



Une mutuelle pour tous,
adaptée aux besoins de chacun

REGLEMENT MUTUALISTE
Relatif aux garanties surcomplémentaires
Extentia Plus et Extentia Renfort
APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
DU 31 AOÛT 2023



CNM PREVOYANCE SANTE

93 A, rue Oberkampf • 75553 PARIS CEDEX 11 • Tél. : 01 44 62 33 40 • Télécopie : 01 44 62 86 73
Site internet : <http://www.cnmsante.fr> • E-mail : contact@cnmsante.fr

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité. Il définit le contenu des engagements relatifs aux garanties intitulées EXTENTIA Plus et EXTENTIA Renfort existant entre chaque adhérent au présent règlement et la mutuelle CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE (ci-après dénommée CNM Prévoyance Santé), mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

ARTICLE 2 – NATURE DU CONTRAT

Les garanties soumises au présent règlement ne respectent pas les dispositions incluses aux articles L871-1, R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale.

Elles sont par conséquent soumises à la taxe de solidarité additionnelle au taux applicable aux contrats d'assurance maladie « non responsables » (20,27%).

ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHESION

3.1 Membres Participants

Les membres participants d'une mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Peuvent adhérer à titre individuel, les personnes physiques jusqu'à leur quatre-vingt-cinquième anniversaire et affiliées, à titre personnel ou en qualité d'ayant droit, à un régime obligatoire d'assurance maladie et ayant souscrit une assurance complémentaire garantissant la prise en charge des dépenses de santé en complément de celle de la sécurité sociale, répondant aux critères des articles L871-1 et R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale et assurant un complément de remboursement portant le montant global remboursé (sécurité sociale plus assurance complémentaire) à un minimum de cent pour cent du tarif de prise en charge par la Sécurité Sociale pour les dépenses couvertes par les garanties visées au présent règlement (à l'exception des médicaments à service médical faible ou insuffisant et des cures thermales).

Les membres participants de la CNM Prévoyance Santé ayant souscrit l'une des garanties visées par le présent règlement et ayant mis fin à leur adhésion ne pourront plus souscrire à l'une des garanties visées par le présent règlement avant l'expiration d'un délai de 24 mois à compter de la prise d'effet de la résiliation.

Garanties Extentia Renfort :

Les membres participants de la CNM Prévoyance Santé ayant souscrit les garanties Actiléa D ou E ou Actiléa Néo supérieures à 5555 ne peuvent souscrire à l'une des garanties visées par le présent règlement. Les membres participants de la CNM Prévoyance Santé ayant souscrit les garanties Actiléa D ou E ou Actiléa Néo supérieures à 5555 et qui seraient passés à une garantie inférieure ne pourront souscrire aux garanties visées par le présent règlement qu'à l'expiration d'un délai de 24 mois à compter de la date de prise d'effet de la garantie de gamme inférieure.

3.2 Ayants-droit

Peut devenir ayant droit du membre participant tout membre de la famille du membre participant dont celui-ci demande l'inscription en s'engageant à s'acquitter du complément de cotisation correspondant :

- Conjoint
- Enfants

tels que définis à l'article 10 des statuts.

L'adhésion est soit individuelle, soit familiale, au choix du candidat à l'adhésion. Ce choix est effectué en complétant sur le bulletin d'adhésion les rubriques correspondantes.

La couverture des ayants droit est identique à celle du membre participant.

ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION

L'adhésion au présent règlement résulte de la signature du bulletin d'adhésion.

Lors de l'adhésion il devra être fourni les pièces justificatives suivantes :

- Une photocopie de la pièce d'identité recto-verso en cours de validité (CNI, passe port ou titre de séjour) du candidat à l'adhésion et des potentiels ayants-droits.
- Une photocopie de l'attestation de droits au régime obligatoire.
- Un justificatif de l'adhésion à une assurance complémentaire garantissant la prise en charge des dépenses de santé en complément de celle de la sécurité sociale permettant un remboursement global (sécurité sociale plus assurance complémentaire) d'un montant au moins égal à 100 % du tarif de la sécurité sociale.
- Une copie de la carte mutuelle de l'année en cours.
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel le candidat à l'adhésion souhaite le virement des remboursements.

Et le cas échéant :

- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel le candidat à l'adhésion souhaite le prélèvement automatique de ses cotisations
- Le mandat de prélèvement SEPA dûment complété et signé.
- Un justificatif d'inscription auprès de Pôle emploi pour les enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans en recherche d'emploi
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou poursuivant leurs études.
- Si le candidat à l'adhésion souhaite résilier un précédent contrat pour adhérer auprès de CNM Prévoyance Santé, il transmet un mandat de résiliation manifestant sa volonté expresse de résilier et d'adhérer au présent règlement mutualiste et précisant la référence de l'ancien contrat.

Aucune demande d'adhésion ne pourra être prise en compte à défaut de la présentation des documents ci-dessus visés.

Si, après réception du bulletin d'adhésion et après avoir recueilli, s'il y a lieu, toutes les informations complémentaires qu'elle juge nécessaires, CNM Prévoyance Santé souhaite donner une suite favorable à la demande du candidat à l'adhésion, CNM Prévoyance Santé en informe le candidat par un courrier qui comprend notamment l'appel de cotisation.

A défaut, CNM Prévoyance Santé informe par écrit le candidat à l'adhésion du motif légitime de son refus.

Lors de chaque renouvellement d'adhésion, le membre participant devra fournir un justificatif de maintien de l'adhésion à une assurance complémentaire remplissant les conditions visées ci-dessus.

Le bulletin d'adhésion définit les éventuelles conditions particulières applicables aux engagements souscrits.

Garanties Extentia Plus :

Pour être valide, une adhésion doit obligatoirement :

- associer un module Soins Courants, un module Hospitalisation, un module Dentaire, un module Optique
- limiter à 1 niveau maximum l'amplitude entre le niveau de garantie le plus élevé et le niveau de garantie le plus faible (Niveau 1 à Niveau 2 ou Niveau 2 à Niveau 3)
- si le module « Se Soigner Autrement » est souscrit (choix facultatif), ce dernier doit obligatoirement être du même niveau que le niveau choisi pour le module Soins Courants.

L'adhésion ne peut pas prendre effet si l'intéressé fait l'objet de mesures de gel des avoirs.

ARTICLE 5 - DELAI DE RENONCIATION

A condition de ne pas avoir sollicité de prestations, les adhérents peuvent renoncer à leur adhésion dans un délai de 30 jours à compter du jour où ils ont été informés que leur adhésion a pris effet ou à compter du jour où ils ont reçu les conditions d'adhésion et les informations mentionnées à l'article L221-18 du code de la mutualité si cette date est postérieure (en ce inclus le délai de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage).

Cette renonciation peut être effectuée soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite à l'adresse susmentionnée, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque CNM Prévoyance Santé a proposé l'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par ce même mode de communication.

La renonciation à l'adhésion est adressée à CNM Prévoyance Santé, Service adhésion – 93A rue Oberkampf 75553 PARIS cedex 11 - Tel 01 44 62 33 40 – Mail : contact@cnmsante.fr

Un modèle est disponible sur le site : www.cnmsante.fr et reproduit ci-dessous :

« Je vous informe par la présente qu'après réflexion, je ne souhaite plus adhérer auprès de la CNM Prévoyance Santé pour la garantie surcomplémentaire santé Extentia, contrairement au bulletin d'adhésion que j'ai signé en date du (date à préciser). Aujourd'hui, je souhaite exercer mon droit de renonciation. Je vous prie de bien vouloir vérifier qu'aucune cotisation ne m'a été prélevée et, le cas échéant, me restituer la somme déjà versée. ».

CNM Prévoyance Santé confirmera par écrit qu'elle a bien reçu notification par l'adhérent de la renonciation à son adhésion.

La renonciation n'entraîne le paiement d'aucune pénalité.

Toute demande de prestations auprès de la CNM Prévoyance Santé concrétise l'exécution du contrat et vaut renonciation à la faculté de renonciation.

ARTICLE 6 - DUREE DE L'ADHESION

Les garanties entrent en vigueur, sous réserve de l'acceptation de l'adhésion par CNM Prévoyance Santé et après vérification de ce que l'intéressé ne fait pas l'objet de mesures de gel des avoirs, à compter du premier jour du mois suivant la réception du dossier complet d'adhésion.

