



NOTICE D'INFORMATION

Contrat individuel n° 21.63

Mutuelle Keolis Rennes.

Notice d'information du contrat collectif et obligatoire frais de santé de l'entreprise Keolis-Rennes, à effet du 1er janvier 2016, modifiée par l'Assemblée générale en date du 07 juin 2018.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II au code de la mutualité.

Inscrite au répertoire siren n° 444 270 730

Siège : Rue Jean-Marie Huchet à Rennes 35000.

Adresse mail : mutuelle.keolisrennes@orange.fr

Site internet : www.mutuellekeolisrennes.fr

Table des matières

Définitions générales

Définitions des termes propres aux garanties

Article 1 : Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Article 2 : Quelles sont vos garanties ?

Article 3 : Quand débutent vos garanties ?

Article 4 : Qui sont les bénéficiaires de la garantie ?

4.1 Le salarié en activité

4.2 Le salarié en suspension de contrat de travail

4.3 Les ayants droit.

4.4 Les dispenses d'affiliation au régime obligatoire

Article 5 : Comment régler vos cotisations ?

Article 6 : Quand cesse vos garanties ?

Article 7 : Dans quelles conditions pouvez-vous bénéficier de la portabilité de la garantie frais de santé ?

Au titre de l'article L. 911-8 du Code de la sécurité sociale, les salariés garantis à titre collectif et obligatoire par la présente notice d'information bénéficient du maintien à titre gratuit de la couverture frais de santé en cas de cessation du contrat de travail, non consécutive à une faute lourde, ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Article 8 : Une couverture Santé peut-elle être maintenue en cas de cessation de Garantie ?

Article 9 : Quel est le délai de prescription ?

Article 10 : A quelles garanties avez-vous droit ?

Article 11 : Quelle est l'assiette de vos prestations ?

Article 12 : Qu'est-ce que le Tiers payant et la prise en charge ?

Le tiers payant

La prise en charge

Article 13 : Y a-t-il une limite à vos remboursements ?

Article 14 : Et si un tiers est responsable ?

Article 15 : Quelles sont les formalités à accomplir pour obtenir un règlement ?

Article 16 : Quelles sont les pièces à fournir ?

Secours exceptionnels

Article 17 : Existe-t-il des exclusions de garanties ?

Article 18 : Que se passe-t-il en cas de fausse déclaration de votre part ?

Article 19 : Informatique et Libertés

Article 20 : La gestion de vos frais de santé

Titre V – Information

Article 21 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Article 22 : Réclamation – Médiation

Conformément au Code de la mutualité, la présente notice a été rédigée par la Mutuelle Keolis Rennes. Elle est destinée au personnel affilié de la société Keolis Rennes et leur explicite leurs droits et obligations. Cette notice d'information leur est remise par leur employeur, au moment de leur affiliation au régime frais de santé, collectif et obligatoire.

Les dispositions légales et réglementaires et notamment les Articles L.221-1 à L.221-17 du Code de la mutualité, prévalent sur le présent document.

DEFINITIONS GENERALES

Adhérent : voir définition « membre participant ».

Assuré : personne physique, assujettie au régime de la sécurité sociale dont le nom figure sur le bulletin d'adhésion.

Ancien salarié

Ayant-droit : personne ne bénéficiant des prestations de la garantie souscrite par le membre participant selon les critères définis par l'article 7 des statuts.

Bénéficiaire : terme désignant toute personne, membre participant ou ayant droit, inscrite sur le bulletin d'adhésion.

Bulletin d'adhésion : document permettant de formaliser l'adhésion à la Mutuelle et indiquant en particulier la date d'effet de la couverture et la désignation des bénéficiaires.

Extérieur

Membre participant : personne physique signataire du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et des droits et obligations du règlement mutualiste.

Notice d'informations : recueil des règles régissant les rapports entre le membre participant, les ayants droit et la Mutuelle, notamment en ce qui concerne leurs obligations réciproques. Ce document est remis à chaque membre participant à l'adhésion. Tous les bénéficiaires sont tenus de s'y conformer.

Statuts : recueil des règles générales de fonctionnement de la Mutuelle. Ce document est remis à l'ensemble des membres participants à l'adhésion. Tous les bénéficiaires sont tenus de s'y conformer.

