

NOTICE D'INFORMATION

Contrat collectif à adhésion facultative

*Garanties optionnelles frais de santé
du ministère de la Justice
et des Établissements publics
et Autorités indépendantes rattachés*

CONTRAT N° : MJU00001OPT

Notice d'information établie en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité.
La présente notice d'information prend effet le 1^{er} octobre 2025.

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
LEXIQUE	3
TITRE I. AFFILIATION AU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 1 - Information précontractuelle – Modification du contrat collectif	4
Article 2 - Bénéficiaires	4
Article 3 - Conditions et modalités d'affiliation du membre participant au contrat collectif	5
Article 4 - Faculté de renonciation	6
Article 5 - Conditions et modalités d'affiliation d'un ayant droit au contrat collectif	6
TITRE II. MAINTIEN - SUSPENSION - TERME DES GARANTIES	6
Article 6 - Maintien ou suspension des garanties	6
Article 7 - Terme de l'adhésion et des garanties	6
TITRE III. DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF	7
Article 8 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif	7
TITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES	8
Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle	8
Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle	8
Article 11 - Subrogation	8
Article 12 - Prescription - Interruption de la prescription	8
Article 13 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme	8
Article 14 - Réclamations - Médiation	8
Article 15 - Loi applicable - Langue applicable – Monnaie	9
Article 16 - Sanctions internationales	9
Article 17 - Informatique et Libertés	10
Article 18 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution	10
TITRE V. GARANTIE FRAIS DE SANTE	10
CHAPITRE I - LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	10
Article 19 - Objet des prestations	10
Article 20 - Caractère solidaire et responsable de la Garantie Frais de santé	10
Article 21 - Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée	11
Article 22 - Limitation des prestations	11
Article 23 - Exclusions	11
Article 24 - Versement des prestations	12
Article 25 - Tiers Payant	12
Article 26 - Modalités de versement des prestations	12
Article 27 - Prestations indument versées	11
Article 28 - Déchéance des droits à prestations	12
CHAPITRE II – GESTION DU RÉGLEMENT DES SINISTRES	12
TITRE VI. MODALITES DE GESTION	13
CHAPITRE I - LES COTISATIONS AFFÉRENTES A LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ	13
Article 29 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie Frais de santé	13
Article 30 - Périodicité et modalités de règlement des cotisations	13
Article 31 - Non-paiement de la cotisation	13
Annexe 1 - Prestations	14
Annexe 2 - Cotisations	18

PRÉAMBULE

Le contrat collectif conclu entre le Ministère de la justice et des établissements publics et autorités indépendantes rattachés (« le Souscripteur ») et **INTÉRIALE*** (« la Mutuelle ») est un contrat collectif à adhésion obligatoire.

* Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, numéro SIREN 775 685 365, dont le siège social est 32, rue Blanche - 75009 PARIS.

Le contrat collectif à adhésion facultative est conclu conformément aux dispositions suivantes :

- l'article L.221-2-III-1° du Code de la mutualité ;
- le décret n°2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;
- l'arrêté du 30 mai 2022, relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;
- l'accord interministériel du 26 janvier 2022, relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'Etat ;
- l'accord du 25 juin 2024 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident pour les personnels du ministère de la justice et des établissements et autorités rattachés ;
- les pièces contractuelles de la consultation « accord cadre relatif pour la protection sociale complémentaire des agents du ministère de la justice et établissements publics rattachés » ;

Le contrat collectif fait partie d'un marché public comprenant un ensemble de 5 contrats collectifs liés entre eux :

- le « premier contrat principal (1) » est le contrat collectif à adhésion obligatoire pour les bénéficiaires actifs pour le socle reprenant le panier de soins issus de l'accord interministériel conclu le 26 janvier 2022. L'adhésion y est donc obligatoire pour les agents actifs du ministère de la Justice ainsi que pour ceux des établissements publics et ceux des autorités indépendantes rattaché ;
- le « second contrat principal (2) » est le contrat collectif à adhésion obligatoire pour les bénéficiaires actifs affectés à l'étranger et à adhésion facultative pour leurs ayants droit. L'adhésion à ce contrat est obligatoire pour tous les agents ainsi affectés, quelle que soit la durée de ce affectation, et à adhésion facultative pour leurs ayants droit ;
- le « contrat accessoire (3) » est le contrat collectif à adhésion facultative concernant les bénéficiaires retraités (ayant le ministère de la Justice ou les établissements publics ou les autorités indépendantes rattachés comme dernier employeur), pour le socle identique au premier contrat principal (1) ;
- le présent contrat, dénommé « contrat accessoire (4) » est le contrat collectif à adhésion facultative concernant les bénéficiaires ayants droit (tant des agents actifs que des retraités), pour le socle identique au premier contrat principal (1) ;

- le « contrat accessoire (5) » est le contrat collectif à adhésion facultative concernant tous les bénéficiaires, pour le régime optionnel comprenant 3 niveaux de garanties.

Les 5 contrats sont liés :

- Le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (3), (4) et (5) n'existent que si le premier contrat principal (1) existe. Ainsi, si le contrat principal est résilié ou est modifié, alors le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (3), (4) et (5) sont résiliés ou sont modifiés

La présente notice a pour objet de définir les conditions et modalités selon lesquelles la Mutuelle assure des garanties complémentaires santé, intitulées « Garanties frais de santé optionnelles », au bénéfice des membres participants actifs et retraités du Souscripteur ainsi que leurs ayants droit respectifs.

L'ensemble des garanties et services complémentaires est défini par la présente notice d'information.

LEXIQUE

Au sein de la présente notice :

- Le terme « Souscripteur » désigne le ministère de la Justice et les établissements publics et autorités indépendantes suivants :

- Ecole nationale de la magistrature (ENM) ;
- Ecole nationale de l'administration pénitentiaire (ENAP) ;
- Agence publique pour l'immobilier de la justice (APIJ) ;
- Conseil constitutionnel ;
- Grande chancellerie de la Légion d'honneur ;
- Agence de gestion et de recouvrement des avoirs saisis et confisqués (AGRASC) ;
- Etablissement public d'exploitation du livre foncier informatisé (EPELFI).

- Le terme « Membre participant » ou « bénéficiaire actif » désigne la personne physique bénéficiant des prestations de la Mutuelle au titre du contrat collectif à adhésion obligatoire auquel elle est affiliée et en ouvre le droit à ses ayants droit. Conformément aux articles 5 et 6 du décret n° 2022-633 du 22 avril 2022, la couverture des ayants droit fait l'objet dans le cadre d'un marché public d'un contrat collectif à adhésion facultative distinct.

- L'expression « Garantie frais de santé » désigne la garantie ayant pour objet la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, d'analyse ou d'appareillage, les dépenses engagées pour obtenir certaines de ces prestations (frais de séjour, d'hospitalisation ou de transport), ainsi que d'autres frais en relation avec la santé.

- Le « PMSS » est le Plafond Mensuel de la Sécurité sociale fixé chaque année par arrêté.

