

## ETUDE MUTUELLE ASSOCIATION RETRAITES MCCORMICK

### VOS PRESTATIONS SANTE, COMPATIBLES RESTE A CHARGE 0 (100% SANTE)

La participation de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) correspond à un pourcentage de la Base de Remboursement (BR) ou au montant en euros de celui-ci. La BR est la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'AMO en France. Les tarifs desdits remboursements sont fixés par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

La Mutuelle Familiale applique la réglementation sur les contrats responsables. Les montants mentionnés dans les tableaux ci-après s'appliquent si l'assuré respecte le parcours de soins coordonnés. Les garanties issues de la réglementation sur le Reste à Charge 0 en santé (cf. optique et dentaire) sont consultables sur le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 et sur notre site [mutuelle-familiale.fr](http://mutuelle-familiale.fr).

La participation de La Mutuelle Familiale est exprimée soit en pourcentage de la BR soit en euros. Pour tout acte ou frais de santé pris en charge par l'AMO et ne figurant pas dans les tableaux ci-après, La Mutuelle Familiale rembourse le Ticket modérateur (partie des dépenses de santé à la charge du patient après le remboursement de l'AMO). Conformément à la réglementation sur les contrats responsables, La Mutuelle Familiale pratique le tiers payant.



### Soins courants

Remboursements AMO + Mutuelle

	MUTUELLE NIVEAU 1	MUTUELLE NIVEAU 2	MUTUELLE NIVEAU 3
<b>Honoraires paramédicaux</b>			
Auxiliaires médicaux	100 % BR	130 % BR	180% BR
<b>Honoraires médicaux</b>			
Honoraires médicaux (visites, téléconsultation, consultations médicales généralistes et spécialistes)			
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	150%BR	200%BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	130%BR	180%BR
<b>Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie</b>			
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	150%BR	200%BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	130%BR	180%BR
<b>Médicaments</b>			
Médicaments à SMR (service médical rendu) majeur, modéré et faible (65%, 30% et 15%)	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Pharmacie prescrite non remboursée par l'AMO. ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	-	20€	30€
<b>Analyses et examens de laboratoire</b>			
Analyses et examens de laboratoire	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Imagerie médicale (radiographie, scanner, IRM, échographie...)</b>			
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	150%BR	200%BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	130%BR	180%BR
<b>Matériel médical</b>			
Orthèses dont bas, collants et chaussettes de contention ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 30€	100 % BR + 50 €
Prothèse mammaire ou capillaire sur prescription médicale par suite de cancer et chimiothérapie ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 100€	100 % BR + 200€
Autres prothèses médicales, orthopédie et appareillage ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	100 % BR	100 % BR + 30€	100 % BR + 50€
<b>Transport</b>			
Transport en ambulance, VSL	100 % BR	100 % BR	100 % BR
<b>Téléconsultation</b>			
Téléconsultation gratuite et illimitée – 7j/7j – 24h/24h	Incluse	Incluse	Incluse

Medaviz

<sup>1</sup> : OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique



## Pack Bien-être

Remboursements AMO + Mutuelle

	MUTUELLE NIVEAU 1	MUTUELLE NIVEAU 2	MUTUELLE NIVEAU 3
<b>Prestations Bien-être</b>			
Médecines douces : chiropractie-ostéopathie-acupuncture - psychologie- psychanalyse – micro-kinésithérapie –Médecine non conventionnelle réalisée par un praticien diplômé d'Etat (DE) ~ 3 séances par année civile et par bénéficiaire ~ Cure thermale remboursée par l'AMO : soins + transport + hébergement ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	20 € / séance  100 % BR	30 € / séance  100 % BR + 200 €	50 € / séance  100 % BR + 300 €
<b>Prestations Prévention</b>			
Pédicure ~ forfait par séance, limité à deux séances par année civile et par bénéficiaire ~ Sevrage tabagique remboursé par l'AMO ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~ Participation à un abonnement annuel sportif, musical, artistique ~ forfait par année civile et par bénéficiaire ~	20 € / séance  100 % BR  20 €	30 € / séance  100 % BR + 50 €  20 €	50 € / séance  100 % BR + 50 €  20 €
<b>Ateliers de prévention accessibles à tous sur inscription, inclus dans vos garanties</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Ateliers Santé</b> : en petits groupes, pour des échanges privilégiés sur des thèmes variés : alimentation, sommeil, activité physique, mémoire, bien-être, alternatives cosmétiques, produits ménagers...</li> <li>• <b>Conférences</b> : animées par des professionnels de santé (médecin du sport, toxicologue, éco-infirmier, kiné...</li> <li>• <b>Stands, dépistages, animations santé et expositions</b> : Journée Nationale de l'Audition, Journée Mondiale du Diabète, Octobre Rose...</li> </ul> <p>+ des conseils santé sur <a href="http://mapreventionsante.fr">mapreventionsante.fr</a></p>			



## Hospitalisation

La prise en charge de l'hospitalisation est limitée aux établissements conventionnés par l'assurance maladie – à l'exclusion des établissements médicaux sociaux.

Prise en charge du TM en établissement non conventionné (hors établissements médicaux sociaux)

Remboursements AMO + Mutuelle

	MUTUELLE NIVEAU 1	MUTUELLE NIVEAU 2	MUTUELLE NIVEAU 3
Forfait journalier hospitalier (hors établissement médico-sociaux)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Frais de séjour</b>			
Frais de séjour en hospitalisation médicale et chirurgicale, maternité, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, maison de convalescence	100 % BR	100 % BR	100 % BR
Participation forfaitaire pour les actes médicaux dont le prix est supérieur à 120 €	Frais réels	Frais réels	Frais réels
<b>Honoraires</b>			
Honoraires (chirurgie, anesthésie) :			
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	150%BR	200%BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	130%BR	180%BR
<b>Chambre particulière</b>			
• Chambre particulière en hospitalisation médicale et chirurgicale, forfait par jour, limité à 60 jours par année civile.	-	45 €	60 €
• Chambre particulière en établissements spécialisés, forfait par jour, limité à 60 jours par année civile	-	-	40 €
• Frais d'accompagnement, forfait par jour, limité à 90 jours par année civile	-	15 €	15 €
<b>Autres</b>			
Actes Techniques Médicaux ou petite chirurgie			
• Médecins signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	150%BR	200%BR
• Médecins non-signataires de l'OPTAM/OPTAM CO <sup>(1)</sup>	100 % BR	130%BR	180%BR
Assistance vie quotidienne à la suite d'une hospitalisation prévue ou non-prévue	Incluse	Incluse	Incluse
Transport en ambulance, VSL	100 % BR	100 % BR	100 % BR



<sup>1</sup> : OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée - Chirurgie et Obstétrique



Remboursements AMO + Mutuelle

MUTUELLE  
NIVEAU 1MUTUELLE  
NIVEAU 2MUTUELLE  
NIVEAU 3**RAC 0 : Equipement optique remboursé dans la limite du Prix Limite de Vente (PLV) (classe A, cf. annexe)**