Lorsque le membre participant a procédé à la résiliation d'un ancien contrat en vue de contracter avec CNM Prévoyance Santé, l'adhésion prend effet le lendemain de la résiliation de l'ancien contrat. CNM Prévoyance Santé s'assure de la continuité de la couverture du membre participant.

L'adhésion, quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, prend fin le 31 décembre de la même année et se renouvelle, sous réserve des dispositions de l'article L 221-10 du Code de la mutualité, automatiquement par tacite reconduction pour des périodes d'un an du 1^{er} janvier au 31 décembre de chaque année, sauf résiliation de la part du membre participant dans les conditions mentionnées à l'article 8.

ARTICLE 7 – EFFETS DE L'ADHESION

L'adhésion régulièrement effectuée permet de bénéficier, dans les conditions du présent règlement, de la garantie à laquelle il a été souscrit.

L'adhérent devient membre participant de la mutuelle et à ce titre il est soumis à toutes les dispositions du présent règlement et à celles des statuts de la mutuelle.

ARTICLE 8 – FIN DE L'ADHESION

La cessation de l'adhésion du membre participant emporte cessation de la garantie et de l'ensemble des services apportés par CNM Prévoyance Santé.

L'adhésion prend fin dans le cas de résiliation soit par le membre participant, soit par CNM Prévoyance Santé dans les conditions définies au présent article.

8.1 Résiliation par le membre participant

8.1.1 Résiliation à l'échéance annuelle

Lorsque le membre participant ne souhaite pas reconduire son adhésion à l'échéance annuelle, il en informe CNM Prévoyance Santé au moins deux mois avant le 31 décembre de l'année concernée.

La résiliation peut intervenir soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La mutuelle en confirme la réception par écrit.

La cessation de l'adhésion prend effet au 31 décembre de l'année en cours, si le membre participant a respecté le délai de préavis de deux mois. A défaut de respect du préavis la cessation prendra effet le 31 décembre de l'année suivante.

Toutefois, si l'avis d'échéance annuelle de cotisation lui est adressé moins de 15 jours avant le 31 octobre ou après cette date, celui-ci dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer son adhésion. Ce délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

8.1.2 Résiliation infra-annuelle à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription

Le membre participant peut résilier son contrat après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalité.

La résiliation peut intervenir soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

La résiliation peut également être notifiée par le nouvel organisme par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique. Dans ce cas, la notification mentionne la référence du contrat, le nom et l'adresse du membre participant et rappelle que le nouvel organisme s'assure de la continuité de la couverture du membre participant durant l'opération de résiliation.

Dès réception de la demande de résiliation de l'adhésion, CNM Prévoyance Santé communique par tout support durable au membre participant un avis de résiliation confirmant la réception de la notification et l'informant de la date de prise d'effet.

La résiliation prend effet un mois après que CNM Prévoyance Santé en a reçu notification par le membre participant ou par le nouvel assureur.

Lorsque la résiliation est notifiée par le nouvel assureur, la date de réception par CNM Prévoyance Santé de la notification est présumée être le premier jour qui suit la date d'envoi de cette notification telle qu'elle figure sur le cachet de la poste de la lettre recommandée ou, s'il s'agit d'une lettre recommandée électronique, sur la preuve de son dépôt selon les modalités prévues à l'article R. 53-2 du code des postes et télécommunications électroniques.

Le membre participant n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation.

Le remboursement est effectué dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

8.1.3 Résiliation par le membre participant pour l'un des motifs prévus à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité

Lorsque la résiliation intervient pour l'un des motifs prévus à l'article L. 221-17 du code de la mutualité, elle prend effet un mois après réception de sa notification par la mutuelle. La mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Le remboursement est effectué dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation.

La résiliation peut intervenir soit par lettre ou tout autre support durable, soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle, soit par acte extrajudiciaire, soit, lorsque l'adhésion au règlement est intervenue par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. Le membre participant indique la nature et la date de l'événement qu'il invoque et donne toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement. Lorsque cet événement est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

8.1.4. Résiliation consécutive à la fin du bénéfice d'une complémentaire santé

Le membre participant peut demander à résilier son adhésion au présent règlement lorsqu'il ne bénéficie plus d'une complémentaire santé répondant aux conditions de celui-ci.

La résiliation prend effet à compter de la date de réception par la CNM Prévoyance Santé de la notification par le membre participant de cette résiliation et la justification de celle-ci.

8.2 Résiliation par CNM Prévoyance Santé

8.2.1 Résiliation en cas de disparition d'une condition du membre participant

CNM Prévoyance Santé peut résilier l'adhésion des membres qui ne remplissent plus les conditions nécessaires à cette adhésion.

Tel est le cas notamment lorsque :

- le membre participant ne bénéficie plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie, les prestations ne pouvant plus être servies par la mutuelle à compter de la date d'expiration de la couverture par le régime obligatoire ;
- le membre participant ne bénéficie plus d'un régime complémentaire remplissant les conditions prévues au présent règlement, les prestations ne pouvant plus être servies par la mutuelle à compter de la date d'expiration de la couverture par le régime complémentaire ;
- le membre participant ne fait plus partie d'une des catégories définies à l'article 3.1 du présent règlement mutualiste ;
- le membre participant ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts de CNM Prévoyance Santé soumettent l'admission ;
- le membre participant ne remplit plus les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur, notamment l'article L. 221-17 du code de la mutualité.

La résiliation est notifiée par lettre recommandée avec avis de réception qui indique la nature et la date de l'événement qu'elle invoque et donne toutes les précisions de nature à établir que la résiliation est en relation directe avec ledit événement. Lorsque cet événement est constitué ou constaté par une décision juridictionnelle ou lorsqu'il ne peut en être déduit d'effets juridiques qu'après une homologation ou un exequatur, la date retenue est celle à laquelle cet acte juridictionnel est passé en force de chose jugée.

La résiliation prend effet un mois après la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation.

8.2.2 Résiliation pour non-paiement des cotisations

CNM Prévoyance Santé peut résilier l'adhésion à défaut de paiement par le membre participant de sa cotisation dans les dix jours de son échéance et conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du code de la mutualité.

La résiliation prend effet à compter de la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation.

La radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions de l'article L. 221-17 du Code de la mutualité.

Le Conseil d'administration de CNM Prévoyance Santé peut toutefois surseoir à une décision de résiliation pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

8.2.3 Exclusion pour fraude ou préjudice causé à la mutuelle

CNM Prévoyance Santé peut résilier l'adhésion dans le cas de fraude de la part du membre participant, pour bénéficier des prestations de la mutuelle, qui constituerait un crime ou un délit intentionnel, ou lorsque le membre participant cause volontairement un préjudice aux intérêts de la mutuelle.

L'exclusion en cas de fraude de la part de le membre participant prend effet à compter de la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation.

Dans le cas de proposition d'exclusion d'un membre qui aurait causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté, celui-ci est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas le jour indiqué, une nouvelle convocation lui sera adressée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

8.3 Cessation des garanties au profit des ayants droits

Le membre participant qui souhaite résilier l'inscription d'un ayant droit ou l'ayant droit souhaitant mettre fin à son statut en fait la demande à CNM Prévoyance Santé dans les conditions prévues à l'article 8.1.

La garantie au profit des ayants droit cesse en tout état de cause :

- à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ceux-ci ne remplissent plus les conditions énoncées à l'article 10 des Statuts et, au plus tard aux 28 ans de l'intéressé ;
- à la date de cessation de la garantie au profit du membre participant.

ARTICLE 9 – COTISATIONS

Le montant des cotisations, fixé chaque année par la mutuelle, est fonction de la garantie choisie. Le montant des cotisations est indiqué par formule de couverture sur l'étude personnalisée et le bulletin d'adhésion remis préalablement à toute personne souhaitant adhérer à l'une des garanties de CNM Prévoyance Santé. Lors de la reconduction annuelle de la garantie, le montant de la cotisation pour l'année à venir est précisé sur l'appel de cotisation adressé individuellement à chaque membre participant.