- Le « Ticket modérateur » est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du membre participant après le remboursement de l'assurance maladie avant déduction éventuelle de la participation forfaitaire et des franchises en pharmacie, transports sanitaires et auxiliaires médicaux, dans la limite de la base de remboursement.

- Le « Tiers payant » est une disposition particulière prévue à la mise en place du contrat permettant au membre participant de se faire délivrer, sans avance de frais, des produits pharmaceutiques prescrits par ordonnance et pris en charge par la Sécurité sociale ou de ne pas avancer le ticket modérateur pour les dépenses engagées auprès des médecins généralistes et spécialistes, des laboratoires de biologie, des cabinets de radiologie, des auxiliaires médicaux, des dentistes, des opticiens, de centre d'audiologie, des centres de santé et des hôpitaux publics pour les soins externes.

Pour faciliter la lecture du contrat collectif, la Mutuelle invite les membres participants à consulter le Lexique disponible sur le site Internet de la Mutuelle (www.interiale.fr), en ce inclus le Glossaire de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire (UNOCAM).

Le Glossaire de l'UNOCAM n'a toutefois pas de valeur contractuelle et ne peut être opposable à la Mutuelle par les membres participants.

TITRE I. AFFILIATION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 1 - Information précontractuelle Modification du contrat collectif

La Mutuelle remet pour le compte du Souscripteur au membre participant ou futur membre participant, avant son affiliation au contrat collectif une notice d'information établie par la Mutuelle qui définit les garanties prévues, leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

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

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, la mutuelle pour le compte du Souscripteur est tenue d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice d'information établie à cet effet.

La preuve de la remise de la notice d'information, des Statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au à la Mutuelle.

La Mutuelle remet également au membre participant les statuts de la Mutuelle ainsi que le règlement intérieur. Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée des engagements de la Mutuelle. Dans ce cas, le Souscripteur et la Mutuelle procéderont à la révision du contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

Le contrat accessoires (5) ainsi que le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (3) et (4) n'existent que si le premier contrat principal (1) existe. Ainsi, si le premier contrat principal est résilié ou est modifié, alors le contrat accessoire (5), le second contrat principal (2) et les contrats accessoires (3) et (4) sont résiliés ou sont modifiés.

Article 2 - Bénéficiaires

a. Les membres participants

Peuvent adhérer à tout moment au contrat collectif dans les conditions définies par celui-ci, les bénéficiaires actifs et les bénéficiaires retraités relevant du périmètre du Souscripteur, dès lors qu'ils sont affiliés :

- pour les bénéficiaires actifs : au contrat collectif à adhésion obligatoire du Souscripteur relatif au « panier de soins interministériel » (premier contrat principal (1) ») ;
- pour les bénéficiaires retraités : au contrat collectif à adhésion facultative du Souscripteur relatif au « panier de soins interministériel » (contrat accessoire (3)).

Les bénéficiaires actifs sont, dès lors qu'ils sont employés et rémunérés par le Souscripteur :

- les fonctionnaires civils de l'Etat, titulaires et stagiaires ;
- les agents contractuels de droit public ;
- les agents contractuels de droit privé non couverts par un contrat collectif à adhésion obligatoire prévu à l'article L. 911-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- les magistrats de l'ordre judiciaire ;
- les auditeurs de justice et stagiaires du concours professionnel prévu par l'article 22 de l'ordonnance n° 58-1270 du 22 décembre 1958 portant loi organique relative au statut de la magistrature.

Conserve la qualité de bénéficiaire actif l'agent placé dans l'une des situations suivantes :

- congé parental ;
- disponibilité pour raison de santé, congé sans rémunération pour raison de santé ou congé sans salaire pour raison de santé, de maternité ou lié aux charges parentales ;
- congé de proche aidant, congé de présence parentale et congé de solidarité familiale ;
- congé de formation professionnelle ;
- bénéficiaire de l'allocation spécifique de cessation anticipée d'activité.

En cas de disponibilité pour raisons personnelles, l'agent peut conserver à sa demande la qualité de bénéficiaire actif. Les bénéficiaires retraités relevant du périmètre du Souscripteur sont :

- les personnes qui ont la qualité de bénéficiaire actif à la date de sa cessation d'activité pour admission à la retraite **ET** qui sont titulaires d'une pension de retraite de droit direct :
 - du régime du code des pensions civiles et militaires de retraite,
 - du régime de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités publiques mentionné à l'article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale,
 - du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat institué par le décret du 5 octobre 2004 susvisé,

○ ou du régime institué par l'accord interprofessionnel du 17 novembre 2017 instituant le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire.

- les anciens agents publics de l'Etat qui, à la date de souscription par leur ancien employeur d'un premier contrat collectif pour les bénéficiaires retraités, ont cessé leur activité pour être admis à la retraite et auraient rempli les conditions définies à l'alinéa précédent si le contrat avait été souscrit à la date de son admission à la retraite.

Les bénéficiaires actifs et retraités relevant du périmètre du Souscripteur acquièrent alors la qualité de membre participant de la Mutuelle conformément à l'article L. 221-2 III du Code de la mutualité.

b. Les ayants droit

L'adhésion des bénéficiaires actifs et des bénéficiaires retraités des garanties Frais de santé du « Panier de soins interministériel » (premier contrat principal (1), contrat accessoire (3)) au contrat collectif entraîne automatiquement l'adhésion des ayants droit affiliés aux garanties Frais de santé du « Panier de soins interministériel ».

Les différentes catégories d'ayants droit du membre participant pouvant être affiliés au contrat collectif sont :

1. le conjoint non séparé de corps dans les conditions prévues à l'article 296 du code civil, d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ;
2. la personne liée par un pacte civil de solidarité à un bénéficiaire actif ou à un bénéficiaire retraité ;
3. la personne vivant en concubinage avec un bénéficiaire actif ou un bénéficiaire retraité dans les conditions prévues à l'article 515-8 du code civil ;
4. l'enfant ou petit-enfant d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité, ou de leur conjoint ou d'une personne liée à eux par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage avec eux, ou enfant confié par décision de justice aux mêmes personnes, à leur charge au sens de l'article L. 196 du code général des impôts et ne bénéficiant pas d'un autre régime ou dispositif de protection sociale complémentaire au titre de leur activité professionnelle, et qui est :
 - a) âgé de moins de 21 ans ;
 - b) âgé de moins de 25 ans, s'il justifie de la poursuite de ses études, est en contrat d'apprentissage ou est demandeur d'emploi au sens de l'article L. 5411-1 du code du travail ;
 - c) reconnu handicapé par la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du code de l'action sociale et des familles. Le conjoint survivant et l'enfant orphelin du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé, titulaire d'une pension de réversion ou d'orphelin d'un des régimes mentionnés au 1^o de l'article 5, conserve, à sa demande, la qualité de bénéficiaire ayant droit après le décès du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité. Sa demande d'adhésion est formulée dans le délai d'un an à compter du décès.