Monture	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Verre	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Prestation d'appairage / verres filtrés / adaptation	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Adaptation ordonnance en renouvellement	Frais réels	Frais réels	Frais réels

**Panier libre : Equipements optiques remboursés par l'AMO relevant du panier libre (classe B)**

Monture	100% BR	50 €	100 €
Verre simple <sup>(1)</sup>	100% BR	50 €	80 €
Verre complexe <sup>(2)</sup>	100% BR	80€	120€
Verre très complexe <sup>(3)</sup>	100% BR	120€	150€
Adaptation ordonnance en renouvellement ~ dans la limite du PLV ~	Frais réels	Frais réels	Frais réels

**Autres**

Lentilles acceptées par l'AMO	100% BR	100 % BR + 50€	100 % BR + 100€
Lentilles refusées par l'AMO ~ forfait par année civile ~	-	50 €	100€
Chirurgie réfractive ~ forfait par œil et par année civile ~	-	-	300€

**Priorité Prévention**

Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan visuel systématique (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)

Renouvellement de l'équipement optique :

- Adultes et enfants de 16 ans et plus : tous les 2 ans de date à date,
- Enfants de moins de 16 ans : 1 an de date à date,
- Enfants de moins de 6 ans : 6 mois en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage.

- (1) Verres simples A : verres unifocaux sphère de -6,00 à +6,00 - ou verres unifocaux cylindre < ou égal +4,00 et sphère -6,00 à 0 – ou verres unifocaux sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 6,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (2) Verres complexes C : autres verres unifocaux – verres multifocaux ou progressifs sphère de -4,00 à +4,00 - ou verres multifocaux cylindre < ou égal à +4,00 et sphère de -8,00 à 0 – ou verres multifocaux ou progressifs sphère positive et somme sphère + cylindre < ou égale à 8,00 (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)
- (3) Verres très complexes F : autres verres multifocaux ou progressifs (cf. décret n°2019-21 du 11 janvier 2019)

**RAC 0 : Prothèses dentaires – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)***~ Soins et prothèses relevant du 100% santé ~*

Frais réels

Frais réels

Frais réels

**Panier maîtrisé : Prothèses dentaires (dont bridges) – dans la limite des Honoraires Limite de Facturation (HLF)***~ Soins et prothèses relevant du panier maîtrisé ~*

100 % BR

275 % BR

300 % BR

**Panier libre : Prothèses dentaires remboursées par l'AMO**

Inlay Core

100 % BR

200% BR

300 % BR

Inlay - Onlay

100 % BR

275 % BR (Plafond de

300 % BR (Plafond de

*~ par acte ~*

320€/an – au-delà

350€/an – au-delà

200%BR )

100% BR)

Prothèses dentaires fixe

Plafond de 1 500 €/an

Plafond de 2 000€/an

au-delà du plafond la

au-delà du plafond la

prise en charge est de

prise en charge est de

100 % BR

100 % BR

• Prothèse métallique

100 % BR

200%BR

300%BR

• Prothèse céramo-céramique, céramo-métallique

100 % BR

200%BR

300%BR

• couronne dentaire transitoire

100 % BR

100%BR

100%BR

Implantologie

• Implant non remboursé

-

100 €

200 €

*~ par implant, limité à 5 implants par année civile et par bénéficiaire ~*

• Couronne dentaire implantoportée

100 % BR

200%BR

300%BR

*~ forfait par année civile ~*

• autres actes prothétiques d'implantologie

100 % BR

150%BR

200%BR

*~ forfait par année civile ~*

Prothèses dentaires amovibles

100 % BR

150%BR

200%BR

*~ forfait par année civile ~***Soins**

Consultations et soins dentaires

100 % BR

100 % BR

100 % BR

Orthodontie remboursée par l'AMO

100 % BR

100 % BR

100 % BR

*~ Par semestre de date à date - si TO 45, forfait divisé par 2 ~*

Autres actes liés à l'orthodontie (examen, surveillance, contention)

100 % BR

100 % BR

100 % BR

remboursés par l'AMO

**Réparations**

Ablation d'un bloc métallique coulé ou d'une prothèse dentaire à tenon radiculaire scellé

100 % BR

100 % BR

100 % BR

Ablation d'une prothèse dentaire scellée unitaire

100 % BR

100 % BR

100 % BR

Changement de dispositif d'attachement d'une prothèse dentaire

100 % BR

100 % BR

100 % BR

amovible supra implantaire

Révision des piliers implantoportés d'une prothèse dentaire

100 % BR

100 % BR

100 % BR

**Priorité Prévention**

• Examens bucco-dentaires dès 3 ans pris en charge à 100 % (3, 6, 9, 12, 15, 18, 21 et 24 ans)

• Forfait prévention remboursé (soins et conseils effectués par les dentistes)

• Nouveaux soins remboursés (verniss fluorés pour les enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux élevé)



## Aides auditives

Tarifs préférentiels sur les équipements optiques du réseau Kalixia



Remboursements AMO + Mutuelle

**MUTUELLE  
NIVEAU 1**

**MUTUELLE  
NIVEAU 2**

**MUTUELLE  
NIVEAU 3**

### RAC 0 2021 : Aides auditives de classe I à prise en charge renforcée et limitée à un remboursement par oreille tous les 4 ans

~ Prothèses auditives relevant du 100% santé ~

Frais réels

Frais réels

Frais réels

### RAC 0 2021 : Aides auditives de classe II et limitées à un remboursement par oreille tous les 4 ans - dans la limite des Prix Limites de Vente

Age inférieur ou égal à 20 ans

~ par oreille ~

100 % BR

100 % BR + 250 €

100 % BR + 300 €

Age supérieur à 20 ans

~ par oreille ~

100 % BR

100 % BR + 250 €

100 % BR + 350 €

Piles auditives

~ forfait par année civile ~

100 % BR

100 % BR + 20 €

100 % BR + 20 €

Entretien et réparation

100 % BR

100 % BR

100 % BR

#### Priorité Prévention

- Des examens obligatoires périodiques remboursés, consultations avec un bilan auditif (8-9 ans, 11-13 ans, 15-16 ans)
- Forfait prévention remboursé (soins et conseils effectués par les dentistes)
- Nouveaux soins remboursés (vernis fluorés pour les enfants de 6 à 9 ans présentant un risque carieux élevé)

Structure de Cotisations	N1	N2	N3
Enfants	21,08 €	28,44 €	38,20 €
Moins de 55 ans	42,02 €	56,85 €	76,95 €
56-60 ans	46,63 €	63,07 €	84,51 €
61-65 ans	51,93 €	70,44 €	93,31 €
66-70 ans	58,82 €	80,27 €	104,74 €
71-75 ans	67,23 €	92,19 €	118,37 €
76-80 ans	77,04 €	105,60 €	132,64 €
Plus de 80 ans	89,67 €	122,17 €	148,72 €

