

NOTICE D'INFORMATION

Contrat Santé à adhésion facultative

Dans le cadre de l'accord conclu avec le *syndicat national CGT AFPA*, vous bénéficiez d'une complémentaire santé à caractère facultatif auprès de la *Mutuelle Familiale Centre Auvergne.*, à effet à la date de signature du contrat.

Ce régime peut être proposé à l'ensemble des populations citées au Chapitre II – Les Conditions d'Adhésion – Les bénéficiaires.

La Mutuelle Familiale Centre Auvergne, mutuelle régie par le Livre II du Code de la Mutualité est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 309 705 994. Son siège social se trouve au 30 Boulevard Gambetta - 03207 VICHY CEDEX.

Chapitre I : La garantie

Voir tableau de garantie en annexe 1

La Mutuelle Familiale Centre Auvergne intervient en complément au régime de base de la Sécurité Sociale dans la limite des frais réels.

Le régime frais santé est qualifié de solidaire et de responsable selon les dispositions découlant de la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie et du décret du 29 septembre 2005 fixant le cadre des contrats d'assurance maladie complémentaire.

Assistance

En cas d'urgence, un service d'assistance à domicile 24h/24 et 7j/7 sur simple appel téléphonique est à votre disposition : aide ménagère, conseil juridique et médical, première urgence, garde d'enfants, de personnes dépendantes ou d'animaux familiers, acheminements de médicaments, aide pédagogique ou maternelle pour enfant malade...

Pour accéder à ce service vous devez suivre la procédure suivante :

- Composez le **0810 099 995**
- Indiquez votre code d'accès au service **994** puis votre **N° d'Adhérent**

Vous ne devez appeler la mutuelle, celle-ci n'assurant pas la gestion de cette assistance.

Fonds social

En cas de dépense médicale trop lourde, vous pouvez solliciter l'intervention du fond de secours de la mutuelle. Un dossier est à compléter, il porte sur la nature de la demande. Selon les possibilités financières et les ressources de l'adhérent, des aides sont versées pour le financement de matériel médical, par exemple.

Chapitre II : Les conditions d'adhésions

Les bénéficiaires

Sont couverts par le contrat à titre facultatif :

- Retraité(e)s actuels de l'Association Nationale pour la Formation Professionnelle des Adultes avant la mise en place de l'accord ;
- Futurs Retraité(e)s de l'AFPA ;
- Anciens salarié(e)s bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité ;
- Anciens salarié(e)s bénéficiaires d'un revenu de remplacement ;
- Conjoint(e) de retraité(e) décédé(e) ;
- Salarié(e)s licencié(e)s ;
- Conjoint(e) de salarié(e)s décédé(e)s ;
- Enfant(s) de plus de 26 ans n'étant plus scolarisés.



Sont également couverts par le contrat à titre facultatif :

- Salariés démissionnaires
- Salarié(e)s sous contrat à durée déterminée AFPA ;
- Salarié(e)s précaires ;
- Le (la) conjoint(e), marié, pacsé ou en concubinage officiel ou en situation de vie maritale ;
- Tout ayant droit actuel ou passé peut devenir bénéficiaire du contrat (ex : couple séparé vivant maritalement, sous régime du pacs, en concubinage officiel ou en situation de vie maritale) ;
- Les enfants jusqu'à leurs 18 ans ou jusqu'à 26 ans s'ils poursuivent des études ou un apprentissage ;
- Les enfants de moins de 26 ans n'étant plus scolarisés ;
- Les enfants handicapés fiscalement à charge et vivant toujours au foyer ;
- Les ascendants à charge de l'assuré : ascendant de l'assuré ou de son conjoint, effectivement à la charge de l'assuré au sens de la législation de la Sécurité Sociale et pris en charge par le foyer fiscal ;
- Les salariés appartenant ou ayant appartenu à une entreprise extérieure en lien avec l'AFPA par le biais d'un contrat avec l'AFPA ;
- Les travailleurs à temps très partiels ;
- Les correcteurs EAD.

Adhésion

Vos correspondants : *2 Référents Nationaux, 1 Référent Régional*, vous ont remis un bulletin d'adhésion. Pour tout complément d'information concernant votre Référent vous pourrez retrouver les informations :

- Dans le Journal édité au niveau de votre établissement AFPA ;
- Lors de permanences ;
- Sur le site internet CGT AFPA.

L'adhésion est immédiate, sans délai de carence, sans questionnaire médical et sans limite d'âge pour les bénéficiaires précités et ses ayants-droits.

Après enregistrement de votre adhésion, vous recevrez votre carte d'adhérent, le Guide de l'adhérent ainsi que la plaquette MFCA ASSISTANCE.