La présentation régulière des pièces justificatives conditionne le maintien de l'affiliation au contrat.

Article 3 - Conditions et modalités d'adhésion du membre participant au contrat collectif

a. Formalités d'adhésion au contrat collectif

Les bénéficiaires actifs et leurs ayants droit peuvent adhérer aux garanties Frais de santé optionnelles en fournissant les informations et pièces demandées dans le cadre d'un parcours d'adhésion en ligne.

Les bénéficiaires retraités et leurs ayants droit peuvent adhérer aux garanties Frais de santé optionnelles en fournissant les informations et pièces demandées dans le cadre de la demande d'adhésion ainsi qu'un mandat de prélèvement SEPA.

L'adhésion des bénéficiaires n'est pas soumise à la complétude d'un questionnaire de santé. Aucun délai de carence n'est applicable, le bénéficiaire a droit aux garanties dès son adhésion au contrat.

Le bénéficiaire lors de la complétude de sa demande d'adhésion indique l'option à laquelle il souhaite adhérer.

Le bénéficiaire a la possibilité de changer de formule et doit, à ce titre, s'acquitter de la cotisation correspondante.

Le bénéficiaire peut modifier son choix d'option sans pénalité a minima :

- au 1^{er} octobre de chaque année, la demande de modification devant parvenir à la Mutuelle avant le 31 juillet qui précède, sous réserve d'avoir été couvert pendant une durée minimale d'un (1) an;
- au 1^{er} jour du mois civil qui suit la réception de la demande par la Mutuelle, en cas de changement de situation de famille sur présentation de justificatifs (naissance, adoption, mariage, PACS, concubinage, divorce, séparation, décès).

L'adhésion du membre participant emporte acceptation des Statuts et du Règlement intérieur de la Mutuelle, des notices d'information ainsi que des droits et obligations définis au contrat collectif.

b. Prise d'effet de l'adhésion et des Garanties Frais de santé optionnelles

Sous réserve de la fourniture de tous les documents mentionnés à l'article 3.a ci-dessus, l'adhésion et les Garanties frais de santé optionnelles prennent effet :

- à la date de prise d'effet des garanties Frais de santé de base prévue au premier contrat principal (1) ou au contrat accessoire (3) du membre participant, si l'adhésion de ce dernier aux garanties Frais de santé de base et au contrat est simultanée ;
- au plus tard, deux mois après la validation de l'adhésion du membre participant.

c. Durée de l'affiliation au contrat collectif

L'adhésion au contrat collectif est valable jusqu'au 30 septembre à 24 heures qui suit la date d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} octobre de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues par les articles 5 et 6 de la présente notice d'information.

Article 4 - Faculté de renonciation

A compter de la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion par lettre, tout support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Exemple de lettre de renonciation :

« Je soussigné(e) ... (nom, prénom) demeurant au ... (adresse) déclare renoncer à mon adhésion (numéro d'adhérent) au contrat collectif à adhésion facultative souscrit auprès de la mutuelle Intériale.

(Date et signature de l'adhérent) ».

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

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

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

Article 5 - Conditions et modalités d'affiliation d'un ayant droit au contrat collectif

a. Formalités d'affiliation au contrat collectif

La demande d'adhésion du bénéficiaire actif (premier contrat principal (1)) ou retraité (contrat accessoire (3)) au contrat collectif, emporte automatiquement demande d'adhésion pour ses ayants droit affiliés aux garanties Frais de santé optionnelles.

b. Prise d'effet des Garanties frais de santé optionnelles

Les Garanties frais de santé optionnelles des ayants droit prennent effet à la même date que la prise d'effet des Garanties frais de santé optionnelles pour le membre participant.

En cas d'adhésion postérieure de l'ayant droit aux garanties Frais de santé de base prévues au premier contrat principal (1) ou au contrat accessoire (3) et en cas de naissance ou adoption ; l'affiliation de l'ayant droit aux Garanties frais de santé optionnelles prendra effet à la même date que son affiliation à la garantie Frais de santé de base prévue au premier contrat principal (1) ou au contrat accessoire (3).

c. Durée et renouvellement de l'affiliation au contrat collectif

L'affiliation au contrat collectif facultatif est valable jusqu'au 30 septembre à 24 heures qui suit l'année d'affiliation.

L'affiliation se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er octobre de chaque année, quelle que soit la date d'affiliation initiale, sauf cessation des garanties dans les conditions prévues à l'article 7 de la présente notice d'information.

TITRE II. MAINTIEN - SUSPENSION TERME DES GARANTIES

Article 6 - Maintien ou suspension des garanties

La garantie frais de santé optionnelle est maintenue pour le bénéficiaire actif dès lors que la « Garantie frais de santé de base » prévue au premier contrat principal (1) souscrit par le Souscripteur est elle-même maintenue.

Le maintien de la garantie frais de santé optionnelle suppose que le membre participant acquitte sa quote-part de cotisation.

La garantie frais de santé optionnelle est suspendue dès lors que la garantie frais de santé de base prévue au premier contrat principal (1) est elle-même suspendue.

La suspension de la garantie s'achève en même temps que s'achève la suspension de la garantie frais de santé de base prévue au premier contrat principal (1) souscrit par le Souscripteur.

Pendant la période de suspension de la garantie, aucune cotisation n'est due à la Mutuelle.

Article 7 - Terme de l'adhésion et des garanties

L'adhésion et les garanties définies par le contrat collectif prennent fin :

- pour le bénéficiaire actif, à la date où il cesse d'être employé et ne remplit plus les conditions prévues à l'article 2.a de la présente notice d'information ;
- pour le bénéficiaire retraité, à la date à laquelle il ne répond plus aux conditions prévues à l'article 2.a de la présente notice d'information ;
- pour l'ayant-droit :
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions prévues à l'article 2.b de la présente notice d'information ;
- à la même date que celle du membre participant ;
- à la date du décès du membre participant ou de l'ayant droit ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion du membre participant au contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article 8 de la présente notice d'information ;
- à la date de résiliation du contrat collectif par le Souscripteur ou la Mutuelle ;
- à la date de résiliation du premier contrat principal (1), celle-ci entraînant la résiliation du contrat collectif.

Dans tous les cas, le terme des garanties prévues par la présente notice d'information entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour les membres participants et leurs ayants droit affiliés audit contrat.

TITRE III. DENONCIATION DE L'ADHESION AU CONTRAT COLLECTIF

Article 8 - Dénonciation de l'adhésion au contrat collectif

La résiliation de l'adhésion du membre participant entraîne la cessation des droits pour l'ensemble de ses ayants droit bénéficiaire au contrat.

a. Résiliation annuelle

Conformément à l'article L. 221-10 du Code de la mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans, au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Pour résilier, le membre participant envoie une notification de résiliation à la Mutuelle selon son choix soit par :

- lettre ou tout autre support durable ;
- demande écrite faite au centre de gestion ou au siège social de la Mutuelle ;
- acte extrajudiciaire ;
- le même mode de communication à distance que celui proposé par la Mutuelle pour l'adhésion du membre participant ;
- ou via la fonctionnalité de résiliation accessible à partir de l'espace adhérent du membre participant.