## E. TABLEAU DE SYNTHÈSE

### GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES DÈS L'ADHÉSION

Informations médicales	Informations téléphoniques
Informations vie pratique et juridique	Informations téléphoniques
Recherche d'un médecin, d'une infirmière ou d'un intervenant paramédical	Mise en relation
Transport aux rendez-vous médicaux	Organisation sans prise en charge
Transmission de messages	
Services à la carte	Mise en relation

### GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE A 48 HEURES OU D'IMMOBILISATION SUPÉRIEURE À 5 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant le début ou la fin de l'Hospitalisation ou le début de l'Immobilisation de l'Adhérent ou de son Conjoint
Présence d'un proche au chevet	1 Titre de transport aller/retour Séjour à l'hôtel pendant 2 nuits maximum dans la limite de 80 € TTC par nuit (petit-déjeuner inclus)
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	20 heures maximum par Evènement réparties sur les 20 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche</li> <li>• <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent</li> </ul>	1 Titre de transport aller/retour
	1 Titre de transport aller/retour
Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	1 aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur les 20 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation
Garde ou transfert des ascendants de l'Adhérent ou de son Conjoint	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garde au Domicile</li> </ul>	20 heures maximum par Evènement réparties sur les 20 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>OU</u> Transfert chez un proche</li> <li>• <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent</li> </ul>	1 Titre de transport aller/retour
	1 Titre de transport aller/retour

## GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE SÉJOUR EN MATERNITÉ SUPÉRIEUR A 8 JOURS DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours ouvrés suivant le début de séjour en maternité ou à compter de la date de retour au Domicile de l'Adhérent ou de son Conjoint
Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Garde au Domicile</li> </ul>	20 heures maximum par Evènement réparties sur les 20 jours ouvrés qui suivent la date de début ou de fin de séjour en maternité
<ul style="list-style-type: none"> <li>· <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche</li> </ul>	1 Titre de transport aller/retour
<ul style="list-style-type: none"> <li>· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent</li> </ul>	1 Titre de transport aller/retour
Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge de l'Adhérent ou de son Conjoint	1 aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur une période de 20 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de séjour en maternité

## GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE OU D'IMMOBILISATION IMPRÉVUE SUPÉRIEURES À 24 HEURES DE L'ENFANT DE L'ADHÉRENT OU DE SON CONJOINT

Présence d'un proche au chevet <u>OU</u>	1 Titre de transport aller/retour
	Cette prestation doit être mise œuvre dans les 20 jours qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation
Garde des enfants	20 heures maximum par Evènement réparties sur les 20 jours ouvrés consécutifs qui suivent la date de début ou de fin de l'Hospitalisation ou la date de début de l'Immobilisation

## GARANTIE D'ASSISTANCE ACCESSIBLE EN CAS D'IMMOBILISATION SUPERIEURE A 14 JOURS DE L'ENFANT DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Ecole à domicile	3 heures maximum par jour ouvrable
------------------	------------------------------------



## GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES EN CAS DE DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE

Informations sur l'organisation des obsèques	Informations téléphoniques
Avance de fonds	Avance
Aide à domicile	10 heures maximum réparties sur les 10 jours suivant la date de décès du Bénéficiaire
<b>Garde ou transfert des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge du Bénéficiaire</b> <i>Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 20 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Garde au Domicile</li> </ul>	20 heures maximum par Evènement réparties sur une période de 20 jours ouvrés consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>· <u>OU</u> Transfert des enfants chez un proche</li> <li>· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent</li> </ul>	1 Titre de transport aller/retour
<b>Conduite à l'école des enfants âgés de moins de 16 ans ou des enfants handicapés sans limite d'âge du Bénéficiaire</b> <i>Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 20 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire</i>	1 aller-retour par jour et par enfant, jusqu'à 5 jours par Evènement répartis sur une période de 20 jours ouvrés consécutifs
<b>Garde ou transfert des ascendants du Bénéficiaire</b> <i>Cette garantie doit être mise en œuvre dans les 20 jours qui suivent la date de décès du Bénéficiaire</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Garde au Domicile</li> </ul>	20 heures par Evènement réparties sur une période de 20 jours ouvrés consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>· <u>OU</u> Transfert chez un proche</li> <li>· <u>OU</u> Venue d'un proche au Domicile de l'Adhérent</li> </ul>	1 Titre de transport aller/retour
	1 Titre de transport aller/retour

## GARANTIE D'ASSISTANCE ACCESSIBLE EN CAS DE TRAITEMENT PAR CHIMIOThÉRAPIE, RADIOTHERAPIE, TRITHÉRAPIE, QUADRITHÉRAPIE OU CURIETHERAPIE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

<b>Aide à domicile</b> <i>Cette garantie n'est pas accessible à l'Adhérent ou son Conjoint qui a déjà bénéficié de la garantie 8.1 « Aide à domicile »</i>	20 heures maximum par semestre à raison de 4 heures maximum par semaine
---	---

## GARANTIES D'ASSISTANCE ACCESSIBLES LORS DE LA SURVENANCE D'UNE MALADIE REDOUTEE DE L'ADHERENT OU DE SON CONJOINT

Aide à domicile	20 heures maximum par année civile réparties sur les 2 mois consécutifs qui suivent la date du diagnostic de la Maladie redoutée
<i>Cette garantie n'est pas accessible à l'Adhérent ou son Conjoint qui a déjà bénéficié de la garantie 7.1 « Aide à domicile » pour la Maladie redoutée en cause</i>	
Information relative à une Maladie redoutée	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Accompagnement au diagnostic	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'annonce du diagnostic aux proches	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Aide à l'organisation de la vie sociale, professionnelle pendant les soins ou un arrêt de travail supérieur à 6 mois consécutifs	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Accompagnement en fin de vie de l'Adhérent ou de son Conjoint	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Organisation et démarches en fin de vie de l'Adhérent ou de Conjoint	1 entretien téléphonique maximum par année civile
Accompagnement budgétaire et social	3 entretiens téléphoniques maximum par année civile
Recherche d'établissements spécialisés	Mise en relation
Enveloppe de services	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Collecte et livraison à Domicile du linge repassé,</li> <li>Présence d'un proche au chevet,</li> <li>Jardinage,</li> <li>Portage de repas,</li> <li>Livraison de médicaments,</li> <li>Livraison de courses,</li> <li>Coiffeur à Domicile</li> </ul>	150 € TTC maximum par Evènement et par année civile

## VIE PROFESSIONNELLE

Bilan prévention des troubles musculo-squelettiques	1 bilan maximum sur une période de 12 mois
Prévention du stress au travail (en cas de situation de stress au travail)	5 entretiens téléphoniques par année civile
Bilan professionnel (en cas de situation de stress au travail)	2 entretiens téléphoniques
Programme de remise en forme (en cas de situation de stress au travail ou d'arrêt de travail supérieur à 30 jours de de l'Adhérent en souffrance psychosociale, lombalgique ou musculo-squelettique)	10 séances



La solution de téléconsultation  
médicale incluse dans les contrats



# Présentation de Medaviz

# Qui est Medaviz ?



Medaviz édite des solutions numériques pour les acteurs de la santé depuis 2014, afin de faciliter l'accès aux soins. Actuellement, 9 500 praticiens, 180 établissements, 70 partenaires privés et 70 communautés de praticiens (CPTS, ESS, MSP) nous font confiance, en raison de l'ergonomie de nos produits et de leur sécurité (certifications RGPD et ISO 27 001, hébergement HDS).