La cotisation n'est fixée ni en fonction de l'état de santé (aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin), ni de l'emploi, ni du sexe du souscripteur. Celle-ci est fonction de l'âge de l'assuré et, pour les garanties Extentia Plus, de son lieu de résidence, et évolue chaque année. L'âge pris en considération pour déterminer le montant de la cotisation sera celui atteint par l'assuré au 1^{er} janvier de chaque année pour l'année en cours.

La cotisation est annuelle et payable à terme à échoir.

En cas de paiement par prélèvement automatique, elle peut être versée mensuellement par douzième, semestriellement par moitié ou trimestriellement par quart. La part de cotisation mensuelle, semestrielle ou trimestrielle est payable d'avance par douzième, par moitié ou par quart au début de chaque mois, semestre ou trimestre et pour la première fois lors de l'adhésion.

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le membre participant est redevable, en sus de la cotisation ou fraction de cotisation arriérée, des frais de poursuites et de recouvrement dont le montant est fixé par le Conseil d'administration.

L'assemblée générale peut, à tout moment, réévaluer le montant des cotisations en fonction des résultats techniques du régime, de l'évaluation prévisionnelle des dépenses de santé, de la modification des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie. Le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour dénoncer son adhésion. Ce délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Les tarifs actualisés sont disponibles sur cnmsante.fr.

Garanties Extentia Plus :

Les enfants de 20 ans et plus acquittent une cotisation de base équivalente à celle d'un adulte de même âge.

Le montant de la cotisation est différent selon que le domicile de l'assuré est situé à Paris et en Ile de France ou dans une autre région. En cas de changement d'adresse, le nouveau montant de cotisation prend effet à la date de renouvellement de l'adhésion.

Le 2^{ème} adulte inscrit au règlement en qualité d'ayant droit bénéficie d'une réduction de 10% par rapport au tarif de son âge s'il souscrit à la même garantie que le membre participant.

Pour les familles (2 adultes + enfant(s)), le 2^{ème} enfant couvert bénéficie d'une réduction de 20% par rapport au tarif de son âge et, à compter du 3^{ème} enfant d'une gratuité totale.

Pour les familles monoparentales (1 adulte + enfant(s)), le 1^{er} enfant couvert bénéficie d'une réduction de 10% par rapport au tarif de son âge, le 2^{ème} enfant d'une réduction de 20% et, à compter du 3^{ème} enfant d'une gratuité totale.

ARTICLE 10 – PRESTATIONS

Le détail des prestations accordées par CNM Prévoyance Santé est indiqué par garantie et joint en annexe au bulletin d'adhésion.

10.1 Bénéficiaire

Le bénéficiaire du droit aux prestations est le membre participant à jour de ses cotisations.

En dehors des cas de tiers payant, les prestations sont réglées par virement sur le compte bancaire du membre participant ou de son ayant droit lorsque celui-ci est âgé de plus de 16 ans.

La Mutuelle règle les prestations dans un délai de deux mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives.

10.2 Délai d'attente

Le droit aux prestations est soumis à un délai d'attente de 2 mois commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion. Les hospitalisations résultant d'un accident ne font l'objet d'aucun délai d'attente.

Dans le cas de changement de garantie pour une autre des garanties soumises au présent règlement, un nouveau délai d'attente de deux mois sera appliqué à la nouvelle garantie souscrite. Pendant ce délai d'attente l'assuré bénéficiera du montant des forfaits prévus dans le cadre de la garantie précédente.

10.3 : Risques exclus :

Sauf exceptions précisément stipulées dans le tableau des garanties, ne donnent pas lieu aux garanties définies aux Conditions Particulières et n'entraînent aucun paiement à la charge de la CNM Prévoyance Santé :

- les actes hors nomenclature,
- les médicaments, appareillages ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique non remboursés par la sécurité sociale.

Ne sont également pas pris en charge les postes mentionnés aux articles L.871-1 et R.871-1 du code de la sécurité sociale :

- la participation forfaitaire et la franchise laissées à la charge des assurés et mentionnées aux II et III l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de la participation des assurés visée à l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale (majoration de la participation pour non désignation d'un médecin traitant ou pour consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes pris en application du 18° de l'article L162-5 (assurés qui consultent un spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins).

Le fait que CNM Prévoyance Santé ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions et CNM Prévoyance Santé est en droit de réclamer le remboursement de l'indu.

10.4 Base de remboursement

Les prestations assurées par CNM Prévoyance Santé correspondent, dans le cadre et les limites de la garantie souscrite, au montant de la somme restant à charge de l'assuré après remboursement par le régime de base de l'assurance maladie et l'organisme complémentaire.

Les prestations ne sont servies que dans le cas où les remboursements demandés portent sur des honoraires figurant dans la nomenclature des actes médicaux pour lesquels la Sécurité sociale assure le remboursement ou sur des produits et appareillages figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie. Les prestations concernant les dépassements d'honoraires chirurgicaux ne sont servies que si l'intervention des praticiens est effectuée dans le cadre d'une maladie ou suite à un accident.

Dans le cas d'un forfait de remboursement, si le forfait prévu est inférieur à la somme restant à la charge de l'assuré le remboursement sera limité au montant du forfait.

Le forfait de remboursement est annuel, l'année, s'entendant de la période écoulée entre la date de prise d'effet de la garantie ou de son renouvellement et la fin de l'année civile.

Dans le cas où une demande de remboursement serait inférieure au montant du forfait, le solde non utilisé pourra, dans le cas d'une nouvelle mise en jeu de la garantie, être utilisé pour un nouveau remboursement effectué au cours de la même année. Si le forfait n'a pas été utilisé en tout ou en partie au cours de la même année, il ne sera pas reporté sur l'année suivante en cas de renouvellement.

Les frais de soins engagés à l'étranger sont remboursés par CNM Prévoyance Santé dans les conditions prévues au bulletin d'adhésion s'ils sont pris en charge par le régime français de Sécurité Sociale ou par le régime de sécurité sociale du pays de séjour lorsque les frais ont été engagés dans un pays membre de l'UE/EEE ou en Suisse.

Dans les autres cas, les frais de soins engagés à l'étranger ne sont pas remboursés.

Garanties Extentia Renfort :

Les forfaits de remboursement sont progressifs, sans condition, au cours des trois premières années d'adhésion.

A l'expiration de la troisième année, les forfaits seront d'un montant identique à celui de la troisième année. Les forfaits et leur progressivité sont détaillés dans le tableau figurant en annexe. Un changement de garantie au sein de la gamme ne fait pas perdre l'ancienneté.

Les prestations visent le remboursement :

- dans le cadre du forfait optique dentaire : des lunettes (monture et verres), des lentilles de correction acceptées, des prothèses dentaires fixées ou mobiles (couronne, inlay-core, inlay-core à clavette, appareil dentaire, bridge... inscrits dans la classification commune des actes médicaux - CCAM) remboursées ou non par le régime obligatoire mais remboursées à minimum 100% de la Base de Remboursement pour le total régime obligatoire et régime complémentaire.
- dans le cadre du forfait audition et gros appareillage : des prothèses auditives (analogiques, numériques, lunettes et boîtiers) ; podo orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants ; fauteuil roulant, poussette, tricycle et châssis inscrits sur la liste des produits et prestations remboursable par l'Assurance Maladie (LPP), pris en charge par le régime obligatoire et le régime complémentaire pour un minimum de 100% de la base de remboursement
- dans le cadre du dépassement d'honoraires hospitalisation chirurgicale : des dépassements d'honoraires facturés par le chirurgien et/ou l'anesthésiste pour des actes inscrits à la CCAM, pris en charge par le régime obligatoire et remboursées à minimum 100% de la Base de Remboursement pour le total régime obligatoire et régime complémentaire.

Garanties Extentia Plus :

Les garanties intègrent un ou plusieurs « bonus fidélité » sous forme de forfait venant en complément des garanties prévues au contrat. Ces forfaits complémentaires prennent effet après 24 mois passés de manière continue dans l'une des garanties de la gamme Extentia Plus.

Un changement de garantie au sein de la gamme ne fait pas perdre l'ancienneté.

10.5 Périmètre des garanties, formalités et justificatifs

Le périmètre de prise en charge des garanties ainsi que les justificatifs minimums à fournir pour obtenir le bénéfice des prestations sont détaillés en annexe 1.