L'adhésion du membre participant prend fin à la date d'échéance du contrat suivant la date de réception par la Mutuelle de la notification.

b. Résiliation infra-annuelle

Conformément à l'article L. 221-10-2 du Code de la mutualité, le membre participant peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, dénoncer son adhésion au contrat, sans frais ni pénalités.

Pour dénoncer son adhésion, le membre participant envoie une notification de résiliation à la Mutuelle selon les mêmes modalités que celles fixées au a. du présent article.

La Mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation de l'adhésion prend alors effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant.

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

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

À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal. Dans le cas où le membre participant souhaite résilier le contrat pour souscrire un nouveau contrat frais de santé auprès d'un nouvel organisme assureur, celui-ci peut effectuer pour le compte du membre participant souhaitant le rejoindre, les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues ci-dessus.

c. En cas de modification des droits et obligations

Conformément à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, le Souscripteur est tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la Mutuelle.

Tout membre participant peut, dans le délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications.

La preuve de la remise de la notice au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au Souscripteur.

d. Résiliation en cas de changement de situation du bénéficiaire

Les bénéficiaires actifs ou retraités couverts par le contrat peuvent résilier ce contrat en cas de changement de profession, retraite professionnelle, ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Il peut être mis fin à l'adhésion lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

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

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

Ces dispositions s'appliquent également aux conjoints survivants et aux enfants orphelins du bénéficiaire actif ou du bénéficiaire retraité décédé ayant demandé à conserver la qualité de bénéficiaire, conformément à l'article 5 du décret n°2022-633 du 22 avril 2022.

Cette résiliation de l'adhésion aux garanties optionnelles n'aura pas d'effet sur la Garantie Frais de santé du « premier contrat principal (1) ».

Elle entraîne la résiliation du contrat portant les garanties optionnelles pour l'ensemble des ayants-droit des bénéficiaires actifs et retraités concernés.

TITRE IV. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 9 - Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 10 - Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Article 11 - 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 (notamment les opérations relatives au remboursement de frais de soins), la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

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

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

Article 12 - Prescription - Interruption de la prescription

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant des opérations de la Mutuelle sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

Conformément à l'article L. 221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (à savoir, la reconnaissance par une partie des droits de l'autre partie, la demande en justice, même en référé, une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 13 - Dispositif de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

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

Article 14 - Réclamations - Médiation

Dans l'hypothèse d'une insatisfaction ou d'une difficulté avec la Mutuelle, l'intéressé peut avoir recours :

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

a. Réclamations

Tout mécontentement d'un membre participant, d'un ayant droit, d'un bénéficiaire, ou de toute autre personne peut être soumis à la Mutuelle.

Cette réclamation peut être adressée par voie postale, à l'adresse suivante :

**Intériale
Centre de Gestion
CS 50005
59040 Lille CEDEX**

Une réponse sera apportée au plus tard dans les deux mois à compter de l'envoi de la demande.

Si à l'expiration d'un délai de 45 jours, le réclamant n'a pas reçu de réponse, il peut saisir la cellule de recours interne de la Mutuelle :

- soit par email : recoursinterne@interiale.fr ;
- soit, par voie postale, à l'adresse suivante :

**INTÉRIALE – Recours interne
CS 50005 - 59040 Lille cedex**

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

b. Médiation

Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi deux mois après l'envoi d'une première réclamation écrite, et ce quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu :

- soit en ligne par internet sur le site dédié www.mediateur-mutualite.fr ;
- soit par voie postale à l'attention de : Madame ou Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15.

Après examen du différend, un avis motivé sera rendu au maximum dans les trois mois après transmission du dossier complet au Médiateur.

Si le réclamant n'est pas satisfait de l'avis rendu, il conserve tous ses droits et notamment la possibilité de se pourvoir devant les tribunaux.

Article 15 - Loi applicable - Langue applicable - Monnaie

Les relations contractuelles établies entre les membres participants et la Mutuelle sont régies par la loi française.

La langue française est la langue applicable au contrat qui, en cas de difficultés d'interprétation ou de traduction, prévaudra sur toute autre langue.

Le règlement des prestations et le paiement des cotisations sont effectués en euros.

Article 16 - Sanctions internationales

16.1 Définition

Pour les besoins du présent article, on entend par « **Mesures de Sanctions Internationales** » toutes mesures restrictives financières ou commerciales décidées par un Etat ou une Organisation Internationale / Supranationale, tels que la France, l'Union européenne, les Etats Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, ou l'Organisation des Nations Unies (ONU), à l'encontre d'autres Etats, de territoires, de personnes physiques, de personnes morales ou d'entités de droit public ou de droit privé.

Ces Mesures peuvent notamment prendre les formes suivantes :

- interdictions ou restrictions d'importations ou d'exportations (embargos) ;
- confiscations, saisies, gels de biens ou d'avoirs ;
- interdictions ou restrictions de certaines activités industrielles, commerciales ou de services en particulier financiers dont assurantiels.

Ces mesures sont évolutives tant par leur nature que dans leurs domaines d'application. Elles sont publiques et peuvent être consultées sur les sites internet des Etats et des Organisations précitées.

Ces **Mesures** peuvent interdire à la Mutuelle, d'exécuter les obligations résultant d'un contrat d'assurance telles que :

- couvrir un risque ou ;
- payer une somme d'argent ou fournir une prestation.

16.2. Conséquences des Mesures de Sanctions Internationales sur la Mutuelle

Dans l'exercice de ses activités, la Mutuelle est soumise de plein droit aux législations et réglementations d'ordre public édictées par la France et par l'Union Européenne, notamment dans le domaine des **Mesures de Sanctions Internationales**.

Par ailleurs, le non-respect par la Mutuelle d'autres **Mesures de Sanctions Internationales** peut également exposer cette dernière à des risques de sanctions réglementaires, administratives, civiles, et/ou pénales. Par conséquent, la Mutuelle doit également veiller à la conformité de ses activités avec ces autres **Mesures de Sanctions Internationales**, dont celles édictées par les Etats-Unis d'Amérique, le Royaume-Uni, ainsi que par l'ONU.

16.3. Effets des Mesures de Sanctions Internationales sur l'exécution du contrat

L'existence des Mesures de Sanctions Internationales peuvent entraîner les effets suivants sur l'exécution du contrat :

→ Suspension de l'obligation de couverture d'un risque

L'exécution de l'obligation de la Mutuelle de couvrir un risque en application du contrat d'assurance peut être suspendue, de plein droit et sans formalité, dans la mesure où elle contreviendrait à une ou plusieurs Mesures de Sanctions Internationales.

Cette suspension cesse à compter du jour où lesdites **Mesures** cessent d'affecter l'obligation de la Mutuelle. Aucun sinistre survenu pendant la période de suspension mentionnée ci-dessus ne pourra donner lieu à garantie.

