanties prennent-elles fin ?

Les garanties « Frais de Santé » prévues par le Contrat (garanties de base obligatoires et Option facultative éventuellement souscrite) prennent fin :

- **Au dernier jour du mois de cessation d'activité de l'agent quelle qu'en soit la cause (licenciement, démission, révocation, départ ou mise à la retraite, etc.).**
La cotisation est due jusqu'à la fin du mois de la cessation d'activité.
Toutefois, par assimilation aux salariés et conformément aux dispositions de l'avenant n°3 du 18 mai 2009 portant modification de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) sur la modernisation du marché du travail du 11 janvier 2008, en cas de cessation de votre activité, vous bénéficiez du maintien des garanties Santé du Contrat, dans les conditions et selon les modalités prévues au chapitre « MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (A.N.I.) » (page 32).
Vous pouvez également demander le maintien d'une couverture d'assurance au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dans les conditions fixées au paragraphe « Le maintien des garanties » (page 28).
- **À la fin du mois au cours duquel l'agent ou ses ayants droit ne remplissent plus les conditions visées à la Partie « Dispositions Générales » (page 16) pour adhérer au Contrat.**
La cotisation est également due jusqu'à la fin du mois de couverture.

Toutefois, l'agent peut demander le maintien d'une couverture d'assurance au titre de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dans les conditions fixées au paragraphe « Le maintien des garanties » ci-après.

- **Au décès de l'assuré.**

Les ayants droit peuvent continuer à bénéficier d'un maintien de garanties au titre du Contrat pendant trois mois, à compter de la date du décès. Ce maintien est accordé à titre gratuit.

Au-delà de cette période, les ayants droit peuvent demander le maintien d'une couverture d'assurance au titre de l'article 4 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dans les conditions fixées ci-dessous au paragraphe « Le maintien des garanties ».

- **À la date de résiliation du Contrat.**

Toutefois, La Mutuelle Générale peut accepter, à la demande d'un Assuré, le maintien d'une couverture d'assurance en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, dans les conditions fixées ci-dessous au paragraphe « Le maintien des garanties ».

En outre, les garanties Santé de l'option éventuellement souscrite prennent fin, en tout état de cause, en cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative soit de l'agent, dans les conditions prévues au paragraphe « Modalités d'adhésion, de changement de niveau et de résiliation d'une option » (page 17), soit de La Mutuelle Générale, en cas de non paiement de la cotisation correspondante, dans les conditions prévues au paragraphe « Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ? » (page 29) de la présente notice d'information.

Dans tous les cas, le terme des garanties prévues au Contrat entraîne purement et simplement la cessation immédiate des droits pour l'assuré et ses ayants droit.

Seuls les soins prescrits avant le terme des garanties sont remboursés par La Mutuelle Générale.

Que se passe-t-il si l'un de vos ayants droit n'est plus à charge ?

Les garanties cessent à son égard au premier jour du mois suivant la date de déclaration ou de constatation de l'événement. La cotisation est due jusqu'à la date de cessation des garanties.

Le maintien des garanties

Que se passe-t-il en cas de cessation de votre activité ?

Si, à la date de cessation de votre activité, vous bénéficiez d'indemnités journalières, d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement en cas de licenciement, vous pouvez demander à bénéficier auprès de La Mutuelle Générale, d'une couverture d'assurance, sans condition de durée, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sous réserve de formuler votre demande dans les six mois qui suivent la cessation de votre activité.

Celle-ci sera alors entièrement à votre charge, dans les conditions tarifaires prévues par le décret n° 90-769 du 30 août 1990, portant application des articles 4, 9 et 15 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Si, à la date de la cessation de votre activité, vous bénéficiez d'un revenu de remplacement en cas de licenciement, vous pouvez conserver les garanties « Frais de Santé » du Contrat du personnel actif visées au chapitre « MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (A.N.I.) » ; le délai de six mois sera alors décompté à la fin de cette période de maintien de garanties.

Que se passe-t-il en cas de suspension de votre activité ?

Les personnes se trouvant dans l'un des cas de suspension d'activité visés au paragraphe « Dans quels cas vos garanties sont-elles suspendues ? » (page 27), et ne relevant pas des situations prévues au chapitre ci-après intitulé « MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE FONCTION POUR MOTIF FAMILIAL OU DE FORMATION » (page 31), peuvent bénéficier du maintien auprès de La Mutuelle Générale d'une couverture d'assurance, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sous réserve d'en faire la demande au plus tard au jour de la prise d'effet de la suspension de l'activité, et du paiement de la cotisation afférente.

Les personnes ayant conservé les garanties « Frais de Santé » du Contrat prévues au chapitre ci-après intitulé « MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE FONCTION POUR MOTIF FAMILIAL OU DE FORMATION » (page 31), peuvent, à l'issue de cette période et pour la durée restante de leur suspension d'activité, bénéficier auprès de La Mutuelle Générale d'une couverture d'assurance, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sous réserve d'en faire la demande au plus tard le dernier jour de la période de maintien. La cotisation à acquitter est alors entièrement à leur charge.

Que se passe-t-il en cas de décès de l'Assuré ?

Les personnes garanties du chef de l'Assuré, décédé, peuvent continuer à bénéficier d'un maintien de garanties au titre du Contrat pendant trois mois, à compter de la date du décès. Ce maintien est accordé à titre gratuit.

Par ailleurs, elles peuvent également, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve d'en faire la demande dans les six mois suivant le décès, bénéficier du maintien auprès de La Mutuelle Générale d'une couverture d'assurance, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux. Celle-ci sera alors entièrement à leur charge.

Que se passe-t-il en cas de résiliation ou de non renouvellement du Contrat ?

Conformément aux dispositions de l'article 5 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, en cas de résiliation du Contrat, La Mutuelle Générale peut accepter le maintien d'une couverture d'assurance, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, sous réserve que l'assuré en fasse la demande avant la fin du délai de préavis de résiliation du Contrat.

LES COTISATIONS

Quelles sont les modalités de paiement de votre cotisation ?