Le bénéfice des garanties est conditionné à l'envoi d'une demande de remboursement à la mutuelle accompagnée des justificatifs précisés en annexe, notamment :

- les originaux des bordereaux de remboursement du régime complémentaire sur lesquels figurent la cotation et la base de remboursement du régime obligatoire, le montant de la dépense et les montants des remboursements effectués tant par le régime de base de l'assurance maladie que par le régime complémentaire ;
- les originaux des bordereaux de remboursement du régime obligatoire dans le cas où ceux-ci ne figureraient pas sur les bordereaux du régime complémentaire ;
- les originaux des factures acquittées ;
- les duplicatas de décomptes provenant d'ameli.fr par mail.

La demande de remboursement est adressée au choix du membre participant :

- Par courrier à CNM Prévoyance Santé – Service Prestations – 93 A rue Oberkampf 75553 PARIS CEDEX 11.
- Par mail à contact@cnmsante.fr
- Directement en ligne sur l'espace personnel du membre participant.

A titre de justificatifs, seuls des documents originaux font foi.

Afin de rendre plus fluide les transferts de documents, l'envoi de justificatifs de dépenses par mail ou via l'espace personnel du membre participant sur le site cnmsante.fr (sous format pdf exclusivement) est toutefois toléré par la mutuelle.

Dans ce cas, l'assuré s'engage à conserver les originaux concernés pendant une période de 2 ans et à les fournir à la mutuelle sur simple demande. L'assuré reconnaît avoir été informé que la fourniture de justificatifs de dépense par mail au format pdf n'est pas suffisante pour que la mutuelle procède au remboursement d'une dépense et accepte en conséquence qu'un remboursement ne puisse être effectué par la mutuelle tant que les originaux correspondants n'ont pas été fournis.

Le périmètre de prise en charge des garanties et les justificatifs à fournir pour les prestations non prises en charge par le RO sont détaillés en annexe.

Par ailleurs, dans le cadre de la lutte contre la fraude, CNM Prévoyance Santé peut demander aux professionnels de santé, directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins, tous justificatifs permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis et/ou des plans de soins mis en œuvre. CNM Prévoyance Santé peut également solliciter un professionnel de santé-conseil (par ex. dentiste-conseil) afin de s'assurer de la réalisation des travaux et de la conformité de leur cotation. Dans ce cas, les remboursements sont subordonnés à l'avis conforme dudit professionnel de santé-conseil.

Le versement des prestations est subordonné à la transmission de l'ensemble des justificatifs demandés par la Mutuelle.

10.6 Délai de demande de paiement des prestations

Les demandes de paiement de prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de l'acte.

L'article 15-3 du présent règlement rappelle les principes applicables à la prescription, à sa suspension et à son interruption.

10.7 Fausse déclaration - Exclusion du droit aux prestations

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, en application de l'article L221-14 du code de la mutualité la garantie accordée par la mutuelle est nulle, quand cette réticence ou cette fausse déclaration a changé l'objet du risque ou en a diminué l'opinion pour la mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

En application de l'article L221-15 du code de la mutualité, en cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant.

ARTICLE 11 - NON CUMUL DE GARANTIES

Le membre participant ne peut pas souscrire concomitamment à plusieurs garanties supplémentaires santé individuelles de la CNM Prévoyance Santé.

ARTICLE 12 – REMBOURSEMENT - SUBROGATION

Le membre participant ou l'ayant-droit qui a bénéficié des prestations de la CNM Prévoyance Santé en complément des régimes obligatoire et/ou complémentaire, s'engage, dans le cas de régularisation ultérieure de ses régimes obligatoire et/ou complémentaire, à transmettre à CNM Prévoyance Santé le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de CNM Prévoyance Santé.

Le membre participant ou toute personne ayant reçu des prestations de CNM s'oblige à rembourser spontanément à CNM Prévoyance Santé les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par CNM Prévoyance Santé.

La CNM Prévoyance Santé est subrogée dans les droits du membre participant ou de l'ayant-droit, victime d'un accident provoqué par un tiers, pour l'exercice de toute action à l'encontre du tiers responsable. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la mutuelle a exposées et ne peut s'appliquer que sur la part d'indemnité destinée à réparer l'atteinte à l'intégrité physique du membre participant ou de l'ayant-droit.

Le membre participant ou l'ayant-droit a l'obligation d'informer CNM Prévoyance Santé du fait que l'accident a été provoqué par un tiers.

ARTICLE 13 – CHANGEMENT DE GARANTIE

Après l'expiration d'une période de douze mois, le membre participant peut demander un changement de garantie à chaque date de renouvellement du contrat (1er janvier). Le membre participant qui souhaite changer de garantie devra en informer CNM Prévoyance Santé avec un préavis de 2 mois soit avant le 31 Octobre de chaque année.

Il ne peut demander une nouvelle mutation dans une option ou un groupe de prestations supérieures ou inférieures qu'après une période de 24 mois de date à date de la prise d'effet de la mutation précédente.

Les prestations versées au titre de la garantie détenue avant le changement sont réintégrées dans la nouvelle garantie pour calcul des plafonds et limites annuelles ou pluriannuelles s'il y a lieu.

ARTICLE 14 – MODIFICATION DU REGLEMENT

Le présent règlement pourra être modifié dans les conditions prévues par les statuts de la CNM Prévoyance Santé.

ARTICLE 15 – DISPOSITIONS DIVERSES

15.1 Réclamation :

Une Cellule Qualité de Service est en charge au sein de la CNM Prévoyance Santé du traitement des réclamations. Les membres participants souhaitant formuler une réclamation disposent de 3 possibilités :

- Adresser un courrier à CNM Prévoyance Santé – Service Réclamation - 93A rue Oberkampf 75553 PARIS Cedex 11
- Adresser un mail à contact@cnmsante.fr en précisant dans l'objet « réclamation » ou compléter le formulaire disponible sur leur espace personnel
- Téléphoner au Service Accueil au 01 44 62 33 40 (numéro non surtaxé, coût d'une communication téléphonique depuis un poste fixe). Dans ce cas, le réclamant est invité à formaliser sa réclamation par mail ou courrier s'il ne peut lui être donné immédiatement entière satisfaction.

Pour pouvoir être prise en compte, la réclamation doit préciser le motif de la réclamation et intégrer si nécessaire tout document permettant de mieux comprendre le motif de la réclamation.

La mutuelle accuse réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de la demande. Dans ce courrier, la mutuelle explique comment accéder à la page

internet dédiée au traitement des réclamations et rappelle la possibilité de saisir le médiateur et les modalités pratiques de sa saisine. Cet accusé de réception n'est toutefois pas envoyé lorsque la mutuelle répond par écrit à la demande dans ce délai.

La mutuelle s'engage à apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la demande. La mutuelle enregistre les réclamations écrites, les réponses apportées et suit leur traitement.

15.2 Médiation

Après avoir tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite dans les conditions ci-dessus, le membre participant peut recourir gratuitement à un médiateur de la consommation en vue de la résolution amiable du litige.

Les coordonnées du médiateur de la consommation dont relève la CNM sont les suivantes :

FNIM – Service du Médiateur

4 avenue de l'Opéra - 75001 PARIS.

Mail : mediateur@fnim.fr

Site internet : <https://www.fnim.fr/Saisir-le-Mediateur>

La demande doit être portée auprès du médiateur **dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réclamation écrite préalablement adressée à la CNM.**

La demande ne peut être examinée par le médiateur de la consommation si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence. Dans ce cas, le membre participant est informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation.

Chaque partie a la faculté, à sa charge, de se faire représenter par un avocat ou de se faire assister par toute personne de son choix à tous les stades de la médiation.

Chaque partie peut également solliciter l'avis d'un expert, dont les frais sont à sa charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée.

15.3 Prescription

Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, le délai de prescription pour toute action dérivant du présent règlement est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance,

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du membre participant ou de l'ayant droit contre CNM Prévoyance Santé 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.

La prescription est interrompue soit par la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit par la demande en justice, même en référé, non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit par un acte d'exécution forcée ainsi que 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, adressée par CNM Prévoyance Santé 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 CNM Prévoyance Santé en ce qui concerne le règlement de la prestation.

15.4 Juridictions compétentes

Les différends sont soumis aux tribunaux civils français territorialement compétents.

15.5 Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

CNM Prévoyance Santé en sa qualité d'assureur de personnes relève pour son contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest - CS92459 - 75436 Paris Cedex 09.