→ Suspension de l'obligation de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation

L'exécution de l'obligation de la Mutuelle de payer une somme d'argent ou de fournir une prestation en application du contrat d'assurance peut être suspendue, de plein droit et sans formalité, dans la mesure où elle contreviendrait à une ou plusieurs **Mesures de Sanctions Internationales**.

Cette suspension s'applique à toute obligation de paiement d'une somme d'argent ou de fournir une prestation, notamment dans le cadre d'un sinistre ou dans le cadre d'un remboursement total ou partiel de cotisations.

L'exigibilité du paiement de la somme d'argent contractuellement due par la Mutuelle est reportée jusqu'au jour où lesdites **Mesures de Sanctions Internationales** cessent d'affecter l'obligation de la Mutuelle.

Il en est de même, lorsque cela est possible, de la fourniture de la prestation qui avait été ainsi suspendue.

Article 17 - Informatique et Libertés

La Mutuelle et son délégataire de gestion, AXA France Vie (société anonyme au capital de 487.725.073,50 euros, dont le siège est situé 313 Terrasses de l'Arches - 92727 Nanterre et immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Nanterre sous le numéro 310 499 959), agissent en tant que responsables conjoints du traitement des données personnelles des membres participants et de leurs ayants droit. A ce titre, ils déterminent conjointement les finalités et les moyens du traitement des données.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné exclusivement à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution du contrat. La Mutuelle pourra également utiliser ces informations pour les finalités suivantes : (I) dans le cadre de contentieux, (II) pour la lutte contre la fraude, (III) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (IV) pour se conformer aux obligations légales et réglementaires applicables, (V) pour l'analyse des données collectées afin d'améliorer les produits (recherche et développement), évaluer ou prédire la situation du membre participant (scores d'appétence) et personnaliser le parcours en tant qu'adhérent, pour proposer au membre participant de nouveaux produits ou garanties.

Les bases légales des traitements susmentionnés sont l'exécution du contrat, l'intérêt légitime (I, II, V et VI) et le respect des obligations légales (III, IV). Les données de santé éventuellement collectées seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat.

Les données seront conservées pendant la durée nécessaire à la réalisation de ces finalités, ou conformément aux durées spécifiquement prévues par la CNIL ou la loi.

Elles pourront être communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités ayant besoin d'y accéder pour les opérations susmentionnées. Les données de santé éventuellement collectées ne seront partagées qu'avec des sous-traitants habilités à traiter ces données spécifiques.

La Mutuelle et son délégataire de gestion sont légalement tenus de vérifier que les données du membre participant et de ses ayants droit sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Ils pourront donc solliciter ces derniers pour vérifier ou compléter leurs informations (par exemple en enregistrant un email suite à un courrier électronique).

Le membre participant et ses ayants droit peuvent exercer, chacun pour ce qui le concerne, leurs droits d'accès, de rectification, d'effacement, de portabilité de leurs données, ou définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils peuvent également limiter l'utilisation de leurs données ou s'opposer à leur traitement. En cas d'autorisation expresse pour l'utilisation de certaines données, celle-ci peut être retirée à tout moment, sous réserve que ces données ne soient pas indispensables à l'application du contrat.

Pour exercer leurs droits, le membre participant et ses ayants droit peuvent écrire par email à l'adresse suivante : dpo@interiale.fr ou par courrier à **INTÉRIALE** – DPO – 32 RUE BLANCHE – 75009 PARIS. En cas de réclamation, ils peuvent saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez notre politique de protection des données à l'adresse suivante : <https://www.interiale.fr/donnees-personnelles>

Article 18 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de la Mutuelle conformément à l'article L. 510-1 du Code de la mutualité.

TITRE V. GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

CHAPITRE I - LES PRESTATIONS DE LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 19 - Objet des prestations

La Mutuelle s'engage à rembourser, dans la limite des frais réellement engagés par le(s) bénéficiaire(s) ainsi que dans la limite des pourcentages et des montants fixés par la formule de la Garantie frais de santé à laquelle le membre participant est affilié :

- la part des frais de santé non remboursés par la Sécurité sociale,
- les frais de santé exclus des remboursements de la Sécurité sociale.

Les garanties sont exprimées :

- soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale,
- soit en pourcentage des frais réels ;
- soit exprimées en euros.

Pour les actes faisant l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, les garanties qu'elles soient exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale ou en euros, s'entendent sauf mention contraire, sous déduction des prestations de la Sécurité sociale.

Sont remboursés les soins dont la date figurant sur le bordereau de la Sécurité sociale est comprise entre le début et la fin de la garantie. Sont également remboursées les prestations, non prises en charge par la Sécurité sociale mais prévues dans les garanties du contrat, pour lesquelles la date indiquée sur la facture est comprise entre le début et la fin de la garantie.

Le tableau des prestations figure en Annexe 1 de la présente notice d'information.

Article 20 - Caractère solidaire et responsable de la Garantie Frais de santé

La Garantie Frais de santé proposée au sein du contrat collectif est solidaire.

Par ailleurs, cette Garantie respecte également les règles du contrat responsable définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Elle prend en charge :

- l'intégralité de la participation du membre participant sur les tarifs de prise en charge par la Sécurité sociale pour l'ensemble des dépenses de santé, et éventuellement pour les frais de cure thermale, les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré,
- l'intégralité du forfait journalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée,
- l'intégralité des dépenses sans reste à charge pour le membre participant pour certains équipements d'optique, d'aides auditives et de soins prothétiques dentaires respectant les plafonds des Prix Limites de Vente conventionnels et des Honoraires Limites de Facturation conventionnels.

Elle ne prend pas en charge :

- les dépassements d'honoraires des médecins non adhérents à l'un des DPTAM (Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisés) au-delà de la limite fixée par décret,
- la majoration de la participation du membre participant et les dépassements autorisés d'honoraires pour non-respect du parcours de soins ou refus d'accès au dossier médical, ni les participations forfaitaires (sauf celles prévues légalement sur certains actes tels que les actes lourds),
- les dépassements des plafonds des Prix Limites de Vente des équipements d'optique, d'aides auditives et des Honoraires Limites de Facturation des soins prothétiques dentaires respectant ces plafonds, lorsque le professionnel de santé ne respecte pas ses engagements conventionnels ;
- le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Elle respecte les obligations et interdictions de prise en charge définies dans ce cadre législatif et réglementaire. Les garanties du contrat sont automatiquement adaptées en cas de modifications de celles-ci. Elle permet également aux membres participants de bénéficier du tiers-payant au minimum à hauteur des tarifs de responsabilité avec les professionnels de santé qui le pratiquent.

En outre, la présente notice reprend l'ensemble des libellés normés et des exemples de remboursement en euros, conformément à l'engagement sur la lisibilité des garanties pris par les assureurs complémentaires envers les pouvoirs publics.