Garanties de base obligatoires

Votre cotisation est exprimée en pourcentage de l'ensemble des sommes brutes soumises à CSG-CRDS qui vous sont versées par La Poste (tout élément de rémunération perçu, y compris les primes), avec un montant minimum et un montant maximum de cotisation et est fonction du nombre de personnes assurées de votre chef. Elle est annuelle et fixée au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction des résultats du Régime examinés par la Commission Paritaire de Suivi.

Cette cotisation est supportée pour partie par votre employeur et pour partie par vous-même, elle fait l'objet d'un précompte mensuel sur votre traitement ou votre revenu de remplacement.

Options facultatives

Votre cotisation est exprimée en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale en vigueur l'année N-1 et est fonction du niveau de l'option souscrite (Option 1 ou Option 2) ainsi que du nombre de personnes assurées de votre chef. Elle est à votre charge intégrale et payable mensuellement à terme échu.

Lors de la souscription de l'option (Option 1 ou Option 2), vous autorisez le précompte par La Poste de la cotisation de cette option sur votre rémunération. Cette cotisation sera ainsi automatiquement déduite de votre traitement ou revenu de remplacement.

Vous avez toutefois la possibilité d'opter pour un paiement de la cotisation afférente à l'option éventuellement souscrite directement auprès de La Mutuelle Générale. Vous devez, dans ce cas, en formuler la demande par écrit auprès de La Mutuelle Générale.

Maintien de garanties

Les modalités de paiement des cotisations afférentes au maintien des garanties en cas de suspension de votre activité et au maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité (A.N.I.), sont précisées respectivement, dans les chapitres « MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE FONCTION POUR MOTIF FAMILIAL OU DE FORMATION » et « MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESIONNEL (A.N.I.) ».

Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ?

Garanties de base obligatoires

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-8, I du Code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, les garanties ne peuvent être suspendues que trente jours après l'envoi par La Mutuelle Générale à La Poste, d'une lettre recommandée avec avis de réception constituant une mise en demeure.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à La Poste, La Mutuelle Générale l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite des garanties.

La Mutuelle Générale a le droit de résilier le Contrat dix jours après le délai de trente jours mentionné ci-dessus.

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

Les frais médicaux engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent lieu à aucune prise en charge par La Mutuelle Générale.

Options facultatives

Dans le cas où La Poste se trouve dans l'incapacité d'assurer le précompte de la cotisation afférente à l'option facultative souscrite ou si vous avez opté pour le paiement direct de ladite cotisation auprès de La Mutuelle Générale, et à défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, vous pouvez être exclu du groupe des assurés des options facultatives, conformément aux dispositions de l'article L. 221-8, II du Code de la mutualité.

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

Lors de la mise en demeure, vous êtes informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner votre exclusion de l'option facultative souscrite.

Maintien de garanties

Les modalités applicables en cas de défaut de paiement des cotisations afférentes au maintien des garanties en cas de suspension de votre activité et au maintien des garanties au titre du dispositif de portabilité (A.N.I.), sont précisées respectivement dans les chapitres « MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE FONCTION POUR MOTIF FAMILIAL OU DE FORMATION » et « MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESIONNEL (A.N.I.) ».

LES AUTRES DISPOSITIONS

Quel est le délai de Prescription ?

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toute action dérivant du Contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Assuré, que du jour où La Mutuelle Générale en a eu connaissance.
- 2° en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre La Mutuelle Générale 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 l'Assuré ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Subrogation

Conformément à l'article L. 224-9 du Code de la mutualité, pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire mentionnées à l'article L. 224-8 du même Code, La Mutuelle Générale est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Assurés ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

La Mutuelle Générale ne peut prétendre au 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 La Mutuelle Générale 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.

Afin de permettre à La Mutuelle Générale de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'Assuré ou ses ayants droit s'engage(ent) à déclarer à La Mutuelle Générale, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

Contrôle médical

La Mutuelle Générale se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du Contrat.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de La Mutuelle Générale.

La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par La Mutuelle Générale.

Avant ou après le paiement des prestations, La Mutuelle Générale peut toujours demander la production de toute nouvelle pièce justificative ou de tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions de l'article L. 510-1 du Code de la mutualité, tel que modifié par le Décret n° 2010-218 du 3 mars 2010 portant application de l'Ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, le contrôle de l'État sur les mutuelles régies par le Code de la mutualité est exercé, dans l'intérêt de leurs membres, par l'**Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)** située 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

Informatique et libertés

Les données concernant l'Assuré ou, le cas échéant, ses ayants droit, pourront être utilisées par La Mutuelle Générale afin d'alimenter ses fichiers internes destinés à la gestion et au suivi de l'adhésion.

Ces données pourront être communiquées aux sous-traitants de La Mutuelle Générale.

Conformément à la Loi n° 78-17 "Informatique et libertés" du 06/01/1978 modifiée par la Loi n° 2004-801 du 06/08/2004 relative à la « protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel », vous disposez d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès, de communication et de rectification, d'un droit de modification et de suppression des données vous concernant auprès du Secrétaire général de La Mutuelle Générale, 6 rue Vandrezanne - 75634 PARIS CEDEX 13.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées à l'Assuré ou, le cas échéant, ses ayants droit, selon son choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

L'Assuré, ou le cas échéant ses ayants droit, peut exercer ses droits en écrivant à l'adresse suivante :

Secrétariat Général de La Mutuelle Générale - 6 rue Vandrezanne - 75634 PARIS CEDEX 13.

MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS DE SUSPENSION DE FONCTION POUR MOTIF FAMILIAL OU DE FORMATION

Conditions requises pour l'accès au maintien des garanties

Peuvent demander le maintien des garanties Santé des actifs (garanties de base obligatoires et option facultative éventuellement souscrite), pour eux-mêmes et leurs ayants droit à charge, les agents se trouvant en disponibilité ou absence de plus de 30 jours non rémunérés pour l'un des motifs familiaux ou de formation suivants, et ne bénéficiant pas d'allocations journalières versées par La Poste :

- Disponibilité ou Congé sans traitement pour élever un enfant de moins de huit ans,
- Congé de solidarité familiale,
- Congé d'éducation ou Congé parental,
- Congé de présence parentale,
- Congé de formation professionnelle,
- Congé pour validation des acquis de l'expérience ou Congé pour bilan de compétences.

et

sous réserve de n'être bénéficiaire d'aucune rémunération versée par La Poste ou par son intermédiaire.