# Medaviz en quelques chiffres

**9 500**

**Praticiens  
utilisateurs**



**70**

**Partenaires  
privés**



**35**

**Salariés**



**70<sup>↑</sup>**

**CPTS  
accompagnées**

**180**

**Établissements**

**3**

**Offres de  
télémédecine**

# La sécurité des données chez Medaviz



Solution certifiée  
**ISO 27001**,  
norme internationale  
de sécurité des  
systèmes  
d'information



Hébergement des  
données de santé  
en **HDS**  
(Hébergeur de  
Données de Santé)

Conformité avec le **RGPD**  
(Règlement Général sur la Protection des Données)

# **Le service de téléconsultation**

## **Medaviz**



# 360

un service accessible 24h/24 et 7j/7

Medaviz accompagne ses partenaires depuis 2014, en déployant un **service de téléconsultation médicale** via une **solution sécurisée**, aujourd'hui accessible à **8 millions de bénéficiaires**.

Complémentaire au parcours de soins coordonné, ce service permet aux bénéficiaires de faciliter l'accès aux soins et d'éviter les risques liés à l'autodiagnostic, en contactant 24h/24 et 7j/7 un professionnel de santé diplômé en France et inscrit à l'Ordre national de sa spécialité.

# Qu'est-ce que la téléconsultation Medaviz ?

Contact **direct** avec un praticien



Accessible **24h/24, 7j7**



20 **spécialités** médicales



Solution **sécurisée**



**Sans rendez-vous**



 Par **téléphone** ou depuis l'**app**

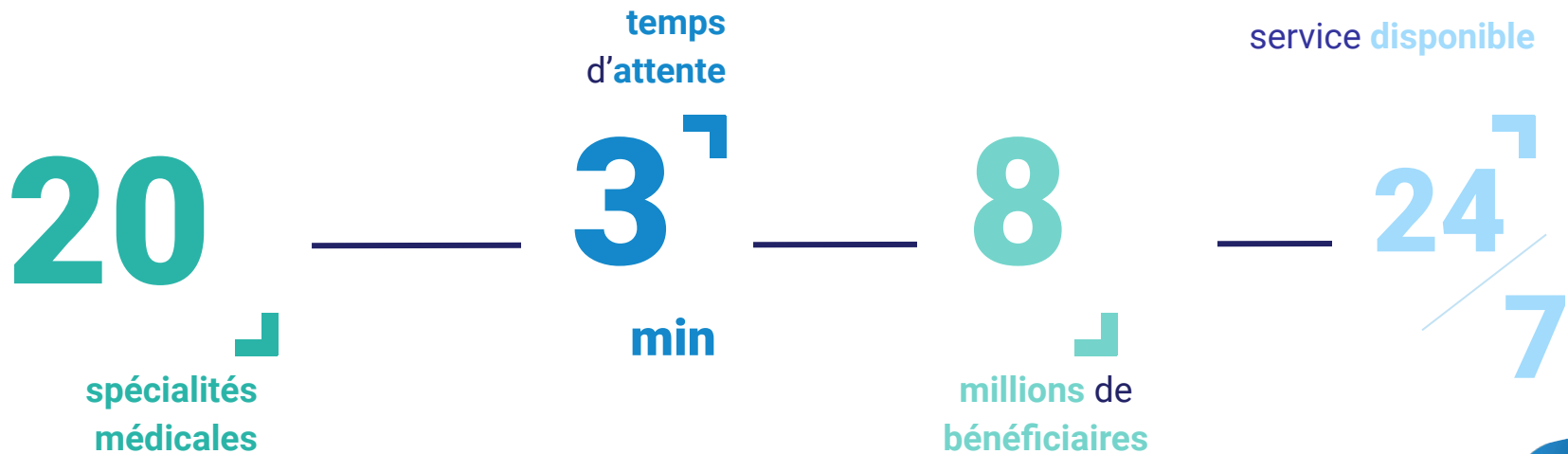
 Mise en relation en **moins de 3 min**

 Appel **confidentiel** et **secret médical**

 **Pas de CB, pas de Carte Vitale**

 **8 millions** de bénéficiaires

# L'offre 360 en quelques chiffres



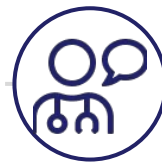
# Les avantages pour vos bénéficiaires



Obtenir un **conseil médical**  
par un **professionnel qualifié**



Utiliser un **téléphone**,  
véritable objet du  
quotidien

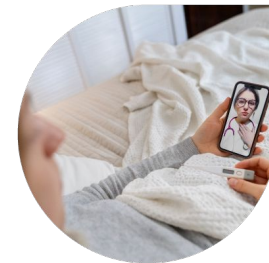


Accéder  
sans se déplacer et  
à toute heure  
à une **consultation médicale**



Bénéficier d'un service  
**complémentaire au  
parcours de soins**

# Pourquoi appeler ?



## Dans quelles situations ?

- Quand son médecin traitant n'est pas disponible,
- Quand on est en déplacement, en voyage loin de la maison, à l'étranger,
- Quand on a besoin d'un complément d'information ou de clarification,
- Quand on n'ose pas poser une question à son praticien...

## Pour quels motifs ?

- Des allergies ?
- Des maux de ventre ?
- Une piqûre ?
- Un enfant fiévreux ?
- Besoin d'aide pour comprendre un résultat d'analyses ?
- Une question sur une posologie ?
- Une infection urinaire ?...

# Accéder au service très simplement

## 'First call'

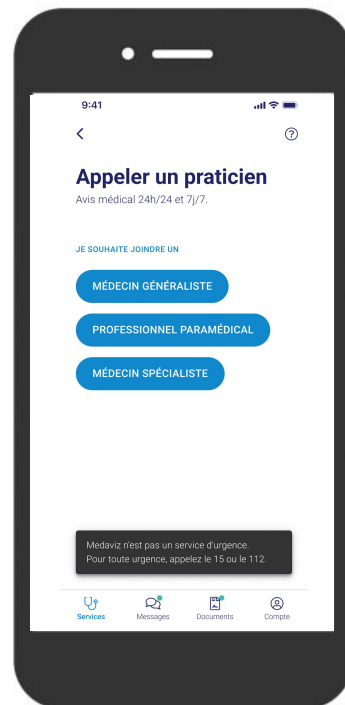
- 1er appel libre en composant le numéro de téléphone dédié 09 73 03 02 66\*.