Tiers : terme générique utilisé pour toute personne physique ou morale non bénéficiaire des garanties de la Mutuelle (ex : professionnels de santé, établissements hospitaliers...).

Définitions des termes propres aux garanties

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la personne, provenant de l'action brusque, soudaine, violente et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique. Ne sont notamment pas considérés comme accident mais comme maladie les événements tels que : l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la rupture d'anévrisme, l'épilepsie et autres affections similaires.

Contrats responsables : les contrats complémentaires santé sont dits responsables lorsqu'ils garantissent le respect du parcours de soins coordonnés défini par la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004. Ils assurent un niveau de remboursement complémentaire, selon un minimum fixé par la loi, sur des prestations importantes : consultations, pharmacie, biologie et analyses médicales. Les contrats responsables comprennent aussi la prise en charge d'au moins deux prestations de prévention. En revanche, ils ne remboursent pas les participations forfaitaires visées à l'article L332-2 du Code de la sécurité sociale laissées à la charge de l'assuré, ni la majoration du ticket modérateur et les dépassements autorisés d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en cas de non-respect du parcours de soins.

Couverture maladie universelle : La couverture maladie universelle (CMU) de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois, et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie à un autre titre.

La Couverture Maladie Complémentaire permet aux adhérents qui résident en France de manière stable et régulière, et disposant de revenus inférieurs à un plafond, de bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite.

Actes hors nomenclature : Actes qui n'apparaissent pas dans la nomenclature de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Ces actes ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale.

Dépassement d'honoraires : le dépassement d'honoraires est constitué par tout ce que le prestataire de santé facture au-delà du TRSS.

Forfait journalier hospitalier : montant journalier non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans le cadre d'une hospitalisation.

Hospitalisation ambulatoire : tout séjour en établissement de soins ne comportant pas au minimum une nuit.

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Prescription médicale : document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Subrogation : substitution de la Mutuelle à son adhérent dans son action pour obtenir le

remboursement des prestations qui lui sont dues par les tiers responsables (L.224-9 Code de la mutualité).

Suspension : dans certains cas, et notamment lorsque les cotisations n'ont pas été réglées, la garantie peut être suspendue. Aucun remboursement de prestations n'est dû au cours de la période de suspension.

Base de remboursement de la Sécurité sociale : tarif négocié entre certains professionnels de santé et les régimes de base. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

Tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (TRSS) : tarif servant de base au remboursement du régime obligatoire, dans le cas des praticiens et établissements conventionnés et tarif d'autorité dans le cas des praticiens et établissements non conventionnés.

Télétransmission : C'est un échange de données informatiques, par lequel la Mutuelle reçoit, par transmission électronique de la Sécurité sociale, l'image du décompte des prestations de l'assuré. Cette image permet à la Mutuelle de régler la part complémentaire sans que le membre participant ait à lui adresser le décompte papier de sa caisse de Sécurité sociale. Les professionnels de santé (ex : pharmacies) peuvent également télétransmettre vers les Mutuelles.

Ticket modérateur : part financière qui reste à la charge de l'adhérent qui représente la différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par le régime de base. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La part du ticket modérateur prise en charge par la Mutuelle est définie dans les tableaux de garanties.

Tiers payant : situation où le membre participant est dispensé de faire l'avance des frais correspondants au montant de la prise en charge de la Mutuelle. Les frais sont directement payés par la Mutuelle au professionnel de santé ou à l'établissement de soins.

CHAPITRE I

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Quelles sont les formalités d'affiliation ?

Vous devez remplir et signer un bulletin individuel d'affiliation et joindre :

- Une copie de votre attestation de Carte Vitale
- Un relevé d'identité bancaire à votre nom
- Le certificat de scolarité des enfants âgés de plus de 18 ans ou tout justificatif prouvant leur qualité d'enfant à charge
- Un justificatif de vie commune pour les concubins ou une copie de récépissé d'enregistrement du PACS.

Article 2 : Quelles sont vos garanties ?

Les garanties proposées par la Mutuelle sont des garanties relatives au remboursement de frais de santé ayant pour objet notamment de compléter le remboursement du régime obligatoire, telles que définies au chapitre 2 de la présente notice.

Le contrat présenté par la présente notice d'information revêt la qualité de contrat responsable au sens de l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R. 871-1 et R. 871-2 de ce même Code. Les garanties et les niveaux de remboursement suivront les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable qui pourraient intervenir ultérieurement.