Quelles sont les modalités de souscription du maintien des garanties ?

Le maintien des garanties vous sera accordé sous réserve que vous en effectuiez la demande par écrit auprès de La Mutuelle Générale, à l'aide du bulletin d'Affiliation au Maintien des Garanties Santé dûment complété, accompagné des documents demandés. Ce bulletin vous aura été adressé préalablement par lettre recommandée par votre service des Ressources Humaines. Votre dossier complet devra être adressé à La Mutuelle Générale au plus tard (30) trente jours avant la date de début de la suspension de fonction.

Cas particulier des agents pour lesquels la suspension de fonction a débuté avant le 1^{er} janvier 2012

Vous pouvez également bénéficier de ce maintien, si vous êtes toujours en situation de suspension de fonction au 1^{er} janvier 2012, pour l'un des motifs cités. Votre dossier complet devra être adressé à La Mutuelle Générale au plus tard, avant le 31 décembre 2011, après l'information reçue de votre service des Ressources Humaines par lettre recommandée avec accusé de réception.

Quelles sont la prise d'effet et la durée du maintien des garanties ?

Le maintien des garanties prendra effet au premier jour du mois suivant celui au cours duquel la suspension a eu lieu, sous réserve d'en avoir effectué la demande selon les modalités de souscription ci-dessus. À défaut, l'adhésion sera suspendue au dernier jour du mois du départ en congé.

Le maintien des garanties est accordé pour la durée de votre congé, périodes de renouvellement comprises, et pour une durée maximum de **quinze mois**.

Cas particulier des agents pour lesquels la suspension de fonction a débuté avant le 1^{er} janvier 2012

Le maintien des garanties prendra effet au 1^{er} janvier 2012, sous réserve de la réception de votre dossier complet par La Mutuelle Générale avant cette date.

Le maintien des garanties sera accordé pour la période de suspension de fonction restante, périodes de renouvellement comprises, et pour une durée maximale égale à quinze mois.

Quand le maintien des garanties prend-il fin ?

Le maintien de garanties prend fin :

- le dernier jour du mois au cours duquel est intervenue votre reprise effective d'activité, sous réserve que La Mutuelle Générale en soit informée dans le mois suivant cette reprise, à défaut à la fin du mois au cours duquel La Mutuelle Générale est informée de votre reprise effective du travail ;
- en cas de non paiement de vos cotisations ;
- dans le cas d'un changement de situation de famille (séparation, divorce) ou de situation professionnelle de votre conjoint (période de chômage) vous avez la possibilité de résilier votre affiliation sur demande écrite formulée auprès de La Mutuelle Générale et accompagnée de justificatifs (actes notariés ou inscription au Pôle emploi). Votre maintien de garanties prendra fin, dans ce cas, au dernier jour du mois au cours duquel La Mutuelle Générale aura réceptionné la demande de radiation. Cette résiliation est alors définitive et ne permet pas de bénéficier d'une nouvelle période de maintien pour le même congé ;
- en cas de cessation de votre activité survenant pendant la période de maintien, le dernier jour du mois au cours duquel est intervenue la cessation d'activité, sous réserve que La Mutuelle Générale en soit informée dans le mois suivant cette cessation, à défaut à la fin du mois au cours duquel La Mutuelle Générale en est informée ;
- et au plus tard, à la fin du mois au cours duquel vous avez atteint la durée de quinze mois de maintien.

Sommes brutes perçues servant de base au calcul des cotisations

L'assiette servant au calcul des cotisations mensuelles, afférentes au maintien des garanties de base obligatoires est constituée du montant moyen de l'ensemble des sommes brutes versées par La Poste au cours des douze ou trois derniers mois précédant le début du congé, au plus élevé des deux et soumises à CSG / CRDS.

Quelles sont les modalités de paiement de votre cotisation ?

La cotisation afférente au maintien des garanties « Frais de Santé » est identique à celle du personnel actif. S'agissant des garanties de base obligatoires, elle est supportée pour partie par votre employeur et vous-même dans des proportions identiques à celles du personnel actif, et calculées selon le même mode. La part de cotisation relative à l'option éventuellement souscrite, est à votre charge exclusive.

Votre cotisation est payable de la manière suivante :

- la cotisation mensuelle à votre charge est à régler le 10 de chaque mois, auprès de La Mutuelle Générale.

Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ?

Par application des dispositions de l'article L. 221-8, II du Code de la mutualité, l'Assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

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

Lors de la mise en demeure, l'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion du maintien de garanties.

MAINTIEN DES GARANTIES AU TITRE DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (A.N.I.)

Par assimilation aux salariés et conformément aux dispositions de l'avenant n° 3 du 18 mai 2009 portant modification de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I.) du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, en cas de cessation d'activité, l'agent ainsi que ses ayants droit à charge peuvent bénéficier du maintien des garanties du Contrat, à l'identique du personnel actif, dans les conditions définies ci-après.

Comment renoncer au maintien des garanties ?

Vous avez la possibilité de renoncer au maintien des garanties du Contrat du personnel actif. Votre refus doit être expressément formulé auprès de La Poste, par le retour du coupon réponse qui vous a été adressé par lettre recommandée. Ce coupon doit être dûment complété et retourné à votre service des Ressources Humaines (dont les coordonnées figurent sur le courrier recommandé) dans un délai maximal de 10 jours calendaires, à compter de la date de cessation de votre activité. Dans le cas où la lettre recommandée vous aurait été adressée, sans vous laisser un délai de 10 jours de réflexion après votre date de cessation d'activité, le délai de réponse de 10 jours sera alors décompté à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée.

La renonciation exprimée est définitive et concerne l'ensemble des garanties santé du Contrat du personnel actif.