## Activer son compte

- Créer son compte sur la page web dédiée [www.medaviz.com/mutuelle-familiale](http://www.medaviz.com/mutuelle-familiale) ou directement par téléphone au 09 73 03 02 66\* (lors du second appel), en renseignant son code d'activation composé du numéro d'adhérent suivi des 4 chiffres de l'année de naissance.

## Appeler un professionnel de santé

- Via l'application Medaviz ou en composant le 09 73 03 02 66\*.



\*Numéro non surtaxé

## 4.5 / 5 : des utilisateurs satisfaits

“Cela fait 3 fois que je fais appel à Medaviz dans différentes situations et pour des choses très variées. Je suis enchanté de disposer de ce service rattaché à ma mutuelle. C’est génial !”

“Mise en relation avec un pédiatre en 40 secondes. Imbattable ! Médecin de très bons conseils sur la façon de gérer la varicelle d’un tout petit. Merci !”

“J’avais une question sur le dosage du médicament de ma fille un dimanche matin. J’ai appelé le médecin et il m’a donné le bon dosage.”



“Médecin très gentil. Conseils top ! Cela m’a évité d’aller à l’hôpital !”



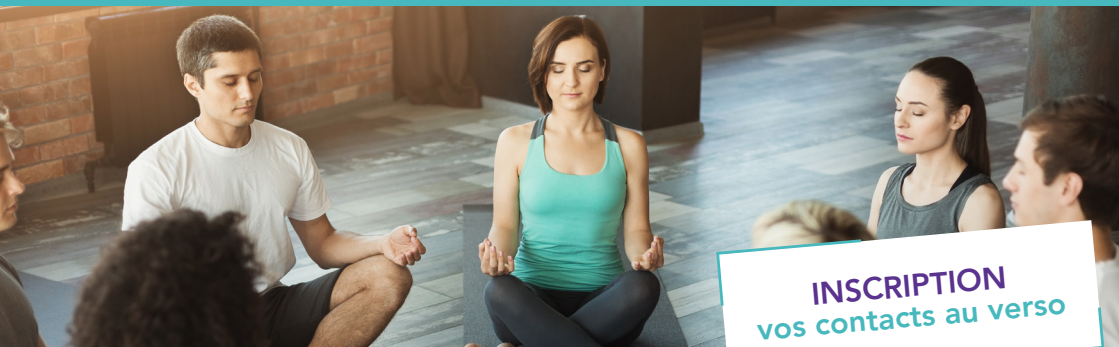


# NOS OFFRES PRÉVENTION ET BIEN-ÊTRE



Investir durablement le champ de la prévention en santé est un engagement fort pour La Mutuelle Familiale qui œuvre depuis longtemps à préserver le capital santé de chacun. Elle accompagne ainsi ses adhérents et le grand public tout au long de leur vie, pour éviter ou réduire l'apparition et le développement des accidents, maladies et handicaps.

## SANTÉ - PRÉVOYANCE - PRÉVENTION



**INSCRIPTION**  
vos contacts au verso

## DES RENCONTRES SANTÉ À DISTANCE ET EN PRÉSENTIEL

Pour vous permettre d'agir sur votre propre santé, La Mutuelle Familiale organise des actions de prévention tout au long de l'année sur des thèmes variés : alimentation, sommeil, bien-être et santé mentale, activité physique, mémoire, alternatives écologiques et saines en cosmétique, cuisine, ménage...

- **Ateliers santé** : des échanges privilégiés en petit groupe
- **Conférences** : animées par des professionnels de santé ou experts
- **Événements** : stands, dépistages, animations santé, expositions...

Notre 

Suivez, au choix, des séances organisées près de chez vous et partagez un moment convivial ou à distance en vous connectant par visioconférence.



## DES ACCOMPAGNEMENTS PERSONNALISÉS

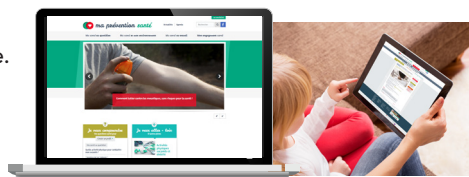
Organisés autour de rendez-vous individuels, en visio ou par téléphone, ces accompagnements exclusivement réservés aux adhérents, offrent l'opportunité d'échanger avec un conseiller santé spécialisé.

**7** thématiques sont proposées :

- *Activité physique adaptée* • *Mémoire* • *Sommeil* • *Alimentation*
- *Accidents domestiques* • *Gestion du stress* • *Santé environnement*

## DES CONSEILS SANTÉ EN LIGNE

Des dossiers réalisés avec nos experts pour vous aider à préserver votre santé sur le site [mapreventionsante.fr](http://mapreventionsante.fr) et sur la page Facebook associée.



## DES RESSOURCES SPÉCIFIQUES

Au plus près de ses adhérents, La Mutuelle Familiale s'attache à apporter une réponse spécifique à chacun et inclus de la prévention dans tous ses contrats, que vous soyez adhérents dans le cadre d'un contrat individuel ou collectif.

### POUR TOUS

L'ensemble du programme du service prévention est accessible facilement depuis le site internet de La Mutuelle Familiale. Le catalogue **La PréV' et vous** est consultable en ligne tous les six mois, les actions en présentiel et en distanciel.

### POUR LES MUTUELLES DE COMMUNE

Des actions d'information et de sensibilisation en santé sont proposées aux communes adhérentes à La Mutuelle Familiale, à destination de leurs administrés.

### POUR LE COLLECTIF : ENTREPRISES ET COLLECTIVITES

En lien avec les spécificités du monde professionnel, le service prévention accompagne les efforts engagés par l'entreprise ou la collectivité à destination de leurs collaborateurs.



## Une expertise unique en santé environnementale



En 2016, La Mutuelle Familiale a renforcé son engagement et ses actions en santé environnementale en créant la première fondation mutualiste dédiée à la santé environnementale. Placée sous égide de la Fondation de l'Avenir, la Fondation Santé Environnement soutient la recherche médicale appliquée, informe sur les polluants du quotidien et participe à la prise de conscience collective.



Suivez toute l'actualité de la Fondation Santé Environnement sur sa page LinkedIn !

**La Mutuelle Familiale organise tout au long de l'année des séances de prévention en santé pour informer et accompagner ses adhérents.**

## UNE ÉQUIPE PRÉVENTION TOUJOURS A VOS COTÉS

Une équipe de dix professionnels experts dans différentes thématiques : diététique, santé environnement, sophrologie, hypnothérapie, secourisme, activité physique et sportive, mémoire...

### NOUS CONTACTER



**PAR MAIL :**

prevention@mutuelle-familiale.fr



**NUMÉRO UNIQUE :**

09 71 10 15 15

Dites "Prévention" lorsque le serveur vocal vous y invite.