Article 3 : Quand débutent vos garanties ?

- Vous êtes ancien salarié de Kéolis Rennes :
 - vos garanties débutent le jour de votre départ en retraite, sous réserve d'avoir complété au préalable le bulletin d'adhésion individuelle fourni par la Mutuelle.
 - A défaut l'adhésion prendra effet le 1er jour du mois suivant la date de dépôt du bulletin.
 - L'adhésion « ancien salarié » est limitée à une adhésion demandée au plus tard deux ans après la date de liquidation des droits à la retraite

Pour toute adjonction d'ayant droit, vous devrez remplir et retourner un bulletin d'affiliation fourni par la mutuelle.

L'affiliation de l'ayant droit prend effet au plus tôt à la date de réception du bulletin auprès de la mutuelle. La cotisation est due pour le mois complet quel que soit la date d'affiliation.

- Vous êtes extérieur et vous adhérez à titre individuel, vos garanties prennent effet le 1er jour du mois suivant la date de dépôt du bulletin.

Pour toute adjonction d'ayant droit, vous devrez remplir et retourner un bulletin d'affiliation fourni par la mutuelle.

- Pour toute adjonction d'ayant droit, vous devrez remplir et retourner un bulletin d'affiliation fourni par la mutuelle.

L'affiliation de l'ayant droit prend effet au plus tôt à la date de réception du bulletin auprès de la mutuelle.

La cotisation est due pour le mois complet quel que soit la date d'affiliation.

L'affiliation de l'ayant droit prend effet au plus tôt à la date de réception du bulletin auprès de la mutuelle. La cotisation est due pour le mois complet quel que soit la date d'affiliation.

Pour le nouveau-né, par exception, l'adhésion prend effet à compter du jour de sa naissance sous réserve qu'il ait été déclaré à l'employeur dans le mois qui suit l'événement et dans le cas contraire, à la date de réception de la demande auprès de la mutuelle.

Article 4 : Qui sont les bénéficiaires de la garantie ?

4.1. L'ancien salarié

Sont définies comme ancien salarié :

- toutes les personnes salariées de Kéolis Rennes au moment de la liquidation de leurs droits à la retraite et qui en font la demande à la mutuelle dans les deux ans suivant la liquidation de leurs droits à la retraite
- Toutes les personnes salariées de Kéolis Rennes déclarées inaptes lors de la période de salariat au sein de l'entreprise Keolis Rennes

4.2 l'extérieur

Sont définis comme extérieurs tous les individus qui ne sont :

- ni anciens salariés,
- ni ayant droit d'anciens salariés

4.3 Les ayants droit

Le membre participant a la possibilité d'étendre, à titre facultatif, la garantie complémentaire frais de santé dont il bénéficie à ses ayants droit en souscrivant une option individuelle dans le cadre du présent contrat.

Pour toute adjonction d'ayant droit, vous devrez remplir et retourner un bulletin d'affiliation fourni par la mutuelle.

Peuvent bénéficier, à titre facultatif, de cette couverture et sous réserve d'avoir fourni les éléments listés à l'article 1 le conjoint :

Est considéré comme conjoint au sens du présent Contrat :

- Le conjoint du membre participant, légalement marié, non séparé de corps à la date de l'événement donnant lieu à prestation
- à défaut, le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité
- à défaut, le concubin du membre participant sous réserve que le concubin et le membre participant soient tous les deux libres de tout engagement, que le concubinage ait été établi de façon notoire

Est considéré comme enfant à charge :

- L'enfant mineur : ayant droit, au sens de la sécurité sociale, de l'adhérent ou de son conjoint/concubin/partenaire de PACS ou des deux
- L'enfant majeur :
 - Jusqu'à la veille de leur 25^{ième} anniversaire : les enfants légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés du membre participant de son conjoint/concubin/partenaire de PACS
 - Jusqu'à la veille de leur 28^{ième} anniversaire : les enfants légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés du membre participant de son conjoint/concubin/partenaire de PACS si :
 - Ils poursuivent des études (production obligatoire annuelle d'un justificatif)
 - Ils sont en contrat de formation et à condition que leur rémunération mensuelle brute est strictement inférieure à 55 % du SMIC (production d'un justificatif obligatoire pour la formation et la rémunération)
 - Sans limitation d'âge, pour les enfants handicapés, titulaires de la carte d'invalidité (sous réserve d'un taux d'incapacité supérieur à 80 %), les enfants infirmes majeurs du membre participant ou de son conjoint/concubin/partenaire de PACS

Article 5 : Comment régler vos cotisations ?