En cas d'absence de réponse ou de réponse tardive, vous serez considéré comme acceptant le maintien des garanties et dans l'obligation d'acquitter vos cotisations à leur échéance.

Conditions requises pour l'accès au maintien des garanties

Le maintien des garanties (garanties de base obligatoires et Option facultative, le cas échéant) est assuré aux agents, ainsi qu'à leurs ayants droit à charge, dans le cas d'agents subissant une perte involontaire d'emploi ouvrant droit à l'indemnisation de l'assurance chômage, conformément aux dispositions de l'article L. 5424-1 du Code du travail et dans les conditions fixées par la circulaire interministérielle du 21 février 2001.

Vous devez vous trouver dans l'une des situations suivantes :

- licenciement pour insuffisance professionnelle,
- licenciement pour inaptitude physique,
- licenciement pour radiation d'office des cadres,
- ou démission considérée comme légitime par Pôle emploi,

Et

- être bénéficiaire d'une allocation d'assurance chômage, que celle-ci soit prise en charge par Pôle emploi ou La Poste et sous réserve de l'ouverture de vos droits au titre du Contrat Santé, au moment de votre cessation d'activité.

La révocation, assimilée à un licenciement pour faute lourde, n'ouvre pas droit au maintien des garanties.

Quelles sont la prise d'effet et la durée du maintien ?

Le maintien des garanties « Frais de Santé » prend effet le premier jour du mois suivant votre date de sortie des effectifs de La Poste, étant précisé que la prise d'effet est conditionnée à une ancienneté continue de trois mois à La Poste, acquise le mois précédant celui au cours duquel intervient la cessation de votre activité, et sous réserve que vous n'ayez pas renoncé au régime complémentaire Santé, en qualité de bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU).

Le maintien de garanties accordé pendant la période d'indemnisation chômage est d'une durée égale à **neuf mois maximum**, appréciée en mois entiers.

Quand le maintien des garanties prend-il fin ?

Le maintien de garanties prend fin :

- en cas de non respect de vos obligations, dans les conditions définies au paragraphe ci-après « Quelles sont vos obligations ? »,
- le dernier jour du mois au cours duquel vous avez été radié des listes de demandeurs d'emploi et / ou ne bénéficiez plus d'allocation chômage,
- le dernier jour du mois au cours duquel vous avez repris une activité professionnelle, notamment salariée, quel que soit votre nouvel employeur,
- le dernier jour du mois au cours duquel vous avez perçu une pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de l'État,
- en cas de non paiement des cotisations, dans les conditions du paragraphe « Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ? »,
- à la date de résiliation du Contrat,

et au plus tard, à la fin du mois au cours duquel vous avez atteint la durée définie au paragraphe ci-dessus « Quelles sont la prise d'effet et la durée du maintien de garanties ? »

Quelles sont vos obligations ?

Vous devez justifier de votre droit à indemnisation chômage en adressant à votre service des Ressources Humaines une copie de votre admission au chômage (Avis d'attribution délivré par le Pôle Emploi ou par La Poste), dès réception.

Un **justificatif mensuel** de perception des allocations chômage devra être envoyé à La Mutuelle Générale.

L'absence d'envoi du justificatif mensuel d'indemnisation chômage entraînera votre radiation du maintien de garanties, à compter du jour au cours duquel ce constat vous a été notifié par La Mutuelle Générale.

Vous devez signaler immédiatement à La Mutuelle Générale toute modification de votre situation (fin d'indemnisation chômage, reprise d'une activité professionnelle, liquidation d'une pension de retraite etc.), ayant pour conséquence de mettre un terme à la période de maintien de garanties.

Sommes brutes perçues servant de base au calcul des cotisations

L'assiette servant au calcul des cotisations mensuelles, afférentes au maintien des garanties de base obligatoires est constituée du montant moyen de l'ensemble des sommes brutes versées par La Poste au cours des douze ou trois derniers mois précédant la cessation d'activité, au plus élevé des deux et soumises à CSG / CRDS.

Quelles sont les modalités de paiement de votre cotisation ?

La cotisation afférente au maintien des garanties « Frais de Santé » au titre de l'article 14 de l'A.N.I. est identique à celle du personnel actif. S'agissant des garanties de base obligatoires, elle est supportée pour partie par votre employeur et vous-même dans des proportions identiques à celles du personnel actif, et calculée selon le même mode. La part de cotisation relative à l'option éventuellement souscrite, est à votre charge exclusive. Votre cotisation est payable de la manière suivante :

- La cotisation à votre charge correspondant au premier mois de maintien de garanties est due à la date de prise d'effet des garanties et est à régler auprès de La Mutuelle Générale, dans un délai de dix jours suivant la date de cessation de votre activité. Dans le cas où la lettre recommandée adressée par La Poste vous aurait été envoyée sans vous laisser un délai de dix jours de réflexion après votre date de cessation d'activité, le délai de règlement de dix jours sera décompté à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée.
- Au-delà du premier mois de maintien, la cotisation mensuelle à votre charge est à régler le 10 de chaque mois, auprès de La Mutuelle Générale.

Que se passe-t-il en cas de défaut de paiement des cotisations ?

L'assuré qui ne paie pas sa cotisation correspondant au premier mois de maintien est radié de l'assurance pour la période au titre de laquelle cette cotisation est due, soit à minuit le dernier jour du mois de sortie des effectifs de La Poste.

L'assuré qui ne paie pas sa cotisation correspondant au(x) mois au-delà du premier mois de maintien, à son échéance, est radié de l'assurance pour la période restant à courir, soit à minuit le jour au cours duquel la notification d'impayé lui a été adressée par La Mutuelle Générale.

Que se passe-t-il en cas de non admission à l'indemnisation chômage vis-à-vis du maintien des garanties et du paiement des cotisations ?

En cas de non admission à l'indemnisation chômage et dès réception **d'un avis de refus délivré par le Pôle emploi ou La Poste**, vous devez en adresser une copie à votre service des Ressources Humaines (dont les coordonnées figurent sur le courrier recommandé qui vous a été adressé par La Poste). **Les garanties « Frais de Santé » du Contrat prennent fin au dernier jour du mois de cessation de votre activité.** Le montant de cotisation déjà réglé vous sera reversé par La Mutuelle Générale, sous réserve de n'avoir bénéficié d'aucune prestation. En cas de prestation perçue sur la période, seuls les montants de cotisations mensuelles correspondants aux mois au-delà desquels une prestation a été réglée vous seront rendus.