15.6 Informatique et Libertés

Les informations recueillies par CNM Prévoyance Santé, responsable du traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion du contrat, de sa gestion (y compris commerciale) et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Leur non-transmission par le membre participant ou ses ayants droit rendra donc impossible l'exécution du contrat par la mutuelle.

Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels le membre participant ou ses ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégués de gestion, distributeurs d'assurances, intermédiaires d'assurances, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Elles sont conservées par la CNM Prévoyance Santé pendant une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription.

Conformément aux dispositions applicables, le membre participant, les ayants droit, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle, disposent du droit de demander à la mutuelle l'accès à leurs données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Ils disposent également d'un droit d'opposition au traitement de ces données et d'un droit à leur portabilité.

Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données de la mutuelle dont les coordonnées sont les suivantes :

Délégué à la protection des données

CNM Prévoyance Santé

93A, rue Oberkampf – 75553 PARIS CEDEX 11

Tél : 01 44 62 33 40 – Mail : cnm.dpo@cnmsante.fr

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

Le membre participant et ses ayants droit peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes :

3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS Cedex 07.

Tél : 01 53 73 22 22.

Toute personne peut définir des directives générales ou particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. Ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés, après son décès, les droits rappelés ci-dessus.

15.7 Communication électronique

La Mutuelle peut fournir ou mettre à disposition des informations ou des documents à un membre participant ou à un ayant droit sur un support durable autre que le papier. La Mutuelle vérifie au préalable que ce mode de communication est adapté à la situation de ce membre participant ou de cet ayant droit et s'assure qu'il est en mesure de prendre connaissance de ces informations et documents sur le support durable envisagé.

Le membre participant ou l'ayant droit fournit à cette fin une adresse électronique qui est vérifiée par la mutuelle. Après ces vérifications, la mutuelle informe le membre participant ou l'ayant droit de la poursuite de leurs relations sur un support durable autre que le papier. La mutuelle renouvelle ces vérifications annuellement.

Le membre participant et ses ayants droit peuvent s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

Le membre participant peut, à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de leurs relations. Le membre participant ou l'ayant droit peut par ailleurs effectuer, dans les mêmes conditions, l'ensemble des formalités et obligations qui lui incombent sur tout autre support durable convenu avec la Mutuelle.

Informations financières prévues par l'article L871-1 du code de la sécurité sociale :

Pour l'année 2022 :

- le ratio entre le montant des prestations versées par la mutuelle CNM au titre des garanties frais de santé et le montant des cotisations hors taxes encaissées par la mutuelle CNM au titre ces garanties est de 87,62 %.
- le ratio entre le montant total des frais de gestion de la mutuelle CNM au titre des garanties frais de santé et le montant des cotisations hors taxes encaissées par la mutuelle CNM au titre ces garanties est de 24,70%.

Les frais de gestion de la mutuelle CNM pour l'exercice 2022 ont été de :

- 18,62% de frais de gestion
- 6,08% de frais d'acquisition.

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.

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.

GARANTIES EXTENTIA RENFORT 2024

Les garanties ne remplissent pas les critères des contrats Solidaires et Responsables.

Délais de carence 2 mois sur tous les postes.

Les remboursements indiqués ci-dessous interviennent en complément de la complémentaire santé souscrite par l'adhérent et de l'éventuel remboursement du régime obligatoire.

Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne peuvent pas être reportés d'une année sur l'autre.

Garantie en fonction de l'ancienneté	EXTENTIA Renfort 1 Hospitalisation			EXTENTIA Renfort 2 Acoustique et grand Appareillage			EXTENTIA Renfort 3 Optique-Dentaire		
	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année
Dépassement d'honoraires en cas d'hospitalisation chirurgicale	350€	600€	860€	130€	220€	310€	130€	230€	340€
Prothèses dentaire ou optique	140€	170€	210€	130€	160€	190€	370€	450€	540€
Aides auditives ou grand appareillage	140€	210€	280€	350€	500€	660€	130€	200€	270€

Découvrez de nombreux exemples de remboursement des garanties Extentia Renfort sur cnmsante.fr.

GARANTIES EXTENTIA PLUS 2024

Les garanties ne remplissent pas les critères des contrats dits « responsables et solidaires ».

Délais de carence 2 mois sur tous les postes.

Les remboursements indiqués ci-dessous interviennent en complément de la complémentaire santé souscrite par l'adhérent et de l'éventuel remboursement du régime obligatoire.

Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne peuvent pas être reportés d'une année sur l'autre.

MODULE SOINS COURANTS	
Consultations, visites généralistes et spécialistes	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Par consultation Limité à Bonus fidélité *
Actes de Chirurgie et de Spécialité réalisés en cabinet	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Par acte Limité à
Radiologie, échographie, imagerie	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Par acte Limité à
Pharmacie	Médicaments pris en charge à 15% par RO Automédication et pharmacie prescrite non remboursée - Plafond annuel

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
10€ / consult	15€ / consult	20€ / consult
200€ / an	300€ / an	400€ / an
50€ / an		
10€ / acte	15€ / acte	20€ / acte
100€ / an	150€ / an	200€ / an
10€ / acte	15€ / acte	20€ / acte
50€ / an	75€ / an	100€ / an
-	50€ / an	75€ / an
-	50€ / an	75€ / an

Renfort "Se soigner autrement"	
Médecines Alternatives et Complémentaires	Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropraxie, sophrologie, hypnothérapie, psychologie, phytothérapie, naturopathie, étiothérapie, homéopathie, psychomotricité, diététique et pédicure. Bonus fidélité * Remboursement limité à
Incitation à la pratique sportive	Visite annuelle du sport non prise en charge par le RO Participation à l'adhésion à un club sportif. Par an
Prévention	Contraceptifs non remboursables, vaccins internationaux, test de dépistage du VIH, sevrage tabagique
Cures thermales acceptées	Forfait complémentaire annuel

50€ / an	75€ / an	100€ / an
50€ / an		
25€/séance		
30€ / an	30€ / an	30€ / an
20€ / an	30€ / an	40€ / an
20€ / an	30€ / an	40€ / an
100€ / an	150€ / an	200€ / an

Rappel : le niveau du renfort « Se soigner autrement » doit être le même que le niveau choisi pour le module Soins Courants

MODULE HOSPITALISATION (médicale ou chirurgicale)	
Honoraires secteur conventionné ou non conventionné	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Bonus fidélité *
Chambre particulière	Plafond Hospitalisation limitée à (nb de jours)
Frais accompagnant	

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
150€ / an	200€ / an	250€ / an
+100 € / an		
-	20€/j	25€/j
-	15j/an	15j/an
-	75€ / an	100€ / an

MODULE DENTAIRE	
Inlay Onlay	Forfait annuel
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Forfait annuel
Orthodontie Acceptée (enfant ou adulte)	Forfait annuel
	Bonus fidélité *
Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée et prothèses nomenclaturées non remboursées	Forfait annuel

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
-	100€ / an	150€ / an
150€ / an	250€ / an	300€ / an
150€ / an	200€ / an	250€ / an
+100 € / an		
150€ / an	250€ / an	300€ / an

OPTIQUE ADULTES ET ENFANTS	
Equipement complet d'optique médicale (monture + verres) + Lentilles correctrices remboursées ou non	Bonus fidélité *
Chirurgie correctrice non remboursée par le RO	Bonus fidélité *
APPAREILLAGE ET ACOUSTIQUE	
Petits appareillages	
Gros appareillages et prothèses auditives acceptées	Bonus fidélité *

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
100€ / an	150€ / an	200€ / an
+50 € / an		
200€ / an	250€ / an	300€ / an
+100 € / an		
-	50€ / an	75€ / an
200€ / an	300€ / an	400€ / an
+100 € / an		

* Bonus annuel venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Prend effet après 24 mois passés dans la gamme Extentia Plus quelle que soit la garantie souscrite.

Découvrez de nombreux exemples de remboursement des garanties Extentia Plus sur cnmsante.fr.

ANNEXE 1 :

GAMMES COMPLEMENTAIRES ET SURCOMPLEMENTAIRES SANTE

Précisions sur le périmètre des garanties et justificatifs

Les informations données ci-après sont à vocation informative et ne peuvent prétendre à une totale exhaustivité. Seules les réponses données par la mutuelle et relatives à la situation spécifique d'un adhérent et de la garantie qu'il a souscrite font foi.