Votre mutuelle vous prélève aux coordonnées bancaires transmises, votre cotisation et celles de vos ayants-droits le 10 du mois.

Vous recevez un appel de cotisations annuel, il fait office d'échéancier.

Article 6 : Quelles sont vos cotisations ?

Le montant des cotisations dépend :

De la qualité (anciens salariés, ayant droit ou extérieur) de l'assuré

De l'âge de l'assuré

Le cas échéant, de la composition du foyer familial

Une révision annuelle des cotisations est prévue.

Le montant de la cotisation annuelle est transmis tous les ans et une grille de cotisations est remise à la souscription.

Article 7 : Quand cessent vos garanties ?

Une fois admis dans la couverture frais de santé et sous réserve des sanctions prévues par le Code de la mutualité en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, vous ne pouvez en être exclu tant que vous remplissez les conditions requises pour en bénéficier.

Pour les membres participants

La garantie cesse : en cas de non-paiement des cotisations ; d'adhésion à un contrat obligatoire ; et en cas de décès.

En tout état de cause, les adhérents et leurs ayant-droit peuvent invoquer la loi « Châtel » afin d'obtenir la radiation après réception de l'appel de cotisation.

Article 8 : Quel est le délai de prescription?

Toutes les actions relatives aux garanties souscrites sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, une saisie ou un commandement) et par la désignation d'expert à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au souscripteur ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement de la prestation

CHAPITRE II GARANTIES FRAIS DE SANTE

Article 9 : A quelles garanties avez-vous droit ?

Vos garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais de santé engagés pendant la période de garantie en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut également s'agir de prestations supplémentaires à celles versées par la sécurité sociale.

Les garanties frais de santé auxquelles vous pouvez prétendre répondent :

au dispositif du contrat responsable prévu par l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale et son décret d'application,
aux critères de remboursements minimum relatifs au panier de soins prévus par l'art. L.911-7 et

D.911-1 Code de la Sécurité sociale afin que ce contrat puisse bénéficier des avantages fiscaux et sociaux.

La Mutuelle intervient après prise en charge par le régime obligatoire, sauf cas précisés ci-dessous, et en complément de ce remboursement, dans la limite des frais réellement engagés.

Les remboursements exprimés en « montant forfaitaire » s'entendent par bénéficiaire.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale et viennent s'ajouter au remboursement des prestations versé par la sécurité sociale.

Soins courants en parcours de soins

- Consultation, visite
- Actes techniques médicaux
- Radiologie et actes d'imagerie
- Auxiliaires médicaux
- Analyses et prélèvements
- Pharmacie à 65% et 35% : la Mutuelle rembourse le Ticket modérateur.
- Pharmacie à 15% : pas de remboursement de la part de la Mutuelle.

Les soins courants comprennent également les soins externes servis à l'hôpital et en cliniques. Les soins à l'étranger sont également remboursés sur les mêmes règles que les soins courants sur présentation des justificatifs.

Appareillage

- Petits appareillages
- Grands appareillages
- Appareillage acoustique (y compris piles prises en charge par la sécurité sociale).

Optique

- Equipement (1 monture + 2 verres) pour adulte (18 ans et plus) :

Limité à un équipement tous les 2 ans. En cas de changement de vision, la limite est portée à un équipement par an. La période s'apprécie par rapport à la date de la dernière facture. La Mutuelle rembourse le ticket modérateur, auquel s'ajoute un forfait.

- Equipement (1 monture + 2 verres) pour enfant (jusqu'à 18 ans) :

Limité à un remboursement par an. La période s'apprécie par rapport à la date de la dernière facture.

La Mutuelle rembourse le ticket modérateur, auquel s'ajoute un forfait.

- Kératotomie : hors nomenclature : la Mutuelle rembourse un forfait par œil

- Lentilles acceptées ou refusées par le RO : la Mutuelle rembourse un forfait annuel, par année civile, par œil.