NOTICE D'INFORMATION

Assistance à domicile

- Aide à domicile
- Aide à la naissance
- Garde des enfants...

FAITS GÉNÉRATEURS

Les garanties d'assistance à domicile mentionnées dans cette notice s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie, tels que décrits ci-dessous, survenant à l'un des assurés et nécessitant une hospitalisation d'urgence ou une immobilisation imprévue constatée par un médecin.

Ces garanties, proposées par La Mutuelle Générale, sont assurées par FIDELIA Assistance, Société Anonyme au capital de 9 950 368 euros dont le siège social est situé : 8 rue Boissy d'Anglas, 75008 PARIS et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située 61 rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

Elles sont mises en œuvre par FIDELIA Assistance dont le siège opérationnel est situé BP 550, 27 Quai Carnot, 92212 SAINT-CLOUD CEDEX.

FIDELIA ASSISTANCE
intervient 24 h/24 à la suite d'appels
émanant des Assurés
au numéro vert suivant :

 N° Vert 0 800 004 098

APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Référence à indiquer :
Mutuelle Générale 10 02 63

Définitions

Accident : tout événement soudain, imprévisible et violent, extérieur à la victime, et indépendant de sa volonté, constituant la cause d'une atteinte corporelle.

Animaux de compagnie : il s'agit des animaux considérés usuellement comme familiers tels chiens, chats, oiseaux ou poissons.

Assuré :

- Toute personne physique, ayant la qualité de Membre Participant à titre individuel, en conformité avec les statuts de La Mutuelle Générale ou tout Membre Participant de La Mutuelle Générale couvert par un contrat collectif incluant cette garantie. Le Membre Participant doit être domicilié en France.

- Le conjoint, vivant sous le même toit que lui.
- Les ascendants et descendants fiscalement à charge et vivant sous le même toit que lui.

Atteinte corporelle : blessure ou maladie dont la nature risque de porter atteinte à la vie même du patient ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Conjoint : le conjoint ou le compagnon en cas de concubinage notoire ou le partenaire dans le cadre d'un Pacte Civil de Solidarité (PACS).

Domicile : résidence principale ou secondaire de l'Assuré et située en France.

France : France Métropolitaine, Andorre, Principauté de Monaco et départements d'outre-mer (Mayotte, Guyane, Guadeloupe, Martinique, La Réunion).

Hospitalisation : tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique consécutif à une maladie non chronique ou à un accident corporel.

Immobilisation au domicile : obligation de demeurer au domicile d'une durée supérieure à 5 jours suite à une maladie non chronique ou à un accident corporel.

Maladie : toute altération soudaine, imprévisible et aiguë (non chronique) de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident corporel.

Proches : les ascendants et descendants au 1^{er} degré, le conjoint, les frères, les sœurs, le beau-père, la belle-mère, le gendre, la belle-fille, le beau-frère et la belle sœur de l'Assuré ou à défaut un proche désigné par l'Assuré.

Sinistre : tout événement justifiant l'intervention de FIDELIA Assistance.

Titre de transport :

- Pour les trajets en train dont la durée est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1^{re} classe.
- Pour les trajets en train dont la durée est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

DOMAINE D'APPLICATION DES GARANTIES

Mise en œuvre des garanties

Pour bénéficier des prestations d'assistance, il est indispensable de contacter, préalablement à toute intervention, FIDELIA Assistance afin d'obtenir un numéro de dossier qui seul justifiera une prise en charge des interventions.

FIDELIA Assistance ne participe pas après coup aux dépenses que l'Assuré a engagées de sa propre initiative. Toutefois, afin de ne pas pénaliser l'Assuré qui a fait preuve d'initiative raisonnable, FIDELIA Assistance apprécie leur prise en charge sur justificatifs.

Les garanties ne peuvent se substituer aux interventions des services publics ni aux prestations des organismes sociaux.

FIDELIA Assistance peut demander la justification médicale de l'événement générant la mise en œuvre des garanties (certificat médical, bulletin d'hospitalisation, certificat de décès...).

De la même façon, FIDELIA Assistance peut demander à l'Assuré l'envoi d'une attestation de son entreprise mentionnant que le salarié a épuisé ses droits de garde d'enfants malades au domicile, ou qu'il n'est pas bénéficiaire de tels accords.

Informations

Les garanties d'assistance sont mises en œuvre durant la période d'adhésion à La Mutuelle Générale. Elles cessent de plein droit en cas de résiliation par l'Assuré de son adhésion à La Mutuelle Générale pour tout événement survenu ultérieurement. Toutefois, dès lors que l'intervention d'assistance aurait été engagée avant la résiliation, elle serait menée à son terme par FIDELIA Assistance.

FIDELIA Assistance est subrogée, à concurrence du coût de l'assistance accordée, dans les droits et actions de l'Assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à une prise en charge par FIDELIA Assistance, c'est-à-dire que FIDELIA Assistance effectue en lieu et place de l'Assuré les poursuites contre la partie responsable si elle l'estime opportun.

Conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des Assurances, toutes actions dérivant de la convention d'assistance ne sont plus recevables au-delà d'une période de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Les informations transmises par les Assurés à FIDELIA Assistance sont rigoureusement conformes à la Loi du 6 janvier 1978 modifiée par la Loi du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les Assurés disposent d'un droit d'accès et de rectification des données les concernant.

Réclamations / médiation

En cas de difficulté, l'Assuré peut consulter :

- en priorité son interlocuteur habituel,
- à défaut,
le département RELATION CLIENTÈLE
FIDELIA ASSISTANCE
27 Quai Carnot
92212 SAINT-CLOUD CEDEX
- Si le différent persiste et que l'Assuré n'a pas déjà choisi la voie judiciaire, il peut faire appel à un médiateur indépendant.