Article 21 - Dispositifs de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Les honoraires de médecins feront l'objet de remboursements différenciés selon qu'ils sont ou non adhérents à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (DPTM) suivants :

- OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée)
- OPTAM CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique)

Article 22 - Limitation des prestations

Sauf indication contraire aux conditions particulières, les frais de soins occasionnés par une maladie, une maternité, ou un accident engagés hors de France métropolitaine et hors DROM et COM ne donnent pas lieu à remboursement.

Si la Sécurité sociale prend en charge les frais engagés hors de France métropolitaine et hors DROM et COM, ceux-ci seront pris en charge par la Mutuelle sur la base de remboursement utilisée par la Sécurité sociale et selon les garanties prévues au contrat.

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

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

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

En cas de consultation par le membre participant d'un médecin non conventionné avec la Sécurité sociale, la Mutuelle appliquera un remboursement sur la base du tarif d'autorité.

Article 23 - Exclusions

Ne sont pas pris en charge par la Mutuelle :

- les actes référencés ou non par la Sécurité sociale et non remboursés par cet organisme sauf mention aux tableaux de garanties ;
- les soins effectués antérieurement à la date d'effet du contrat collectif ou à la date d'effet de l'affiliation des bénéficiaires ;
- les soins effectués postérieurement à la date de résiliation du contrat collectif ou à la date de cessation des garanties des bénéficiaires ;

- la participation forfaitaire, les franchises, la majoration du ticket modérateur hors parcours de soins prévues par le code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires non déclarés à la Sécurité sociale par le professionnel de santé.

Article 24 - Versement des prestations

En principe, les prestations sont versées directement au membre participant.

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

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

Article 25 - Tiers Payant

En principe, les prestations sont réglées aux membres participants après acquittement par eux des dépenses engagées.

Mais pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle a signé directement ou indirectement, des conventions de tiers payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas, le membre participant n'a pas à faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par la Mutuelle pour les soins qu'ils ont dispensés ou les produits qu'ils ont délivrés au membre participant.

Toutefois, si après avoir payé le professionnel de santé ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les garanties étaient suspendues ou résiliées, le membre participant est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

Article 26 - Modalités de versement des prestations

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

- le décompte original ou, à défaut sa copie ou son image électronique, des prestations du régime obligatoire ;
- les originaux des factures des établissements hospitaliers, notes d'honoraires des chirurgiens ;
- les notes d'honoraires et autres frais acquittés justifiant les dépenses réelles ;
- les factures optiques acquittées ;
- pour les lentilles : la prescription médicale datant de moins de 2 ans (ou une photocopie en cas de renouvellement) pour les lentilles qui ne sont pas remboursées par la Sécurité sociale et la facture acquittée et détaillée.
- les factures dentaires acquittées ;
- pour l'orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale : la facture acquittée et détaillée, émise par un professionnel de santé (cachet professionnel, signature et n° Adeli, n° RPPS du praticien) ;

- pour les aides auditives, appareillages et autres prothèses (autres que les prothèses auditives et dentaires) en cas de dépassement du tarif de la Sécurité sociale, la facture acquittée
- pour les dispositifs achetés au sein de réseau de partenaires, une demande de prise en charge ; la facture acquittée et détaillée avec le n° Adeli, le N° RPPS du praticien ;
- pour le forfait sport santé : la prescription médicale du médecin mentionnant "Activité physique adaptée" et l'original de la facture ;
- pour les actes prescrits par un médecin et non remboursés par la Sécurité sociale : la prescription médicale et la facture acquittée et détaillée
- pour les actes non prescrits par un médecin et non remboursés par la Sécurité sociale : la facture acquittée et détaillée.

La Mutuelle peut demander au membre participant, si besoin, toute autre pièce ou effectuer tout contrôle nécessaire à l'application de la garantie.

Les demandes de prestations doivent, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, être adressées dans les 24 mois suivant la date des soins.

Les délais de versement des prestations frais de santé sont les suivants :

- avec télétransmission : 2 jours ouvrés à compter de la réception du flux Noémie ;
- sans télétransmission : entre 1 et 3 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des informations nécessaires ;
- prise en charge hospitalière : entre 0 et 1 jours ouvrés à compter de la réception de l'ensemble des informations nécessaires.

Article 27 - Prestations indument versées

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

Article 28 - Déchéance des droits à prestations

Le membre participant qui, volontairement, utilise des documents inexacts comme justificatifs, use de moyens frauduleux ou fait sciemment des déclarations inexacts ou réticentes à l'occasion d'une demande de versement de prestations est sanctionné par la perte de tous ses droits à prestations pour le sinistre en cause.

CHAPITRE II – GESTION DU RÉGLEMENT DES SINISTRES

Pour toute demande de prestations, la Mutuelle assure la réception des demandes individuelles de paiement des prestations.

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être adressées à l'adresse suivante :

**Intériale
Centre de Gestion
CS 50005
59040 Lille CEDEX**

TITRE VI. MODALITES DE GESTION

CHAPITRE I – LES COTISATIONS AFFÉRENTES À LA GARANTIE FRAIS DE SANTÉ

Article 29 - Fixation des cotisations afférentes à la Garantie Frais de santé

Les cotisations des garanties Frais de santé optionnelles sont obligatoirement exprimées en euros et selon la structure tarifaire suivante :

- Pour les agents actifs : la cotisation est forfaitaire et est calculée en référence à la cotisation d'équilibre du niveau d'option choisie ;
- Pour les autres bénéficiaires : le même système de tarification que pour les garanties du « panier de soins interministériel » est mis en place à savoir :
 - Pour les ayants droit enfants : dans la limite de 50% de la cotisation d'équilibre pour le 1^{er} et 2^{ème} enfant ou petit-enfant de moins de 21 ans, et dans la limite de 100% de la cotisation d'équilibre pour les enfants entre 21 ans et 25 ans. Gratuité à partir du 3^{ème} enfant ou petit enfant.
 - Pour les ayants droit conjoints et assimilés d'agents actifs : la cotisation est plafonnée à 110% de la cotisation d'équilibre.
 - Pour les agents retraités : la cotisation est limitée à 175% de la cotisation d'équilibre et au-delà de l'âge de soixante-quinze (75) ans, le montant de la cotisation des agents retraités n'évolue plus en fonction de l'âge. Au cours des six années suivant la cessation définitive d'activité, le pourcentage de la cotisation d'équilibre auquel est plafonnée la cotisation est fixé comme suit :
 - 100% au titre de la première année ;
 - 125% au titre de la deuxième année ;
 - 150 % au titre des troisième, quatrième et cinquième années ;
 - 175% pour les années suivantes.
 - Pour les ayants droit conjoints et assimilés des agents retraités : la cotisation est fixée en fonction de l'âge sans pouvoir augmenter après l'âge de soixante-quinze (75) ans.

Les montants des cotisations figurent à l'annexe 2 de la présente notice d'information.

Article 30 - Périodicité et modalités de règlement des cotisations

Les garanties sont consenties aux membres participants et à leurs ayants droit moyennant le paiement mensuel à terme échu des cotisations à la Mutuelle.