Dentaire

- Soins conservateurs
- Prothèses dentaires prise en charge par le Régime Obligatoire : la Mutuelle rembourse sur présentation de facture.
- Inlay-core
- Orthodontie pris en charge par le Régime Obligatoire
- Plaque de surélévation (gouttière) : la Mutuelle rembourse un forfait par an et par personne protégée.
- Forfait de 300€ par adhérent /an pour la pose d'implant.

Hospitalisation

- Chambre particulière : prise en charge dans la limite d'un plafond en €/jour pendant

45 jours par an.

- Chambre ambulatoire : 17,50€
- Frais d'accompagnement d'un enfant de moins de 14 ans : remboursement sur la base d'un forfait de 20€ par jour.
- Forfait journalier hospitalier : durée illimitée
- Forfait journalier en psychiatrie : durée illimitée
- Chirurgie et médecine, séjour en maison de repos ou de convalescence consécutif à une hospitalisation : prise en charge de la participation forfaitaire.
- Séjour en établissement public ou privé
- Dépassements d'honoraires (chirurgien et anesthésiste) : non pris en charge.

Ne sont pas remboursés les frais consécutifs aux longs séjours tels que définis par la Sécurité sociale (établissement ou partie d'établissement qui a pour mission d'assurer l'hébergement de longue durée des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien).

Cure thermale : La Mutuelle rembourse lorsque la cure est acceptée et prise en charge par la Sécurité sociale.

Frais de natalité : La Mutuelle verse un forfait pour chaque naissance ou adoption si l'adhésion du nouveau-né est effectuée auprès de la Mutuelle dans le mois qui suit la naissance. En cas de naissance multiple, la Mutuelle verse une prestation par nouveau-né.

Prévention : La Mutuelle prend en charge certains actes de prévention suivants s'ils ont été prescrits par un médecin :

- L'acte de densitométrie osseuse remboursable par l'assurance maladie
- L'acte de densitométrie osseuse sans remboursement du régime obligatoire
- Dépistage troubles auditifs (patients de + 50 ans),
- Rééducation du langage oral et prononciation,
- Forfait d'aide à l'arrêt du tabac,
- Moyens contraceptifs non remboursés par l'assurance maladie (pilule, stérilet, préservatifs) : la mutuelle verse un forfait annuel par bénéficiaire.

Consultations de médecine douce

La Mutuelle prend en charge les spécialités suivantes à hauteur de la dépense réelle et dans la limite d'une enveloppe annuelle globale en 120€ par personne protégée :

- Ostéopathie
- Chiropractie
- Acupuncture
- Homéopathie
- Etiopathie

Article 10 : Quelle est l'assiette de vos prestations ?

Les prestations sont basées :

- Soit sur la valeur du tarif de responsabilité pour les médicaments,
- Soit sur la base de remboursement de la Sécurité pour les autres soins
- selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoire en vigueur,
- Soit sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe.

Dans le cas où vous avez engagé des soins à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du

tarif de responsabilité des régimes d'assurance maladie obligatoire français et qui figurent dans la nomenclature des actes de la CCAM.

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la Mutuelle se réserve le droit de maintenir le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

La Mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le détail figurant au tableau des garanties détaillées en annexe à la présente Notice d'information.

Sauf cas particulier et exceptionnel que vous pourriez présenter en tant que membre participant, soumis à accord du Conseil d'administration de la Mutuelle, l'absence de prise en charge par les régimes sociaux obligatoires ne donne pas lieu au remboursement des soins de la part de la Mutuelle.

Article 11 : Qu'est ce que le Tiers payant et la prise en charge ?

Le tiers payant

Le tiers payant est un accord passé avec les professionnels de santé, qui dispense le bénéficiaire des prestations de faire l'avance des frais de santé entrant dans le cadre des prestations garanties.

Pour bénéficier de ce service, le membre participant doit présenter sa carte d'adhérent mutualiste et son attestation de Sécurité sociale (ou carte vitale).

Le tiers payant fonctionne pour l'hospitalisation, la pharmacie et, selon les accords départementaux existants, pour les soins hospitaliers externes, dans les laboratoires d'analyses médicales, les cabinets de radiologie, les centres dentaires mutualistes ainsi que les opticiens mutualistes.