Il appartient alors à l'Assuré de prendre contact avec :

Monsieur le Médiateur
FIDELIA ASSISTANCE
8 rue Boissy d'Anglas
75382 PARIS CEDEX 8

Ce dernier est tenu de rendre un avis modéré dans les 3 mois de sa saisine. À la différence d'un jugement, l'avis du médiateur n'est pas contraignant et ne peut être rendu public. L'Assuré n'est pas obligé de l'accepter, mais il prend l'engagement ainsi que la société d'assurances de ne pas en faire état, même devant un tribunal, si le litige était soumis ultérieurement à la justice.

GARANTIES D'ASSISTANCE À DOMICILE

Elles s'appliquent en cas d'accident corporel ou de maladie survenant à l'un des Assurés nécessitant une hospitalisation d'urgence ou une immobilisation imprévue au domicile constatée par un médecin.

Aide à domicile

L'aide à domicile envoyée par LMG Assistance à domicile peut assurer tout ou partie de l'entretien courant du foyer, faire les achats quotidiens ou encore préparer les repas.

Hospitalisation de plus de 48 heures (quel que soit le caractère : urgent ou programmé)

L'Assuré peut bénéficier des services d'une aide à domicile, pendant une période maximale d'un mois, dans les conditions ci-après :

- pendant son hospitalisation pour aider les autres Assurés à faire face, en son absence, aux obligations domestiques qu'ils n'ont pas coutume d'assumer ;
- son retour au domicile, pour le soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré, par le service médical de LMG Assistance à domicile. Elle ne peut dépasser 30 heures pendant un mois. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

Immobilisation imprévue au domicile supérieure à 5 jours

L'Assuré peut bénéficier des services d'une aide à domicile, pendant une période maximale d'un mois, s'il se trouve dans l'incapacité d'accomplir 2 des actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer) médicalement constatée et attestée, à la suite d'une maladie non chronique ou d'un accident corporel.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré, par le service médical de LMG Assistance à domicile. Elle ne peut dépasser 30 heures pendant un mois. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

Séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie

Pour tout traitement entraînant des séances de chimiothérapie et/ou de radiothérapie, LMG Assistance à domicile met à la disposition de l'Assuré une aide à domicile à concurrence de 2 fois 2 heures après chaque séance en milieu hospitalier dans la limite de 30 heures par année civile.

Assurés de 80 ans et plus hospitalisés moins de 48h

En cas d'intervention chirurgicale d'un Assuré âgé de 80 ans et plus nécessitant une hospitalisation de moins de 48 heures, l'Assuré peut bénéficier des services d'une

aide à domicile d'une durée de 8 heures sur une période maximale d'un mois. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

Décès du conjoint

L'Assuré peut bénéficier des services d'une aide à domicile, pendant une période maximale d'un mois.

La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assuré, par le service médical de LMG Assistance à domicile. Elle ne peut dépasser 30 heures pendant un mois. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

Aide à la naissance

Les garanties d'aide à la naissance s'appliquent pendant 3 mois à compter de la date de naissance de l'enfant. Les garanties « conseils de puériculture » et « service de soutien psychologique » peuvent bénéficier à l'Assuré(e) c'est-à-dire à la mère et/ou père du nouveau-né.

Aide ménagère

À l'issue d'un séjour en maternité de moins de 5 jours, l'Assurée peut bénéficier au retour à domicile, d'un forfait de 4 heures d'aide à domicile pour la soulager d'une partie des tâches ménagères qui lui incombent habituellement et que sa convalescence ne lui permet pas d'assumer.

Ce forfait peut être effectué en 2 fois 2 heures.

Si le séjour en maternité est de 5 jours ou plus et / ou s'il s'agit de naissances multiples, l'Assurée peut bénéficier des services d'une aide à domicile, pendant une période maximale d'un mois, dans les conditions ci-après : pendant son hospitalisation pour aider les autres Assurés à domicile ou à son retour au domicile. La durée d'application de cette garantie est déterminée en fonction de l'état de santé et/ou de la situation de famille de l'Assurée, par le service médical de LMG Assistance à domicile. Elle ne peut dépasser 30 heures réparties sur les 3 mois après la naissance. Elle peut s'appliquer dès le premier jour si nécessaire.

Conseils de puériculture

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00, hors jours fériés, l'équipe médicale communique à l'Assuré(e), par téléphone, les renseignements qui lui sont nécessaires dans le domaine de la santé et des modes de garde.

- Dans le domaine de la santé, les soins du nouveau-né : alimentation, allaitement, sommeil, hygiène, évolution et développement de bébé, vaccinations...
- Dans le domaine des modes de garde : inscription en crèche, établissements et services d'accueil des jeunes enfants, garde à domicile : employées au domicile, assistantes maternelles, aides financières et avantages fiscaux des modes de garde, protection maternelle et infantile.

Service de soutien psychologique

LMG Assistance à domicile intervient lorsque l'Assuré(e) est victime d'un traumatisme psychologique suite à une

fausse couche, un « baby blues », la naissance d'un enfant prématuré, l'hospitalisation du nouveau-né, le décès de l'enfant.

Accueil et consultation psychologique

LMG Assistance à domicile met à disposition de l'Assuré(e) un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone pour une consultation d'une durée moyenne de 45 minutes.

LMG Assistance à domicile prend en charge le coût de cette consultation.

Suivi psychologique

À l'issue de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'Assuré(e) peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un psychologue clinicien, proche du domicile de l'Assuré(e) ou, sur sa demande, auprès d'un psychologue de son choix.

LMG Assistance à domicile prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue de son choix, LMG Assistance à domicile rembourse sur justificatifs, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € par consultation.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'Assuré(e).

La prestation « suivi psychologique » est limitée à 1 événement traumatisant par bénéficiaire et par année d'assurance.

En aucun cas, il ne s'agit d'une psychothérapie par téléphone.

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique

Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- pour un suivi psychologique alors que l'Assuré(e) est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Cas particulier : les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine sont réalisés par téléphone.