**POUR S'INSCRIRE À NOS INITIATIVES PRÉVENTION**

<https://www.mutuelle-familiale.fr/prevention-ateliers-sante>

ou



Mutuelle régie par le  
livre II du Code de la  
mutualité.  
SIREN n°784 442 915

SIÈGE SOCIAL  
52, RUE D'HAUTEVILLE  
75487 PARIS CEDEX 10



NUMÉRO NON SURTAXÉ DEPUIS UN FIXE OU UN MOBILE

**09 71 10 15 15**

**mutuelle-familiale .fr**

  
**MUTUALITÉ  
FRANÇAISE**  
MEMBRE DE LA



## Service d'aide sociale et solidaire

L'entraide est un principe qui guide l'action de la Mutuelle Familiale depuis sa création. C'est donc, tout naturellement qu'elle a mis en place un fonds d'aide sociale, afin d'apporter à ses adhérents, un soutien solidaire en cas de besoin.

La Commission d'Aide Sociale se réunit tous les mois pour étudier les dossiers France entière. Les décisions sont prises à la majorité des membres présents à la réunion de la Commission.

Tous les adhérents et leurs bénéficiaires en contrat individuel, collectif ou collectif facultatif de La Mutuelle Familiale, ayant un an d'ancienneté dans leur contrat santé et devant faire face à des dépenses de santé dépassant leurs possibilités financières, peuvent demander une aide. (Art. 4 du Règlement Intérieur).

Le budget du Fonds social en 2022 s'élève à 400 000 €.

Les demandes doivent concerner des besoins ponctuels relatifs à des soins non permanents :

- ☐ dépenses de santé,
- ☐ dépenses d'appareillage pour le handicap
- ☐ dépenses d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, dans le cadre du maintien à domicile ou de situation d'handicap.
- ☐ prescription médicale d'activité physique en cas d'Affection Longue Durée (ALD) dans le cadre du dispositif « Sport sur ordonnance »
- ☐ séjours de répit pour les aidants de proches en maladie chronique ou pour l'hébergement en accueil temporaire des proches malades pour le répit de l'aidant.

A noter, La Mutuelle Familiale a choisi de distinguer les fonds consacrés à l'Aide Sociale des fonds pour la prévention et la promotion de la santé.

Pour en bénéficier, une demande doit être adressée à la Commission à l'adresse du siège : Mutuelle Familiale - Action sociale - 52, rue d'Hauteville - 75487 Paris Cedex 10.

## BILAN PRESTATIONS SOCIALES 2021

Prestations à financer	Nombre de dossiers financés	Montant global versé	Montant moyen par dossier
Aménagement du domicile	19	28 690,00 €	1 510,00 €
Fauteuil roulant et appareillages divers	11	5 540,00 €	503,64 €
Prothèses dentaires	136	137 904,50 €	1 014,00 €
Dépassement Honoraires	67	34 290,00 €	511,79 €
Divers (cure, tps, pharmacie, MAS...)	41	24 721,40 €	602,96 €
Forfait journalier et chambre	57	48 215,00 €	845,88 €
Lunettes	48	18 170,00 €	378,54 €
Audio	36	33 410,00 €	928,06 €
Accueil de jour, décès, cotisations	5	6 096,88 €	1 219,38 €
Sport sur ordonnance, aide aidant	2	1 700,00 €	850,00 €
<b>TOTAL</b>	<b>422</b>	<b>338 737,78 €</b>	<b>820,69 €</b>

## BILAN PRESTATIONS SOCIALES 2020

Prestations à financer	Nombre de dossiers financés	Montant global versé	Montant moyen par dossier
Aménagement du domicile	7	9 400 €	1 342 €
Fauteuil roulant et appareillages divers	0	0	0
Prothèses dentaires	142	147 070 €	1 035 €
Dépassement Honoraires	52	24 190 €	465 €
Divers (cure, tps, pharmacie, MAS...)	44	18 667 €	424 €
Forfait journalier et chambre	38	41 176 €	1 083 €
Lunettes	43	15 318 €	356 €
Audio	55	57 740 €	1 049 €
Accueil de jour, décès, cotisations	11	11 320.51 €	1 029 €
Sport sur ordonnance, aide aidant	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>412</b>	<b>337 971.51 €</b>	<b>820.32 €</b>

## FICHE CONSEIL SANTÉ

Fiche conseil à compléter et à signer en double exemplaire par La Mutuelle Familiale et l'Adhérent.

### Cadre réservé à La Mutuelle Familiale

Date de l'entretien :

Nom du conseiller mutualiste :

### Informations Adhérent

Civilité :  Nom :  Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Personnes à couvrir (case à cocher) ☐ Conjoint(e) ☐ Ayant droit ☐ Enfant(s) nombre d'enfant(s)

Bénéficiez-vous d'une aide à la Complémentaire Santé Solidaire ? ☐ Oui ☐ Non

### Vos besoins en complémentaire santé

**SOINS COURANTS/PHARMACIE\*** : Consultez-vous régulièrement des médecins qui pratiquent les dépassements d'honoraires ?

Consultez-vous des médecins spécialistes ?

☐ Minimum ☐ Médium ☐ Maximum (une seule case à cocher)

**HOSPITALISATION\*** : Une hospitalisation est-elle prévue prochainement ? Souhaitez-vous une prise en charge d'une chambre individuelle ?

☐ Minimum ☐ Médium ☐ Maximum (une seule case à cocher)

**OPTIQUE\*** : Quand avez-vous changé la dernière fois votre équipement ? Quel type de verre portez-vous ? Combien cet équipement vous a-t-il coûté ?

☐ Minimum ☐ Médium ☐ Maximum (une seule case à cocher)

**DENTAIRE\*** : Avez-vous des travaux prévus ? De quel type ? Avez-vous déjà une idée du coût de ces travaux ? Doit-on prévoir de l'orthodontie pour les enfants ?

☐ Minimum ☐ Médium ☐ Maximum (une seule case à cocher)

\*Ces indicateurs ne sont pas limitatifs et sont renseignés à titre indicatif selon votre situation, vos besoins et exigences.

### Notre Conseil

Compte tenu des informations récoltées et des besoins que vous avez formulé, La Mutuelle Familiale vous propose d'adhérer au contrat :

Commentaires :

### Votre choix

☐ Je reconnais avoir pris note du conseil qui m'est donné par mon Conseiller mutualiste en fonction des éléments que j'ai bien voulu communiquer et accepte la ou les recommandations ci-dessus.

☐ Je reconnais avoir pris note du conseil délivré par mon Conseiller mutualiste mais je ne souhaite pas adhérer à la garantie recommandée.

☐ Je ne communique pas les informations mentionnées au présent questionnaire à mon Conseiller mutualiste. Je reconnais avoir été informé des conséquences de ce choix : je ne bénéficierai pas d'un conseil personnalisé.