Dans le cadre du tiers payant, la Mutuelle s'acquitte auprès des établissements des frais engagés par l'adhérent et ses ayants droit et tarifés sur la base sécurité sociale, dans les limites prévues au présent règlement. La Mutuelle n'intervient qu'après la participation de la caisse d'assurance sociale dont relève l'adhérent.

La prise en charge

La Mutuelle a mis en place une procédure de prise en charge des frais (toujours dans la limite des prestations prévues) notamment avec les établissements hospitaliers (hors soins externes).

Cette prise en charge est délivrée par les services de la mutuelle, soit à la demande du centre hospitalier, soit par l'adhérent.

La Mutuelle décline toute responsabilité et n'effectuera aucun règlement concernant des opérations pour lesquelles une prise en charge de la Mutuelle aurait été utilisée, alors même que l'intéressé n'aurait pas d'ouverture de droit par le régime obligatoire.

Article 12 : Y a-t-il une limite à vos remboursements ?

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après les remboursements de toutes natures auxquels il a droit (loi n° 89-1009 du 31/12/1989).

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de

son choix (décret n° 90-769 du 30/08/1990)

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la Mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la Mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la Mutuelle sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par un contrat individuel accident ou dans le cadre de son activité professionnelle, la Mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par le contrat, dans la limite de ses garanties.

Article 14 : Et si un tiers est responsable ?

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, et conformément aux dispositions de l'Article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des dites prestations, dans vos droits et actions ainsi que dans ceux des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre le ou les tiers responsables.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage à déclarer à la Mutuelle tout accident dont il est victime, selon un formulaire établi par la Mutuelle à cet effet. Cette obligation déclarative concerne les accidents de travail, les accidents de la circulation, de la vie domestique ou dans le cadre d'une activité de loisir.

Article 15 : Quelles sont les formalités à accomplir pour obtenir un règlement ?

En général, vos décomptes et ceux des membres de votre famille nous sont communiqués par la télétransmission. Si cela n'était pas le cas, vous devrez nous adresser les originaux des décomptes de la sécurité sociale. En l'absence de justification des frais réels exposés, servant de base au calcul de notre remboursement, ceux-ci seront limités à la base de remboursement retenue par la sécurité sociale en secteur conventionné.

Article 16 Quelles sont les pièces à fournir?

Excepté les prestations réglées directement aux professionnels de santé, le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur votre compte ou celui du bénéficiaire.

Des justificatifs pourront également vous être demandés par la Mutuelle :

- les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens ;
- les photocopies des notifications du régime obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ;
- pour les frais d'optique et la maternité ;
- pour les actes refusés mais codifiés par le régime obligatoire (Exemple: ostéodensitométrie) ;
- pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire (prothèse dentaire, pharmacie, médecines douces par exemple).

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation de la demande de prestations ou à la délivrance d'une prise en charge préalable, pourra vous être demandé par la Mutuelle :

- En cas d'hospitalisation : les justificatifs de l'hospitalisation (factures, notes d'honoraires) ;
- En cas de maladie :
 - Prothèses dentaires : facture détaillée et codifiée des actes pratiqués avec le numéro des dents
 - Orthodontie : Facture détaillée et codifiée des actes pratiqués avec les dates de début et de fin du semestre
 - Autres prothèses (non dentaires) : original de la facture détaillée et codifiée des actes pratiqués

 - Optique : Verres Monture : original de la facture détaillée indiquant le prix, le numéro des verres et de la monture ainsi que la correction des verres.

 - Lentilles : original de la facture de l'opticien indiquant la marque des lentilles et l'original de l'ordonnance
 - Cures thermales : original de la facture acquittée de l'ensemble des frais engagés et attestation de séjour en cure.

Autres soins : (laboratoire, ...) : original du reçu du paiement du ticket modérateur ;

- En cas de natalité : l'extrait d'acte de naissance de votre enfant et les justificatifs des frais engagés.

La Mutuelle Keolis Rennes est habilitée à demander tout autre justificatif complémentaire qui lui est nécessaire pour le traitement des prestations.

Par ailleurs, vous bénéficiez d'une carte de tiers payant qui vous est délivrée à compter de votre affiliation à la Mutuelle Keolis Rennes. Nous vous rappelons que dans le cas où vous quitteriez la société Keolis Rennes, vous avez l'obligation de rendre votre ou vos cartes à la Mutuelle ou cas d'impossibilité au service du personnel. Toute utilisation frauduleuse de cette ou de ces cartes pourra entraîner des poursuites à votre encontre.