En matière de justificatifs, seuls les plus courants sont listés dans ce document et la mutuelle peut subordonner son intervention à d'autres justificatifs si cela lui apparaît nécessaire.

SOINS COURANTS	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Honoraires médicaux généralistes et spécialistes	En secteur conventionné, les remboursements s'opèrent dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Les pénalités appliquées hors parcours de soins ne sont pas remboursées.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. <p>Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle ainsi que la facture acquittée.</p>
	En secteur non conventionné, le remboursement est effectué sur la base du tarif d'autorité de la sécurité sociale.	
Actes de Chirurgie et de Spécialité réalisés en cabinet	Actes d'obstétrique, d'anesthésie, de chirurgie ou techniques médicaux	
Analyses et examens de laboratoire	Prélèvements, analyses biologiques médicales et examens de laboratoire y compris les prélèvements et actes effectués par le directeur de laboratoire	
Honoraires paramédicaux	Actes et soins infirmiers, sage femmes, pédicurie-podologie remboursés par le régime obligatoire, orthoptie, orthophonie et kinésithérapie	
Psychologues partenaires dispositif MonPsy	Consultations dispensées par un psychologue inscrit dans l'annuaire accessible sur le site monpsy.sante.gouv.fr . Une orientation préalable par un médecin est obligatoire. Elle se traduit par la remise d'un courrier d'adressage nécessaire pour pouvoir bénéficier d'un remboursement. 8 séances max par an et par bénéficiaire de 3 ans et plus.	
Pharmacie prescrite non remboursée	Médicaments non remboursés par le RO, prescrits par un médecin, inscrits dans le répertoire www.vidal.fr paragraphe « Médicaments », avec mention NR. Ne comprend pas la parapharmacie, sauf les injections intra-articulaires (traitement symptomatique de l'arthrose) et les granules	Fournir ordonnance du médecin et facture acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire
Automédication	Médicaments à prescription facultative, inscrits au Vidal, remboursés par le RO lorsqu'ils sont prescrits mais délivrables sans ordonnance pour le traitement d'affections sans caractère de gravité (douleurs, fièvre, rhume,...).	Fournir facture détaillée acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire
Médecines Alternatives et Complémentaires	Selon la liste prévue à votre tableau de garantie. Consultation réalisée par un praticien diplômé et non prise en charge par le RO. Les produits prescrits ne sont pas pris en charge dans ce forfait. A partir de la 3ème année d'adhésion un « bonus fidélité » peut venir compléter le forfait annuel si votre garantie le propose.	Fournir facture acquittée précisant les coordonnées complètes du praticien et le diplôme de sa spécialité
Visite annuelle du sport	La visite médicale qui précède la délivrance d'un certificat médical pour la pratique d'une activité sportive est un acte de médecine préventive dont le coût n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale (article L321-1 du code de la Sécurité sociale). Le médecin n'établira pas une feuille de soins mais une facture nominative.	Fournir facture acquittée précisant les coordonnées du praticien et la mention « Visite annuelle du sport »
Participation à la pratique d'une activité sportive ou de séances d'activité physique adaptée	- Frais d'adhésion, de licence ou de séance auprès d'un club, d'une association ou d'une fédération pour la pratique d'une activité physique ou sportive. - Coachs en ligne délivrant des cours en direct à distance. - Stages sportifs durant les vacances scolaires. - Séances d'activité physique adaptée (sport sur ordonnance) dispensées par des professionnels et personnes qualifiées. Les sports et fédérations reconnues sont ceux définis sur le site du ministère des sports. Les dépenses liées à l'achat de matériel ne sont pas prises en compte.	Fournir facture acquittée précisant l'activité physique ou sportive exercée, les coordonnées complètes de l'association, du club, de la fédération ou du professionnel de santé ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire.
Participation aux activités de maintien du lien social et de l'autonomie	Frais d'adhésion ou de séance auprès d'un club ou d'une association pour la réalisation d'activités manuelles, culturelles, sportives ... collectives (hors activités culturelles). Abonnement ou achat de billets pour des activités culturelles hors du domicile (musée, théâtre, cinéma, ...) Reprise de leçon de conduite pour des bénéficiaires de plus de 50 ans.	Fournir facture nominative acquittée précisant l'activité exercée et les coordonnées complètes de l'association, organisme ou société ainsi que les nom et prénom du bénéficiaire.

Traitement stérilité, Fécondation in Vitro (FIV)	Traitements et actes nomenclaturés, prescrits par un médecin spécialiste et non remboursés par le RO	Fournir ordonnance du médecin et facture acquittée (pharmacie, laboratoire, hôpital)
Tests de grossesse	Tests de grossesses urinaires ou salivaires agréés CE et achetés en pharmacie ou parapharmacie.	Fournir facture détaillée et acquittée de la pharmacie/ parapharmacie précisant en toutes lettres «Test de Grossesse» ainsi que nom et prénom du bénéficiaire.
Actes de prévention non pris en charge par le RO	Sont pris en charge tous les actes de prévention figurant sur la liste des prestations de prévention fixées par le décret du 8/06/2006 (JO 18/6/2006). Sont également pris en charge les vaccins, es examens audiométriques non remboursés, les dispositifs de sevrage tabagique (voir précisions ci-dessous), les autotests de dépistage CoVid19, diabète, cholestérol, maladie de Lyme, IST et VIH (voir précisions ci-dessous), l'ostéodensitométrie non remboursés par le régime obligatoire, les protections hygiéniques réutilisables (voir précisions ci-dessous).	Fournir prescription médicale et facture détaillée et acquittée précisant nom et prénom du bénéficiaire.
Autotests	Autotest nasal CoVid 19, autotest de glycémie capillaire pour le diabète, autotest à base de bandelette pour le cholestérol, autotest sanguin de Lyme, IST et VIH, agréés CE, et achetés en pharmacie ou parapharmacie.	Fournir facture nominative et acquittée d'une pharmacie agréée par l'Ordre national des pharmaciens ou parapharmacie inscrite au Registre du Commerce en France et précisant clairement la nature de l'autotest acheté.
Protections périodiques réutilisables non remboursées.	Coupes menstruelles (cup), serviettes hygiéniques réutilisables, culottes menstruelles lavables. La prestation est réservée aux femmes bénéficiaires des garanties de plus de 25 ans.	Fournir facture nominative, détaillée et acquittée
Sevrage tabagique	Traitements par substituts nicotiniques prescrits et non remboursés par le RO : patch, gomme, pastille, inhalateur, cigarettes de substitution. Les cigarettes électroniques et les séances de laser ne sont pas prises en charge.	Fournir ordonnance du médecin et facture détaillée et acquittée du pharmacien précisant nom et prénom du bénéficiaire.
Psychologue infantile, psychomotricien pour enfants, aide à la parentalité et guidance parentale	Consultation réalisée par un praticien diplômé. Seules sont prises en charge les consultations pour les enfants mineurs pour les psychomotriciens et de moins de 3 ans pour les psychologues infantiles. Pour les adultes, seules sont prises en charges les consultations relatives à des problématiques de parentalité et de guidance parentale non prises en charge par le RO.	Fournir facture nominative précisant les coordonnées complètes du praticien, le diplôme de sa spécialité, la personne consultante et le type de consultation réalisée.
Contraceptifs masculins et féminins	Stérilet, préservatif, patch, anneau, spermicides, pilule non remboursée par le RO achetés en pharmacie ou parapharmacie. Les pilules doivent avoir été prescrites.	Fournir facture nominative détaillée de la pharmacie/parapharmacie et ordonnance du médecin pour la pilule contraceptive.
Petits appareillages et autres dispositifs médicaux.	Orthopédie, appareillages et accessoires acceptés par le RO, à l'exception des dispositifs d'optique médicale (lunettes), des aides auditives, des podo-orthèses et orthoprothèses, des prothèses internes et implants et des véhicules pour handicapés. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement en % de la BR et le forfait complémentaire annuel. Certains appareillages non remboursés par le RO peuvent éventuellement être pris en charge dans le cadre d'un forfait annuel. Consultez votre tableau de garanties qui précise le cas échéant les matériels pris en charge.	Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle. En cas d'appareillage non remboursé pris en charge par la mutuelle fournir facture nominative acquittée donnant le détail de l'appareillage acquis.
Grands appareillages acceptés par le RO	Couvre uniquement les équipements acceptés par le RO : podo-orthèses, orthoprothèses, prothèses internes et implants ; fauteuil roulant, poussette, tricycle et châssis acceptés par le RO. Le remboursement maximum total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR, le forfait complémentaire annuel et, à partir de la 3 ^{ème} année, le montant du « bonus fidélité » si votre garantie le propose.	Demande préalable obligatoire de prise en charge à la Mutuelle si délégation de paiement. Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle.
Cures thermales prises en charge par le RO	Seules les dépenses engagées dans le cadre d'une cure prise en charge par le RO peuvent faire l'objet de remboursement. Hors thalassothérapie, balnéothérapie et cures thermales refusées RO. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR et le forfait complémentaire annuel. Dans le forfait annuel seules sont prises en charge les dépenses d'hébergement et transport. Les soins sont pris en charge dans le poste honoraires de surveillance. lorsqu'il existe et à hauteur d'un % de la BR dans tous les cas.	Fournir la facture acquittée d'hébergement + le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission. Pour les frais de transport, fournir selon le mode de transport utilisé carte grise + kilométrage effectué, billet de train ou de transport, justificatif de paiement divers (parking, péage...) Si l'adhérent ne paie que la part mutuelle nous fournir l'original de la facture acquittée. Si la cure est prise à 100% par votre régime obligatoire, fournir la facture nominative et acquittée d'hébergement et une attestation de cure.
Plafond annuel soins courants	Certaines garanties intègrent un plafond annuel de remboursement pour les soins courants. Dans ce cas, le cumul des montants remboursés au titre des soins courants ne peut pas excéder ce plafond. Lorsque celui-ci est atteint, seul le ticket modérateur continue à être remboursé, les dépassements d'honoraires et soins non remboursés par le RO n'étant plus pris en charge.	