Fait en double exemplaire à  , le

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature de l'Adhérent

Signature de Conseiller mutualiste

**BULLETIN INDIVIDUEL D'AFFILIATION**

Documents à compléter et à signer en double exemplaire par l'Adhérent.

Structure adhérente : \_\_\_\_\_

**Garantie retenue en santé**

Garantie choisie : \_\_\_\_\_

Date d'adhésion demandée\* : | | | | | | | | | |

\*La date d'adhésion ne peut être antérieure à la date de réception de ce bulletin par La Mutuelle Familiale.

**L'Affilié (e)**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Sexe : ☐ M ☐ F

Né(e) le : | | | | | | | | | | Numéro de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | clé | |

Ville de naissance : \_\_\_\_\_ Département de naissance : | | | | Pays de naissance : \_\_\_\_\_

Régime obligatoire d'Assurance Maladie : ☐ Général ☐ Local ☐ Minier ☐ Frontalier

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : | | | | | Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : | | | | | | | | | | E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Concubin(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)

Vous êtes : ☐ Professions libérales et assimilées ☐ Professions enseignement, santé, fonction publique  
☐ Professions administratives et commerciales ☐ Employés de la fonction publique ☐ Techniciens  
☐ Employés administratifs d'entreprise ☐ Employés de commerce ☐ Ouvriers qualifiés  
☐ Ouvriers non qualifiés ☐ Inactifs divers autre que retraités ☐ Retraités

**Bénéficiaires (ayants droit)**

L'ajout des bénéficiaires concerne plus de quatre (4) ayants droit, se référer à l'annexe en page suivante.

Nom Prénom Conjoint	Date de naissance	Sexe F/M	Régime obligatoire d'Assurance Maladie	N° de Sécurité sociale	N° GRA
				clé	
Nom Prénom Enfant	Date de naissance	Sexe F/M	Régime obligatoire d'Assurance Maladie	N° de Sécurité sociale	N° GRA
				clé	
				clé	
				clé	
				clé	
				clé	

**Règlement de la cotisation** (le montant des cotisations s'effectue par prélèvement sur votre compte bancaire)

Montant de la cotisation mensuelle SANTÉ : | | | | | € TTC

**Cadre réservé à La Mutuelle Familiale**

N° d'Adhérent : | | | | | N°GRA : | | | | |

Origine Adhésion : | | | | | Agence : | | | | |

Conseiller : | | | | |



## Pièces à joindre

- Photocopie de votre attestation Vitale actualisée et celles de vos ayants droit immatriculés à un Régime de base.
- Justificatif d'identité avec photo en cours de validité (Carte Nationale d'Identité, passeport, permis de conduire...).
- Justificatif de situation pour vos ayants droit, le cas échéant ( cf article 6 des Statuts de La Mutuelle Familiale).

Pour vos enfants ayants droit jusqu'à 28 ans, fournir la photocopie de l'attestation de droit à l'Assurance Maladie de votre Régime Obligatoire sur laquelle figure l'ouverture de leurs droits ainsi que le justificatif de leur situation : carte d'étudiant, contrat d'apprentissage, certificat de scolarité, carte d'invalidité civile ou notification Pôle Emploi, et livret de famille.

- Mandat de prélèvement SEPA complété en cas de prélèvement des cotisations.
- Relevé d'Identité Bancaire (**mentionnant les coordonnées européennes BIC et IBAN**) pour effectuer le règlement des prestations par virement.

## Déclaration adhérent

- ☐ Je déclare avoir répondu avec exactitude aux déclarations faites ci-dessus.
- ☐ Je reconnais avoir pris connaissance des conséquences qui pourraient résulter d'une fausse déclaration prévues aux articles L221-14 (nullité de la garantie) et L221-15 (réduction de la prestation) du Code de la mutualité.
- ☐ Je reconnais avoir reçu et pris connaissance du règlement mutualiste, des statuts et du document d'information correspondant à la garantie que j'ai souscrite.
- ☐ Je suis informé que l'adhésion au contrat collectif facultatif entraîne de plein droit mon adhésion à l'Association LMF ASSO SANTÉ\*, association souscriptrice du contrat Mutuelle de Commune. En ma qualité de membre de LMF ASSO SANTÉ, je devrai m'acquitter d'une cotisation annuelle fixée par l'assemblée générale de l'association soit 1 € par an.

\*Association régie par la loi du 1er juillet 1901, immatriculée sous le numéro W751244043 auprès de la préfecture de police de Paris, représentée par son président, Mr LEMOINE Daniel, dont le siège social est situé au 52 rue d'Hauteville - 75487 PARIS Cedex 10.

- ☐ Je sollicite l'exécution anticipée des garanties à la date portée au présent bulletin ou dès sa réception si cette date est postérieure. Je reconnais être informé que le droit de renonciation ne peut plus être exercé en cas d'exécution anticipée des garanties concernant la vente à distance et en cas de mise en œuvre de la garantie, concernant le démarchage. La renonciation doit être faite par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : La Mutuelle Familiale - 52 rue d'Hauteville - 75010 PARIS selon le modèle ci-après : « Je soussigné(e) [nom, prénom, adresse, n° adhérent], déclare renoncer à mon adhésion au contrat [référence de la garantie, souscrit le [date] et [lieu]. Date et signature ». La renonciation entraîne le versement, pour l'adhérent, de la cotisation mensuelle, proratisée en jours calendaire, pour la période pendant laquelle le risque a couru.

- ☐ J'autorise La Mutuelle Familiale et ses partenaires à me proposer des offres de services en assurance et prévention. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement à tout moment en écrivant à notre Délégué à la protection des données dont les coordonnées figurent à la fiche - Règlement Général sur la Protection des données.

- ☐ **Je certifie que toutes les informations renseignées sont exactes. Je reconnais avoir reçu et pris connaissance des statuts, du règlement mutualiste et du règlement intérieur de La Mutuelle Familiale. La notice d'information du présent contrat me sera transmise par l'association souscriptrice (LMF ASSO SANTÉ).**

## Signature de l'Affilié (e)

Fait à :

le :

Signature obligatoire, précédée de la mention  
« Lu et approuvé » :

Cachet de la structure adhérente le cas échéant :

Cadre réservé à La Mutuelle Familiale

N° d'Adhérent :

N°GRA :

Origine Adhésion :

Agence :

Conseiller :

## Règlement Général sur la Protection des Données

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 s'appliquent aux réponses faites au présent formulaire.

### Finalités du traitement

La collecte et le traitement de vos données personnelles via le présent bulletin d'adhésion a pour but d'assurer la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat d'assurance. Les réponses renseignées présentent un caractère obligatoire.

A défaut, la Mutuelle ne sera pas en mesure d'assurer l'enregistrement et la gestion de votre adhésion.

Avec votre accord, vos données pourront également être utilisées pour vous proposer des offres commerciales de La Mutuelle Familiale et de ses partenaires. A cet égard, vous avez la possibilité de revenir sur cette utilisation à tout moment.