La cotisation Mutuelle est à acquitter par tout moyen à votre convenance auprès de la Mutuelle Familiale Centre Auvergne.

Les cotisations peuvent être mensuelles, trimestrielles, semestrielles, annuelles. Elles font l'objet soit d'un prélèvement automatique sur le compte de l'adhérent avec 3 dates au choix (au 5 – 10 – 15 de chaque mois) soit par chèque bancaire, soit en espèces.

Les Formalités (se reporter au document « Pour Adhérer : MODE D'EMPLOI ! »)

Après avoir complété le bulletin d'adhésion, il vous appartient de le remettre soit à votre correspondant soit à la Mutuelle gestionnaire (Mutuelle Familiale Centre Auvergne) :

- | | |
|---|---|
| . Adhérent | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal |
| . Conjoint | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal (si virement des prestations du conjoint sur son propre compte) |
| . Conjoint pacsé | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal (si virement des prestations du conjoint sur son propre compte) |
| . Conjoint vivant maritalement | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal (si virement des prestations du conjoint sur son propre compte) |
| . Conjoint vivant en concubinage | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal (si virement des prestations du conjoint sur son propre compte) |
| . Enfant à charge Sécurité Sociale | figure sur attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale de l'adhérent ou de son conjoint (<i>photocopie</i>) |
| . Enfant étudiant ou apprenti | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
+ certificat de scolarité (à partir de 16 ans) ou certificat d'apprentissage
Relevé d'Identité Bancaire ou postal (si virement des prestations de l'enfant sur son propre compte) |
| . Enfant plus de 26 ans plus scolarisés | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal |
| . Enfant moins de 26 ans plus scolarisés | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal |
| . Enfant n'étant plus à charge au sens de la sécurité Sociale | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal |
| . Enfant handicapé fiscalement à charge et vivant toujours au foyer | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal |
| . Ascendant à charge de l'assuré ou de son conjoint au sens de la législation de la Sécurité Sociale et pris en charge par le foyer fiscal | attestation de droits Sécurité Sociale-Carte Vitale (<i>photocopie</i>)
Relevé d'Identité Bancaire ou postal |

Informations à transmettre en cas de modification de situation

Dans un délai d'un mois, vous êtes tenus d'informer la mutuelle et votre correspondant de tout événement pouvant influencer la gestion administrative de votre dossier (*changement d'adresse, de situation professionnelle, mariage, divorce, décès, naissance, adoption...*) et de fournir les justificatifs nécessaires (*extrait de mariage, extrait du jugement de divorce, acte de décès, extrait de naissance, extrait du jugement d'adoption*).

Sortie de l'entreprise

Il est prévu le maintien du niveau de garantie sans limitation de durée :

- au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail. Un justificatif de votre situation vous sera demandé chaque année (*attestation ANPE, décompte Sécurité Sociale*)
- au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent le décès.

Pour les situations précitées, la cotisation pourra être acquittée de la façon suivante :

- prélèvement sur compte bancaire (*fournir un RIB + remplir une autorisation de prélèvement*),
- paiement en espèce, chèque,
- mandat ...

Vous pouvez demander à conserver votre mutuelle à titre individuel.

Il vous sera établi un devis personnalisé par le conseiller mutualiste de votre agence.



Portabilité des droits à Prévoyance - Situation particulière des résiliations du contrat de travail

En application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11 Janvier 2008 et de l'avenant N°3 du 18 Mai 2009 concernant « la portabilité des droits en matière de prévoyance et de couverture des frais de santé », applicable à compter du 1^{er} Juillet 2009, les salariés dont la rupture du contrat de travail n'est pas prononcée pour faute lourde, et qui ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage, garderont le bénéfice des garanties visées au contrat collectif, pendant leur période de chômage, pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entier, dans la limite de 9 mois de couverture, sauf s'il renonce expressément à ce droit en le notifiant par écrit à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de rupture du contrat de travail.

La renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties applicables dans l'entreprise.

L'intéressé produira à l'ancien employeur sous peine de déchéance de ses droits à portabilité, la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage, et fournira mensuellement un justificatif d'allocation chômage.

Le financement du maintien de ces garanties est assuré conjointement par l'entreprise et le salarié dans les mêmes proportions et dans les conditions applicables aux salariés de l'entreprise à la date de la rupture du contrat de travail.

En cas de changements apportés aux garanties couvertes par le régime de l'entreprise (changement d'organisme, modification des contributions ou des garanties), ceux-ci s'appliqueront aux anciens salariés dans les mêmes conditions que les salariés de l'entreprise.

L'ancien salarié doit verser au jour de la rupture ou du terme de son contrat de travail, l'intégralité de sa quote-part de cotisation pour la période de portabilité.