Secours exceptionnels

Des secours exceptionnels d'entraide sociale peuvent être accordés par la commission des œuvres sociales, qui a pour objet d'étudier les demandes de prise en charge ponctuelle de soins non prévus au tableau des garanties.

Une réserve au fonds d'action sociale est dotée chaque année par l'assemblée générale. L'ensemble des secours exceptionnels d'entraide est attribué dans la limite de cette réserve.

Article 17 : Existe-t-il des exclusions de garanties ?

Sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale,
- la majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,
- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter.

- les actes non pris en charge par les régimes obligatoires, sauf cas expressément prévus dans la description des garanties et dans la limite des prestations définies pour chacune des garanties.
- les actes et prestations résultant des conséquences d'un accident de travail ou de trajet.
- La chirurgie esthétique ne donne pas lieu à prise en charge.

Tous les soins engagés antérieurement à la date d'affiliation ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Par soins engagés, il faut entendre la date de réalisation des

Article 18 : Que se passe-t-il en cas de fausse déclaration de votre part ?

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

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

CHAPITRE I DISPOSITIONS DIVERSES

Article 19 : Informatique et Libertés

Les informations recueillies auprès de vous sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion des opérations de la Mutuelle, conformément à son objet. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Vous pouvez, ainsi que toute personne concernée, demander communication ou rectification de toute information vous ou la concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle.

. Vous disposez à l'égard de ces données d'un droit d'accès et de rectification auprès du délégué à la protection des données de la mutuelle Keolis-Rennes : dpo@mutuellekeolisrennes.fr ou par courrier postal à l'adresse suivante :

Mutuelle Keolis Rennes

à l'attention du DPO Groupe VYV

Tour Montparnasse 33, Avenue du Maine BP 25

75755 Paris Cedex 15

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans un but de prospection commerciale, en adressant à la Mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

Article 20 : La gestion de vos frais de santé

Vous pouvez nous joindre par courrier, par téléphone, par internet :

- Les lundis de 6h15 à 12 h30
- Les mardis de 9H00 à 11h30 et de 13h00 à 16h15
- Les mercredis de 6h15 à 12h30
- Les jeudis de 9h00 à 11h30 et de 13h00 à 16h15

- Par courrier :
 - Mutuelle Keolis Rennes, Rue Jean-Marie Huchet CS94001 35040 Rennes cedex
 - Par téléphone au 02.99.36.09.03
 - Par mail : mutuelle.keolisrennes@orange.fr
 - Sur le site de la mutuelle : www.mutuellekeolisrennes.fr

Titre V - Information

Chaque adhérent reçoit de la Mutuelle : un exemplaire des statuts, de la notice d'information et du règlement intérieur. Dans tous les cas, les modifications statutaires sont portées à la connaissance de tous les adhérents.

Ils sont informés :

Des modifications des montants ou des taux de cotisations ainsi que des prestations.

Ces modifications s'imposent dès leur notification.

Des services et établissements d'action sociale gérés par la Mutuelle et de ceux auxquels ils peuvent avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre IV du Code de la Mutualité.

Des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

La carte de mutualiste

La carte de mutualiste est adressée au début de chaque année à tous les membres participants. Elle est à restituer à la Mutuelle dès que la personne ne remplit plus les qualités de membre participant.

Article 21 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution

Conformément au Code de la mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) sise 61, rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09 et dont l'adresse internet est www.acp.banque-france.fr

Article 22 : Réclamation - Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des statuts et de la notice d'information, vous pouvez vous adresser à la Mutuelle par tout canal de communication à sa disposition (courrier, télécopie, mail, téléphone, visite aux bureaux de la Mutuelle).

Lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le membre participant peut s'adresser au service du médiateur désigné par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

La saisine du médiateur doit être réalisée par lettre recommandée avec avis de réception et envoyée à l'attention du médiateur à l'adresse de la Mutuelle, rue Jean-Marie Huchet – 35040 Rennes.

Le dossier de saisine doit comporter les éléments jugés indispensables à l'examen de la requête dont la liste peut être transmise sur simple demande effectuée auprès de la Mutuelle