La cotisation est acquittée par le membre participant par prélèvement effectué mensuellement sur son compte bancaire. Tout mois commencé est dû.

Article 31 - Non-paiement de la cotisation

Conformément à l'article L.221-8-II du Code de la mutualité, lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les 10 jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de 40 jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

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

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 1	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 2	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 3
HOSPITALISATION				
Honoraires				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	80 % BR	200 % BR	250 % BR	380 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	80 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Forfait journalier hospitalier ⁽¹⁾				
Forfait journalier hospitalier	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Forfait hospitalier et frais de séjour				
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Néant	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Frais de séjour	80 % BR	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre Particulière				
Court séjour et maternité	Néant	50 € / nuit	65 € / nuit	95 € / nuit
Soins de suite	Néant	40 € / nuit	65 € / nuit	95 € / nuit
Psychiatrie	Néant	45 € / nuit	65 € / nuit	95 € / nuit
Ambulatoire	Néant	25 € / nuit	45 € / nuit	65 € / nuit
Frais d'accompagnant				
Etablissement conventionné	Néant	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit	38,50 € / nuit
Etablissement non conventionné	Néant	25 € / nuit	25 € / nuit	25 € / nuit
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
Consultations / Visites de médecins généralistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR	200 % BR	370 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	110 % BR	180 % BR	200 % BR
Consultations / Visites de médecins spécialistes				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	200 % BR	250 % BR	370 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes techniques médicaux				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	200 % BR	250 % BR	370 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Actes d'imagerie médicale				
Praticien OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	200 % BR	250 % BR	320 % BR
Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	180 % BR	200 % BR	200 % BR
Honoraires paramédicaux				
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes	60 % BR	100 % BR	200 % BR	310 % BR
Masseurs-kinésithérapeutes	60 % BR	130 % BR	200 % BR	310 % BR
Analyses et examens de laboratoire				
Analyses et examens de laboratoire	60 % BR	100 % BR	200 % BR	300 % BR
Médicaments				
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	65 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	30 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	15 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par la Sécurité sociale (Homéopathie, contraceptifs, tests de grossesse)	Néant	70 € / an	100 € / an	150 € / an
Matériel médical				
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	60 % BR ou 100 % BR	200 % BR	260 % BR	300 % BR
Frais de transport en véhicule sanitaire				
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	55 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 1	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 2	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 3
DENTAIRE				
Soins et prothèses «100% Santé» ⁽²⁾ 	60 % BR	Remboursement intégral	Remboursement intégral	Remboursement intégral
Soins (hors 100 % Santé)				
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	60 % BR	120 % BR	150 % BR	270 % BR
Prothèses (hors 100 % Santé)				
Panier Maîtrisé ⁽³⁾				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	60 % BR	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Prothèses amovibles	60 % BR	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Prothèses provisoires	60 % BR	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Inlay Core	60 % BR	415 % BR	450 % BR	500 % BR
Inlays onlays d'obturation	Néant ou 60 % BR	150 % BR	200 % BR	420 % BR
Panier Libre ⁽⁴⁾				
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	Néant ou 60 % BR	300 % BR	400 % BR	420 % BR
Prothèses amovibles	Néant ou 60 % BR	300 % BR	400 % BR	420 % BR
Prothèses provisoires	Néant ou 60 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Inlay Core	60 % BR	200 % BR	250 % BR	420 % BR
Inlays onlays d'obturation	60 % BR	125 % BR	200 % BR	420 % BR
Implantologie				
Implants	Néant	500 € / implant (limite 2 implants / an)	600 € / implant (limite 2 implants / an)	700 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	Néant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	375 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)	450 € / couronne (limite 2 couronnes / 2 ans)
Orthodontie				
Orthodontie remboursée par la Sécurité sociale	100 % BR	300 % BR	400 % BR	500 % BR
Orthodontie non remboursée par la Sécurité sociale	Néant	400 € / semestre	500 € / semestre	600 € / semestre

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

OPTIQUE

	Taux de remboursement Sécurité sociale	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 1	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 2	Remboursement Sécurité sociale + OPTION 3
Equipements «100% Santé» ⁽⁶⁾ 				
Monture et verres Prestations d'appairage et d'adaptation de la correction visuelle	60 % BR	Remboursement intégral 1 équipement / 2 ans	Remboursement intégral 1 équipement / 2 ans	Remboursement intégral 1 équipement / 2 ans
Equipements à tarifs libres				
Monture	60 % BR	50 €	80 €	100 €
Verres	60 % BR	CF. grille optique	CF. grille optique	CF. grille optique
Autres prestations optique				
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge par la Sécurité sociale, y compris lentilles jetables	Néant ou 60 % BR	100 € / an	120 € / an	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par œil)	Néant	400 € / œil	600 € / œil	650 € / œil
Grille Optique				
Type de verre (Remboursement par verre)				
Verre unifocal, sphérique				
Sphère de - 6 à + 6	60 % BR	80 €	120 €	160 €
Sphère de < 6 ou Sphère > 6	60 % BR	140 €	170 €	300 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0	60 % BR	80 €	120 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6	60 % BR	80 €	120 €	160 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6	60 % BR	140 €	170 €	300 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6	60 % BR	140 €	170 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	60 % BR	140 €	170 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphérique				
Sphère de - 4 à + 4	60 % BR	175 €	200 €	300 €
Sphère < - 4 ou > + 4	60 % BR	250 €	300 €	300 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique				
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0	60 % BR	175 €	200 €	300 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8	60 % BR	175 €	200 €	300 €
Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0	60 % BR	250 €	300 €	350 €
Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8	60 % BR	250 €	300 €	350 €
Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	60 % BR	250 €	300 €	350 €

ANNEXE 1 – PRESTATIONS

AIDES AUDITIVES

Equipements «100% Santé» ⁽⁷⁾ 		60 % BR	Remboursement intégral 1 aide auditive / oreille / 4 ans	Remboursement intégral 1 aide auditive / oreille / 4 ans	Remboursement intégral 1 aide auditive / oreille / 4 ans
Equipements à tarifs libres					
Aide auditive prescrite par oreille - bénéficiaire de 20 ans et moins ou atteint de cécité	Renouvellement de l'équipement : 1 aide auditive / oreille / 4 ans	60 % BR	1 400 € / oreille	1 400 € / oreille	1 700 € / oreille
Aide auditive prescrite par oreille - bénéficiaire de plus de 20 ans		60 % BR	1 000 € / oreille	1 200 € / oreille	1 700 € / oreille
Accessoires (dont piles)		60 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

AUTRES POSTES

Cures thermales acceptées par la Sécurité Sociale

Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	Néant ou 100 % BR	100 € / an	100 % BR	100 % BR + 15% PMSS
---	-------------------	------------	----------	------------------------

Médecines additionnelles et de prévention

Médecine douce

Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	Néant	3 séances / an (limite 40 € / séance)	6 séances / an (limite 40 € / séance)	8 séances / an (limite 40 € / séance)
--	-------	---	---	---

Psychologue

Psychologue	Néant	4 séances / an (limite 30 € / séance)	6 séances / an (limite 30 € / séance)	8 séances / an (limite 30 € / séance)
-------------	-------	---	---	---

Actes refusés par la Sécurité sociale

Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique	Néant	80 € / an	100 € / an	120 € / an
Contraception, tests de grossesse	Néant	80 € / an	80 € / an	80 € / an
Forfait maternité	Néant	10 % PMSS	15 % PMSS	20 % PMSS

Prévention

Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	Néant ou 100 % BR	183 € / acte	183 € / acte	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	60 % BR à 70 % BR	100 % BR	100 % BR	100 % BR

BR : Base de Remboursement

OPTAM(CO) : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (Chirurgie et Obstétrique)

PLV : Prix Limite de Vente

(1) A l'exception du forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

(2) Soins et prothèses 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale dans la limite des honoraires de facturation fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale.