Garde des enfants

Si les parents sont malades ou accidentés

Si à la suite d'une hospitalisation d'urgence de plus de 48 heures ou d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours, de l'Assuré ou de son conjoint, et si aucun Assuré ne peut s'occuper des enfants de moins de 16 ans ou des enfants handicapés, LMG Assistance à domicile organise et prend en charge l'une des quatre prestations suivantes :

- Soit le déplacement aller-retour d'un proche résidant en France pour garder les enfants au domicile de l'Assuré.

- Soit le transfert aller-retour des enfants chez un proche résidant en France.

En cas de nécessité ou d'indisponibilité d'un accompagnateur, LMG Assistance à domicile organise et prend en charge l'accompagnement des enfants par l'un de ses prestataires conventionnés.

Pour les départements français d'outre-mer, ces deux prestations sont accordées si le transfert des personnes a lieu dans le département français d'outre-mer où est domicilié l'Assuré ou si le proche réside dans le même département d'outre-mer que l'Assuré.

- Soit, s'ils sont scolarisés, leur conduite à l'école et retour au domicile à raison de 2 fois par jour pendant 5 jours répartis sur une période d'un mois.

Cette dernière prestation ne s'applique pas dans les départements français d'outre-mer.

- Soit, la garde des enfants âgés de moins de 16 ans dans la limite de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de l'événement. Une aide maternelle assure alors la garde, suivant les circonstances, au domicile de l'Assuré ou au sien. Cette prestation peut être complétée par l'accompagnement aller et retour des enfants à l'école.

Cette garantie s'exerce également, à concurrence des mêmes montants de prestation et durée d'application, en cas :

- de séjour en maternité de plus de 5 jours,
- de décès de l'un des Assurés.

Si l'enfant est malade ou accidenté

En cas de maladie imprévue ou d'accident de l'enfant de moins de 16 ans nécessitant son immobilisation au domicile pendant plus de 48 heures et si le médecin traitant estime que l'état de santé d'un enfant nécessite la présence d'une personne à son chevet, et que ni l'Assuré, ni son conjoint ne peuvent assumer cette tâche, LMG Assistance à domicile :

- Organise et prend en charge le déplacement aller-retour d'un proche parent résidant en France pour garder les enfants au domicile.

Pour les départements français d'outre-mer, cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même département d'outre-mer que l'Assuré.

ou

- Fournit une aide maternelle et prend en charge sa rémunération à concurrence de 30 heures réparties sur un mois à compter de la date de la maladie ou de l'accident.

L'appréciation du médecin doit être confirmée à LMG Assistance à domicile par l'envoi ultérieur d'un certificat médical.

École à domicile

En cas d'accident ou de maladie imprévue entraînant une immobilisation au domicile et si l'enfant scolarisé de l'Assuré se trouve dans l'incapacité médicalement constatée de reprendre ses cours, et que cette obligation entraîne une absence scolaire supérieure à deux semaines, LMG Assistance à domicile fournit une aide pédagogique à partir du 15^e jour. Pour cela,

LMG Assistance à domicile recherche et prend en charge un répétiteur se déplaçant au domicile pour donner des cours dans les matières principales jusqu'à 3 heures par jour ouvrable hors période de vacances scolaires, tant que l'enfant n'est pas en mesure de retourner à l'école et jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours, si nécessaire. Cette aide pédagogique s'adresse exclusivement aux enfants scolarisés en France du cours préparatoire à la classe de terminale. L'Assuré doit justifier sa demande en adressant à LMG Assistance à domicile un certificat médical précisant que l'enfant ne peut, compte tenu de son état, se rendre dans son établissement scolaire et la durée prévue de son immobilisation.

Garde des ascendants

Si à la suite d'une hospitalisation d'urgence de plus de 48 heures ou d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours, de l'Assuré ou de son conjoint, et si aucun Assuré ne peut assumer la garde des ascendants vivant habituellement au foyer, LMG Assistance à domicile organise et prend en charge :

- Soit le transfert aller-retour des ascendants chez un proche parent résidant en France.
Pour les départements français d'outre-mer, ces deux prestations ne sont accordées que si le transfert des personnes a lieu dans le département français d'outre-mer où est domicilié l'Assuré ou que le proche réside dans le même département d'outre-mer que l'Assuré.
- Soit leur garde à domicile par une aide à domicile dans la limite de 30 heures réparties sur 1 mois à compter de la date de l'événement.

Cette garantie s'applique immédiatement en cas de décès de l'Assuré ou de son conjoint.

Aide aux aidants

LMG Assistance à domicile organise et prend en charge des consultations avec un psychologue clinicien pour apporter un soutien psychologique à l'Assuré « Aidant ».

Accueil psychologique

LMG Assistance à domicile met à la disposition de l'Assuré « Aidant », par le biais d'un entretien téléphonique, une équipe de psychologues destinés à lui apporter un soutien moral.

Accueil et consultation psychologique

LMG Assistance à domicile met à disposition du bénéficiaire un service d'écoute et d'aide psychologique par téléphone pour une consultation d'une durée moyenne de 45 minutes.

LMG Assistance à domicile prend en charge le coût de cette consultation ainsi que les frais de téléphone.

Suivi psychologique

À la suite de cette première consultation et selon le diagnostic établi, l'Assuré « Aidant » peut bénéficier de 3 nouvelles consultations maximum effectuées soit par téléphone auprès du même psychologue, soit au cabinet d'un psychologue clinicien agréé, proche du domicile du bénéficiaire ou, sur sa demande, auprès d'un psychologue de son choix.

LMG Assistance à domicile prend en charge le coût des consultations.

Dans le cas d'un suivi chez un psychologue du choix de l'Assuré « Aidant », LMG Assistance à domicile rembourse sur justificatifs, 3 consultations maximum dans la limite de 52 € par consultation.

Dans tous les cas, les frais de transport pour se rendre chez le psychologue restent à la charge de l'Assuré « Aidant ».

La prestation « suivi psychologique » est limitée à un événement traumatisant par Assuré « Aidant » et par année d'assurance.

Cette garantie s'exerce, également, en cas de décès du conjoint de l'Assuré « Aidant ».