Aides auditives	Contour d'oreille classique, contour à écouteur déporté, intra-auriculaire recommandé et adapté par un audioprothésiste diplômé. La prise en charge intègre un réglage maximum par an et par aide auditive. Les garanties indiquées comprennent la part remboursée par le RO. Certaines garanties intègrent un remboursement des accessoires et notamment des piles. Se reporter à votre tableau de garanties.	Demande préalable obligatoire de prise en charge à la Mutuelle si délégation de paiement. Fournir le relevé de remboursement de votre régime obligatoire et ajouter la facture acquittée précisant le nom et prénom du bénéficiaire si vous n'avez payé que la part mutuelle.
------------------------	---	--

HOSPITALISATION	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Honoraires hospitalisation	Honoraires des actes chirurgicaux, anesthésiques, etc. réalisés dans le cadre d'une hospitalisation ambulatoire ou d'un séjour hospitalier	Pour être pris en charge, les dépassements d'honoraires doivent faire l'objet d'une facture détaillée et acquittée précisant la codification de l'acte et sa valeur ainsi que la participation du RO.
Frais de séjour hospitalisation médicale ou chirurgicale	Incluant les frais de séjours en psychiatrie	Dans le cas où il n'y a pas eu de prise en charge au préalable délivrée à l'établissement, nous fournir la facture nominative, détaillée et acquittée
Forfait journalier hospitalisation médicale ou chirurgicale	Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) consécutif à une maternité, un accident ou une maladie à l'exclusion des séjours effectués en établissement psychiatrique.	
Forfait journalier psychiatrique	Séjour dans un établissement psychiatrique prescrit par un médecin habilité.	
Chambre particulière	Se reporter à votre tableau de garantie pour connaître le montant maximum remboursé par jour et le nombre maximum de jours de prise en charge. Sauf spécification contraire dans votre tableau de garantie, la prise en charge inclut la Chambre Particulière Psychiatrie. La chambre en hospitalisation ambulatoire (ou hospitalisation de jour) fait l'objet d'un montant et d'une durée de remboursement spécifiques. Consultez votre tableau de garantie.	Dans le cadre du déploiement prochain du dispositif technique ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires), à compter du 01/01/2023 la chambre particulière ne peut plus faire l'objet d'une prise en charge par la mutuelle et doit être acquittée par le patient. Fournir dans ce cas la facture nominative, détaillée et acquittée
Frais accompagnant bénéficiaire hospitalisé	Pour donner lieu à remboursement, l'accompagnant ayant acquitté les frais comme la personne hospitalisée doivent être bénéficiaires des garanties. Selon vos garanties, les frais d'accompagnants peuvent être limités aux seuls enfants de moins de 16 ans hospitalisés, aux seuls conjoints hospitalisés ou ouverts à tout bénéficiaire hospitalisé. Consultez votre tableau de garantie. Frais de lit d'accompagnant en hôpital y compris Maison de Parents, Foyers d'Accueil pour Familles de Malades Hospitalisés et Hôtel Agréé Hôpital.	Fournir certificat nominatif d'hospitalisation, facture nominative, acquittée et détaillée et justificatif d'agrément hôpital en cas d'hôtel.
Franchise sur actes techniques médicaux lourds	Forfait légal sur les actes affectés d'un coefficient ≥ 50 ou d'un tarif de convention ≥ 120 €	Dans le cadre où il n'y a pas eu de prise en charge au préalable délivrée à l'établissement nous fournir la facture nominative, détaillée et acquittée
Transport	Seuls les transports acceptés par le Régime Obligatoire sont pris en charge par la mutuelle. Par exception, certaines garanties peuvent prévoir un remboursement annuel de frais de transport non pris en charge. Dans ce cadre, seuls les transports nécessités par une hospitalisation et engagés par la personne hospitalisée sont pris en charge. Pour être remboursable, le coût du transport doit pouvoir faire l'objet d'une facture nominative acquittée par un professionnel du transport. Les frais de transport engagés avec son véhicule personnel (essence, parking...) ne peuvent être pris en charge.	Fournir un bulletin d'admission ou de situation et facture nominative acquittée précisant la qualité de professionnel du transport.
Allocation naissance ou adoption	L'allocation ne couvre pas les enfants mort-nés. Selon les garanties, l'allocation est versée pour chaque enfant né/adopté ou avec doublement dans ce cas en cas d'adoptions ou naissances multiples. Se reporter à votre tableau de garantie. La prestation est soumise à un délai de carence de 3 mois. Le versement de la prestation est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat dans les 60 jours suivants sa naissance ou son adoption.	Fournir l'original de l'acte de naissance ou copie du livret de famille pour l'enfant et les parents ou jugement d'adoption.
Plafond annuel hospitalisation	Certaines garanties intègrent un plafond annuel de remboursement pour l'hospitalisation. Dans ce cas, le cumul des montants remboursés au titre des soins hospitaliers ne peut pas excéder ce plafond. Lorsque celui-ci est atteint, seuls le ticket modérateur et le forfait journalier (hors établissements spécialisés) continuent à être remboursés, les autres frais engagés (dépassements d'honoraires, chambre particulière...) n'étant plus pris en charge.	