(3) Prothèses à tarifs maîtrisés : Cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques autre que les "Soins et prothèses 100% Santé" dont les honoraires de facturation sont limités et fixés par la convention tels que prévus à l'article L.162-9 du code de la Sécurité sociale.

(4) Prothèses à tarifs libres : cette garantie comprend la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques dont les honoraires de facturation ne sont pas limités et fixés par la convention tels que prévue à l'article L. 162-9 du code de la Sécurité sociale.

(5) Équipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge de verres et monture de classe A à prise en charge renforcée, la prestation d'appariage pour des verres d'indices de réfraction différents et le supplément applicable pour les verres avec filtre tel que définis par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L. 165-3 du Code de la Sécurité sociale.

(6) Equipements 100% Santé : tels que définis réglementairement. Cette garantie comprend la prise en charge des aides auditives de classe 1 à prise en charge renforcée telles que définies par l'article L.165-1 du code de la Sécurité sociale, dans la limite des prix fixés (Prix Limite de Vente : PLV) en application de l'article L.165-3 du code de la Sécurité sociale.

ANNEXE 2 – COTISATIONS

Tarifs TTC mensuels, en euros. Cette cotisation s'ajoute aux tarifs de la garantie frais de santé de base.

Membres participants actifs, conjoints des membres participants d'actifs

Régime général et Régime Alsace-Moselle

	Option 1	Option 2	Option 3
Actif	10,54 €	21,73 €	40,49 €
Conjoint	11,59 €	23,90 €	44,54 €

Section 1.01 - Membres participants retraités

L'ancienneté des retraités s'apprécie au 1^{er} janvier de chaque année.

1^{ère} année : entre 0 et 11 mois inclus d'ancienneté à la retraite

2^{ème} année : entre 12 et 23 mois inclus d'ancienneté à la retraite

De la 3^{ème} à la 5^{ème} année : entre 24 et 59 mois inclus d'ancienneté à la retraite

6^{ème} année : « ancienneté à la retraite égale ou supérieure à 60 mois

Régime général et Régime Alsace-Moselle

	Option 1	Option 2	Option 3
1 ^{ère} année : 100 % de la cotisation d'équilibre	10,54 €	21,73 €	40,49 €
2 ^{ème} année : 125 % de la cotisation d'équilibre	13,18 €	27,16 €	50,61 €
De la 3 ^{ème} à la 5 ^{ème} année : 150 % de la cotisation d'équilibre	15,81 €	32,60 €	60,74 €
6 ^{ème} année : 175 % de la cotisation d'équilibre	18,45 €	38,03 €	70,86 €

ANNEXE 2 – COTISATIONS

Conjoints des membres participants retraités

L'âge se calcule au 1er janvier de l'année d'adhésion par différence avec l'année de naissance. Par exemple, pour un conjoint né le 01/03/1983, il a 42 ans au 1er janvier 2025. Le tarif est fixe du 1er janvier 2025 au 31 décembre 2025.

Régime général et Régime Alsace-Moselle

	Option 1	Option 2	Option 3
45 ans et moins	11,59 €	23,90 €	44,54 €
46 ans	11,71 €	24,14 €	44,98 €
47 ans	12,08 €	24,90 €	46,39 €
48 ans	12,31 €	25,38 €	47,29 €
49 ans	12,54 €	25,86 €	48,19 €
50 ans	12,78 €	26,35 €	49,09 €
51 ans	13,01 €	26,83 €	49,99 €
52 ans	13,25 €	27,31 €	50,89 €
53 ans	13,61 €	28,06 €	52,29 €
54 ans	13,97 €	28,81 €	53,69 €
55 ans	14,34 €	29,56 €	55,08 €
56 ans	14,70 €	30,31 €	56,48 €
57 ans	15,07 €	31,06 €	57,88 €
58 ans	15,51 €	31,97 €	59,58 €
59 ans	15,95 €	32,88 €	61,27 €
60 ans	16,39 €	33,80 €	62,97 €
61 ans	16,84 €	34,71 €	64,67 €
62 ans	17,28 €	35,62 €	66,37 €
63 ans	17,56 €	36,21 €	67,46 €
64 ans	17,84 €	36,79 €	68,55 €
65 ans	18,13 €	37,37 €	69,64 €
66 ans	18,41 €	37,96 €	70,73 €
67 ans	18,70 €	38,54 €	71,82 €
68 ans	18,90 €	38,97 €	72,62 €
69 ans	19,11 €	39,40 €	73,41 €
70 ans	19,33 €	39,85 €	74,26 €
71 ans	19,55 €	40,31 €	75,11 €
72 ans	19,99 €	41,22 €	76,80 €
73 ans	20,38 €	42,01 €	78,27 €
74 ans	20,76 €	42,80 €	79,74 €
75 ans et plus	24,06 €	49,61 €	92,44 €

ANNEXE 2 – COTISATIONS

Enfants et petits-enfants des membres participants actifs et retraités

Régime général et Régime Alsace-Moselle

	Option 1	Option 2	Option 3
Enfants et petits-enfants de moins de 21 ans	5,27 €	10,87 €	20,25 €
Enfants et petits-enfants de 21 ans et plus	10,54 €	21,73 €	40,49 €

L'âge se calcule au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion par différence avec l'année de naissance. Par exemple, pour un enfant né le 01/03/2006, il a 19 ans au 1^{er} janvier 2025. Le tarif est fixe du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025.

La gratuité de la cotisation s'applique à compter du 3^{ème} enfant âgé de moins de 21 ans.



INTÉRIALE — Siège social : 32, rue Blanche, 75009 PARIS — www.interiale.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, N° SIREN : 775 685 365



INTÉRIALE est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) - 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS cedex 09.

IMA ASSURANCES Société anonyme au capital de 7 000 000 € entièrement libéré, entreprise régie par le Code des assurances. Siège social : 118 avenue de Paris - CS 40 000 - 79033 Niort Cedex 9 - Immatriculée au RCS de Niort n° 481 511 632