### Bases légales du traitement

La collecte et le traitement de vos données est nécessaire à l'exécution de votre contrat et au respect, par la Mutuelle, de ses obligations légales et réglementaires notamment en matière de fraude et de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

### Données et catégories de personnes concernées

Les données collectées auprès des adhérents de la Mutuelle et de leurs ayant-droits concernent principalement des informations relatives à leur état civil, leur numéro de sécurité sociale (N°SS), leur relevé d'identité Bancaire (RIB) ou tout autre document nécessaire à la gestion et l'exécution du contrat, notamment :

- Les données relatives à l'identification des parties et leur contact (état civil, pièces d'identité, coordonnées etc.) ;
- Les données relatives à la situation familiale des parties ou intéressés au contrat et nécessaires à son application ;
- Les données nécessaires à la passation, l'application du contrat et à la gestion des prestations liées au contrat (autorisation de prélèvement, décomptes de l'Assurance maladie, etc...).

### Destinataires

Les données collectées sont destinées à la Mutuelle Familiale en tant que responsable de traitement. Elles peuvent également être communiquées aux partenaires de la Mutuelle prenant part à l'exécution des garanties ou avec lesquels elle partage une relation commerciale ainsi qu'aux autorités compétentes.

### Durée de conservation

Ces données sont conservées le temps nécessaire à l'exécution de votre contrat d'assurance et conformément aux délais de prescription en vigueur.

### Droits des personnes concernées

Vous pouvez accéder aux données personnelles vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou leur limitation. Vous disposez également d'un droit d'opposition au traitement de vos données et d'un droit à leur portabilité.

Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données, vous pouvez solliciter notre délégué à la protection des données (DPO) et lui communiquer vos nom, prénom, n° adhérent ainsi qu'une copie de votre pièce d'identité.

Contactez notre DPO par voie électronique : [donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr](mailto:donneespersonnelles@mutuelle-familiale.fr)

Contactez notre DPO par courrier postal : Mutuelle Familiale – Délégué à la Protection des données 52 Rue d'Hauteville 75010 Paris Dans le cas où vous ne seriez pas satisfait de nos échanges, vous avez la possibilité de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) à l'adresse suivante : CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 07.

Pour davantage d'informations sur les données à caractère personnel, nous vous invitons à consulter notre politique de confidentialité disponible sur notre site internet.

## COMMUNICATION RELATIVE AUX RATIOS PRESTATIONS SUR COTISATIONS ET FRAIS DE GESTION

**Le ratio<sup>(1)</sup> des prestations versées sur les cotisations perçues est de 70,89% au titre de l'année 2020.**

**Les frais de gestion<sup>(2)</sup> représentent 24,86% au titre de l'année 2020.**

<sup>(1)</sup> Le ratio entre le montant des prestations versées pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités, qui est utilisée pour le versement des prestations correspondant à ces garanties.

<sup>(2)</sup> Le ratio entre le montant total des frais de gestion au titre du remboursement et de l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident et le montant des cotisations ou primes afférentes à ces garanties représente la part des cotisations ou primes collectées, hors taxes, par l'organisme assureur au titre de l'ensemble des garanties couvrant le remboursement ou l'indemnisation des frais précités qui est utilisée pour le financement des frais de gestion.

Ces frais de gestion recouvrent l'ensemble des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser (dont le réseau commercial, le marketing, les commissions des intermédiaires), les souscrire (dont l'encaissement des cotisations, la gestion des résiliations, le suivi comptable et juridique) et les gérer (dont le remboursement, la gestion du tiers payant, l'information client, l'assistance, les services, les prestations complémentaires), c'est-à-dire accomplir toutes les tâches incombant à l'organisme assureur dans le respect des garanties contractuelles.



## MANDAT RESILIATION INFRA-ANNUELLE CONTRAT INDIVIDUEL

A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

1 exemplaire signé à retourner à LMF

*-Exemplaire adhérent -*

Conformément à la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, et son décret d'application n° 2020-1438 du 24/11/2020, l'adhérent/membre participant qui souhaite procéder à la résiliation de son contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident en vue de contracter avec un nouvel organisme, en transmet la demande à ce dernier.

Dans sa demande, l'adhérent/membre participant manifeste expressément sa volonté de résilier son contrat en cours et de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme.

Afin de nous permettre d'effectuer les formalités nécessaires à la résiliation de votre contrat en cours, nous vous remercions de bien vouloir compléter le présent mandat :

Nom de votre organisme assureur actuel

Adresse du siège social

Code postal

Ville

Numéro/référence du (des) contrat (s)

Numéro police

Je soussigné(e), ☐ Mme. / ☐ M. ,  
demeurant au

confirme vouloir souscrire un nouveau contrat d'assurance de complémentaire frais de santé auprès de La Mutuelle Familiale.

Dans ce cadre, j'autorise La Mutuelle Familiale à résilier en mon nom et pour mon compte le contrat frais de santé **Cliquez ici pour entrer du texte**, souscrit auprès de conformément à l'article L221-10-2 du code de la mutualité.

La résiliation de mon contrat en cours prendra effet à l'expiration d'un délai d'un mois plus un jour, suivant l'envoi par La Mutuelle Familiale de la notification de la résiliation à mon assureur actuel.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »

## MANDAT RESILIATION INFRA-ANNUELLE CONTRAT INDIVIDUEL

A ENVOYER EN 2 EXEMPLAIRES

1 exemplaire signé à retourner à LMF

*-Exemplaire La Mutuelle Familiale -*

Conformément à la loi du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, et son décret d'application n° 2020-1438 du 24/11/2020, l'adhérent/membre participant qui souhaite procéder à la résiliation de son contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident en vue de contracter avec un nouvel organisme, en transmet la demande à ce dernier.

Dans sa demande, l'adhérent/membre participant manifeste expressément sa volonté de résilier son contrat en cours et de souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme.

Afin de nous permettre d'effectuer les formalités nécessaires à la résiliation de votre contrat en cours, nous vous remercions de bien vouloir compléter le présent mandat :

Nom de votre organisme assureur actuel

Adresse du siège social

Code postal

Ville

Numéro/référence du (des) contrat (s)

Numéro police

Je soussigné(e), ☐ Mme. / ☐ M. ,

demeurant au

confirme vouloir souscrire un nouveau contrat d'assurance de complémentaire frais de santé auprès de La Mutuelle Familiale.

Dans ce cadre, j'autorise La Mutuelle Familiale à résilier en mon nom et pour mon compte le contrat frais de santé , souscrit auprès de conformément à l'article L221-10-2 du code de la mutualité.

La résiliation de mon contrat en cours prendra effet à l'expiration d'un délai d'un mois plus un jour, suivant l'envoi par La Mutuelle Familiale de la notification de la résiliation à mon assureur actuel.

Fait à le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent précédée de la mention « lu et approuvé »