Exclusions relatives à l'accompagnement psychologique :

Pour chacune de ces prestations, la garantie n'intervient pas :

- pour un suivi psychologique alors que l'Assuré est déjà en traitement auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue,
- dans le cas d'une décompensation psychique grave nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

Cas particulier : les consultations et le suivi psychologique en dehors de la France métropolitaine sont réalisés par téléphone.

Billet de visite d'un proche

En cas d'hospitalisation d'urgence de plus de 48 heures ou d'immobilisation imprévue au domicile de plus de cinq jours d'un Assuré, LMG Assistance à domicile organise et prend en charge la présence à son chevet d'un proche résidant en France.

LMG Assistance à domicile met à sa disposition un titre de transport aller et retour :

- pour les trajets en train dont la durée est inférieure à 5 heures, il sera remis un billet de train 1^{re} classe ;
- pour les trajets en train dont la durée est supérieure à 5 heures, il sera remis un billet d'avion classe touriste.

LMG Assistance à domicile organise et prend en charge son hébergement, pour 2 nuits, petits-déjeuners inclus, à concurrence de 100 euros.

Les frais de nourriture et annexes ne sont pas pris en charge.

Pour les départements français d'outre-mer, cette prestation n'est accordée que si le proche réside dans le même département d'outre-mer que l'Assuré.

Location de téléviseur

En cas d'hospitalisation d'urgence d'un Assuré, LMG Assistance à domicile prend en charge les frais de location d'un téléviseur pour une durée maximale d'un mois.

Garde des animaux de compagnie

Si à la suite d'une hospitalisation d'urgence de plus de 48 heures ou d'une immobilisation imprévue au domicile de plus de 5 jours et si l'Assuré n'a personne à qui confier ses animaux de compagnie, LMG Assistance à domicile organise et prend en charge leur garde dans un établissement spécialisé, sous réserve que ceux-ci aient reçu les vaccinations obligatoires. La prise en charge ne peut excéder une période de 30 jours. Cette garantie s'exerce également, à concurrence des mêmes montants de prestation et durée d'application, en cas de décès de l'Assuré ou de son conjoint.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES

Exclusions générales

Dans tous les cas, l'organisation des premiers secours est à la charge des autorités locales.

Les prestations qui n'ont pas été utilisées par l'Assuré, lors de la durée de la garantie, ne font pas l'objet d'une indemnité compensatoire.

Sont également exclus les dommages provoqués intentionnellement par l'Assuré.

En cas de fausse déclaration intentionnelle d'un assuré concernant la survenance d'un risque couvert par le présent contrat, FIDELIA Assistance peut en application des dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances opposer à l'Assuré concerné la nullité de la garantie. En conséquence, dans ce cas, la prestation n'est pas due et FIDELIA Assistance peut en exiger le remboursement.

Sont aussi exclues :

- les interventions ou traitements d'ordre essentiellement esthétique,
- pour une immobilisation à domicile, les maladies chroniques.

Circonstances exceptionnelles

FIDELIA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance prévues dans le contrat.

Cependant, elle ne peut être tenue pour responsable ni de la non-exécution, ni des retards provoqués :

- par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non ;
- par la réquisition des hommes et du matériel par les autorités ;
- par tout acte de sabotage ou de terrorisme ;
- par les conflits sociaux tels que grèves, émeutes, mouvements populaires, lock-out, etc ;
- par les cataclysmes et catastrophes naturels (tremblement de terre, éruption volcanique, raz-de-marée, cyclone, glissement de terrain, rupture de barrage) ;
- par les dommages ou l'aggravation des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de la structure du noyau de l'atome, par tous combustibles nucléaires, produits ou rejets radioactifs, toutes sources de rayonnements ionisants ;
- par tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution du contrat.

Dans les zones épidémiques, ne peuvent donner lieu à intervention :

- les situations à risque infectieux en contexte épidémique faisant l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillance spécifique de la part des autorités sanitaires locales et/ou nationales du pays d'origine ;
- les états pathologiques résultant :
 - d'une maladie infectieuse contagieuse ou de l'exposition à des agents biologiques infectants,
 - d'une exposition à des substances chimiques type gaz de combat, incapacitants neurotoxiques, etc. ou à effets toxiques rémanents,
 - d'une contamination par radio nucléides.

NOTICE D'INFORMATION
LIGNE CLAIRE

Un centre d'appels dédié
à votre santé

LIGNE CLAIRE

Vous bénéficiez d'un accès gratuit à Ligne claire, le centre d'appels dédié à votre santé qui délivre des informations et des conseils en matière de santé et de démarches sociales.

Sur simple appel, une équipe de conseillers vous propose de nombreux services :

- **Analyse de devis en optique, dentaire, orthodontie et acoustique.** Vous pouvez ainsi bénéficier de prestations au prix le plus juste et réduire au maximum le reste à charge.
- Mise à disposition d'une liste de médecins ou d'établissements conventionnés et proches de chez vous.
- Sensibilisation sur des sujets de prévention ainsi qu'information sur la santé.

Ligne claire, c'est aussi des informations sur les droits en matière d'assistance sociale, la mise à disposition de coordonnées d'associations ou d'administrations, avec, au besoin, une prise de contact effectuée directement par l'assistance sociale qui assurera le suivi de votre dossier.

**Les conseillers de Ligne claire
sont à votre service au :**

N° Indigo 0 820 304 305
0,12 € TTC / MN

**du lundi au samedi de 8h à 20h
(horaires métropole)**

Pour toute information,
n'hésitez pas à contacter
La Mutuelle Générale

• **par courrier :**

LA MUTUELLE GENERALE
Centre de gestion CCFP
N° TSA 90255
94281 LE KREMLIN BICETRE CEDEX

• **par téléphone :**



APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

du lundi au vendredi,
de 8h00 à 20h00

• **par e-mail :**

gestion.ccfp@lamutellegenerale.fr

• **par fax :**

au 01 45 59 83 60



LA POSTE
DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES ET DES RELATIONS SOCIALES
44 BOULEVARD DE VAUGIRARD
75757 PARIS CEDEX 15