DENTAIRE	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de remboursement
Soins et prothèses 100% santé	Tels que définis réglementairement. Les soins et prothèses 100% santé sont remboursés intégralement dans la limite des honoraires limites de vente fixés par arrêté. Si le professionnel de santé dépasse ces honoraires limites de vente, les montants dépassant les honoraires limites de vente restent à votre charge.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, fournir le relevé de prestation du RO. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. <p>Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission, fournir le relevé de prestation du RO ainsi que la facture acquittée.</p>
Prothèses dentaires autres que 100% santé remboursées par le RO	Le remboursement est différencié selon que la prothèse est sur dent visible ou invisible. Les dents invisibles sont les dents numérotées 16, 17, 18, 26, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48. En cas de prothèse fixe ou amovible couvrant à la fois des dents visibles et invisibles, le remboursement est calculé sur	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle ainsi que la facture acquittée. <p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires (ex certificat de conformité de la prothèse).</p>
Orthodontie acceptée	La prise en charge intervient pour les traitements acceptés par le Régime Obligatoire quel que soit l'âge du patient. Le remboursement total est obtenu en cumulant le remboursement exprimé en % de la BR et, à partir de la 3ème année, le « Bonus Fidélité » si votre garantie le propose.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si vous avez acquitté l'intégralité du montant facturé : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, vous n'avez rien à faire. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle. ▪ Si vous avez uniquement acquitté la part mutuelle : <ul style="list-style-type: none"> ○ Si vous bénéficiez de la télétransmission, fournir la facture acquittée. ○ Si vous ne bénéficiez pas de la télétransmission ou si nous intervenons en seconde mutuelle, fournir le relevé de prestation du RO ou de la première mutuelle ainsi que la facture acquittée. <p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires (ex certificat de conformité de la prothèse).</p>
Implants et prothèses nomenclaturées non remboursées	Ces actes dentaires hors nomenclature peuvent, selon les garanties souscrites, être pris en charge par la Mutuelle à concurrence d'un plafond annuel par bénéficiaire. Se reporter au tableau de garantie. Selon la garantie souscrite, un « bonus fidélité » peut à partir de la 3ème année être utilisé pour ce type de dépense. Ce bonus vient, le cas échéant, compléter le forfait annuel prévu au contrat.	Fournir facture d'honoraires nominative, détaillée et acquittée d'un professionnel de santé dentiste, chirurgien-dentiste ou orthodontiste. Fournir en complément : <ul style="list-style-type: none"> - Pour les implants : le plan de traitement, le passeport de chirurgie implantaire et/ou le passeport de prothèse supra-implantaire - Pour l'orthodontie : le plan de traitement - Pour les prothèses : le certificat de conformité incluant la fiche de traçabilité. Tous ces justificatifs doivent être aux nom et prénom du bénéficiaire des soins.
Maladie parodontale et endodontie	Le remboursement des frais occasionnés par une maladie parodontale est conditionné par la réalisation préalable d'un bilan parodontal.	<p>Tous ces justificatifs doivent être aux nom et prénom du bénéficiaire des soins.</p>
Orthodontie non remboursée	Prise en charge limitée à 4 semestres consécutifs ou non maximum. Le remboursement est effectué en fin de période de soins facturée. Les gouttières de blanchiment et de fluoruration non remboursées ne sont pas prises en charge. Les gouttières orthodontiques sont prises en charge uniquement si la facture acquittée spécifie le type de gouttière, son usage et porte une codification TO.	<p>La mutuelle se réserve le droit de demander aux professionnels de santé directement ou par l'intermédiaire des assurés bénéficiaires des soins tous justificatifs complémentaires permettant de contrôler la réalité et la qualité des équipements fournis et/ou des plans de soins mis en œuvre.</p> <p>La mutuelle peut également solliciter un professionnel de santé-conseil (par ex. dentiste-conseil) afin de s'assurer de la réalisation des travaux et de la conformité de leur cotation. Dans ce cas, les remboursements sont subordonnés à l'avis conforme dudit professionnel de santé-conseil.</p>
Plafond annuel dentaire	Certaines garanties intègrent un plafond annuel de remboursement pour l'ensemble des dépenses dentaires. Dans ce cas, le cumul des montants remboursés au titre des soins dentaires ne peut excéder le plafond prévu. Lorsque celui-ci est atteint, seuls le ticket modérateur et les dépenses 100% Santé continuent à être remboursés, les dépassements d'honoraires et soins non remboursés par le RO n'étant plus pris en charge.	

OPTIQUE	Précision sur le périmètre des garanties	Justificatifs à fournir pour demandes de
Equipements d'optique médicale 100% santé Y compris honoraires et suppléments éventuels	Tels que définis réglementairement. Remboursement intégral dans la limite des Prix Limites de vente fixés par arrêté pour chaque type de monture et de verre. Si le professionnel de santé dépasse ces prix limites de vente, les montants dépassant les prix limites de vente restent à votre charge.	
Equipement complet d'optique médicale autres que 100% santé	<p>Un équipement d'optique médicale comprend une monture et 2 verres. Le remboursement est limité à la prise en charge d'un seul équipement par période de 2 ans pour les assurés de 16 ans et plus, 1 an pour les moins de 16 ans, 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.</p> <p>Par dérogation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le renouvellement est annuel pour les assurés de 16 ans et plus en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale ou par un opticien ; - la période d'un an pas n'est pas opposable pour les jeunes de moins de 16 ans en cas d'évolution de la vue définie réglementairement constatée par prescription médicale d'un ophtalmologiste. <p>La période de 24 mois est calculée à compter de la date du dernier achat d'équipement d'optique médicale.</p> <p>Les prestations prévues dans votre tableau de garantie, comprennent la part remboursée par le RO et le ticket modérateur.</p> <p>La définition des catégories de La définition des catégories de verres est donnée par l'Arrêté du 3 décembre 2018.</p> <p>Verres simples = verres sphériques dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries</p> <p>Verres complexes = verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries</p> <p>ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries</p> <p>Verres très complexes = verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.</p>	<p>Fournir ordonnance valide de l'ophtalmologue et facture du magasin d'optique détaillant le type de verres et de correction.</p> <p>Fournir le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission.</p> <p>En cas d'évolution de la vue pour un adulte au cours de la période de 2 ans, fournir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - ordonnance initiale de l'ophtalmologue, - nouvelle ordonnance de l'ophtalmologue et/ou facture du magasin d'optique mentionnant l'évolution de la vue et détaillant le type de verres et de correction pour le 2ème équipement optique pour lequel est demandé le remboursement, <p>NB : La durée de validité de l'ordonnance médicale est fixée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un an, pour les patients de - de 16 ans ; - 5 ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ; - 3 ans, pour les patients âgés de + de 42 ans.
Lentilles et implants intraoculaires	Pour les lentilles et implants intraoculaires non remboursés par le RO, seul le forfait annuel s'applique.	<p>Fournir ordonnance valide de l'ophtalmologue et facture du magasin d'optique détaillant le type de lentilles et de correction</p> <p>Fournir le décompte du régime obligatoire s'il n'y a pas de télétransmission</p> <p>Pour les lentilles non remboursées par le RO fournir ordonnance valide et la facture acquittée et détaillée de l'opticien.</p> <p>La durée de validité de l'ordonnance médicale est fixée à :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un an, pour les patients de - de 16 ans - 3 ans, pour les patients âgés de + 16 ans.
Forfait adaptation lentilles	Le forfait doit être facturé par un ophtalmologue et sa prise en charge est limitée aux enfants de moins de 18 ans.	Fournir facture détaillée et acquittée de l'ophtalmologue mentionnant en toutes lettres « Forfait adaptation lentilles » et son montant.
Chirurgie correctrice non prise en charge par le RO	Le forfait couvre les chirurgies oculaires non prises en charge par le RO. En cas de chirurgie prise en charge, se reporter selon le cas aux postes Hospitalisation ou Actes de Chirurgie réalisés en cabinet pour connaître les garanties. Le forfait est donné par œil. Tous les types de chirurgie correctrice de la vision sont pris en charge. Le bonus fidélité est annuel. Un seul bonus sera donné si les 2 yeux sont opérés la même année.	Fournir la facture acquittée et détaillée du praticien

Dispositif d'aide médicale optique	Achat de loupes, téléagrandisseurs, lunettes et lampes basse vision... nécessité par une baisse importante de l'acuité visuelle.	Fournir ordonnance de l'ophtalmologue et facture nominative et acquittée du magasin d'optique détaillant le type de matériel acheté
Traitement DMLA	Traitement de prévention ou de soins d'une DMLA sèche ou humide et non remboursé par le régime obligatoire. Le forfait couvre les actes des professionnels de santé et les éventuels achats de produits.	Fournir ordonnance de l'ophtalmologue et facture nominative détaillée et acquittée.

BONUS FIDELITE	Précision sur le périmètre des garanties
<p>Certaines gammes de garanties intègrent des bonus fidélité. Consultez votre tableau de garantie pour savoir si vous en bénéficiez.</p> <p>Ces bonus fidélité sont des forfaits annuels venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Ils prennent effet après 24 mois passés dans la gamme quelle que soit la garantie souscrite. Ils se renouvellent ensuite chaque année au 1er janvier.</p> <p>Ces bonus ne sont pas reportables et cumulables d'année en année s'ils n'ont pas été utilisés.</p> <p>Le remboursement de la prestation prévue au contrat et du bonus fidélité ne peut en aucun cas excéder le montant payé pour les soins engagés ou équipements achetés.</p>	