Le non paiement par les salariés bénéficiaires de la portabilité de leur quote-part de financement aux garanties à la date d'échéance des cotisations libère l'employeur de toute obligation et entraîne la perte des garanties pour la période restant à courir.

Si la période de portabilité se termine de façon anticipée, l'employeur devra rembourser à l'ancien salarié le trop perçu et régulariser les différentes charges.

Cette faculté cessera de plein droit à l'expiration de la période précitée ou par anticipation en cas de rupture des droits à indemnisation chômage (reprise d'une activité professionnelle, liquidation des droits à la retraite, terme de la période de portabilité, radiation par Pôle Emploi).

Chapitre III : Les services de la Mutuelle Familiale Centre Auvergne

Pour tout renseignement, demande de prise en charge (*hospitalière, dentaire, optique, pompe funèbre*), la Mutuelle Familiale Centre Auvergne met à votre disposition :

- Accueil téléphonique du lundi au vendredi de 9h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h30
- Pas de plateforme téléphonique
- Réseau de bureaux d'accueil

Siège social :

30 Boulevard Gambetta – 03207 VICHY CEDEX

Tél 04 70 31 41 18

Fax 04 70 98 23 09

Agences :

73 Avenue de la République – 03100 MONTLUCON

Tél 04 70 05 89 15

Fax 04 70 05 89 81

87 Rue d'Allier – 03000 MOULINS

Tél 04 70 46 22 57

Fax 04 70 34 02 02

16 Rue St Genès – 63000 CLERMONT FERRAND *

Tél 04 73 16 13 12

Fax 04 73 92 15 70

* Horaires du bureau : Mardi : 13h15 - 16h45 / Mercredi - Jeudi : 14h00 - 17h30 / Vendredi : 14h00 - 18h00 / Samedi : 9H00 - 12H00 (Fermeture le Lundi)

- Un bordereau mensuel récapitulatif avec le détail de chaque acte et le montant remboursé sera établi et adressé au domicile de l'adhérent.
- Une revue trimestrielle « Bonne Santé Mutualiste »

Chapitre IV: Les prestations



Tiers-payant

La carte mutualiste a l'avantage de faire bénéficier les mutualistes et leurs ayants droit du service tiers payant pour les actes et soins médicaux effectués chez les professionnels de santé ayant signé par l'intermédiaire de leur syndicat professionnel une convention de ce type avec la **Mutuelle Familiale Centre Auvergne**.

- HOPITAUX ET CLINIQUES ;
- PHARMACIES ;
- AMBULANCES ;
- EN CAS DE DECES, CONVENTION DE TIERS PAYANT avec les Pompes Funèbres Générales (prise en charge délivrée par la mutuelle).
- OPTIQUE

Remboursements

Si vous n'avez pas utilisé votre carte Sésame Vitale auprès du professionnel de santé, adressez vos feuilles de soins à la Sécurité Sociale.

S'il s'agit d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie avec laquelle la Mutuelle Familiale Centre Auvergne a un accord : elle établira directement la liaison avec elle, grâce au système informatique Noémie et elle vous remboursera donc sans aucune autre démarche.

Sinon, si votre décompte Sécurité Sociale ne porte pas la mention « transmis à la mutuelle / à votre organisme complémentaire «Mutuelle Familiale Centre Auvergne», envoyez vos décomptes originaux sécurité sociale à la mutuelle en inscrivant votre numéro d'adhérent mutualiste.

Cas particuliers


La liaison Noémie ne fonctionne qu'entre votre C.P.A.M. et un seul organisme complémentaire.

Si vous êtes bénéficiaire de plusieurs garanties frais de santé obligatoire y compris en tant que bénéficiaire de votre conjoint salarié, vous pouvez obtenir le versement des prestations de chacune d'elles et ce, dans la limite des dépenses engagées.

Joindre l'attestation de ce dernier employeur justifiant d'une mutuelle obligatoire.

Puis, adresser le décompte original du premier organisme complémentaire, la copie des décomptes C.P.A.M. et les factures justifiant des dépenses réelles engagées.

Justificatifs à fournir à la Mutuelle Familiale Centre Auvergne dans le cas où la télétransmission existe entre la Mutuelle Familiale Centre Auvergne et votre Régime Obligatoire*

NATURE DE L'ACTE	JUSTIFICATIFS A FOURNIR
<u>Pharmacie</u> Vous avez réglé le ticket modérateur Mutuelle	 - Original du reçu de paiement du ticket modérateur Mutuelle
<u>Consultations, visites, et autres soins (kinésithérapeutes, laboratoires, radiologie...)</u> - Vous avez réglé la totalité des frais / honoraires - Vous avez réglé le ticket modérateur Mutuelle	- Aucune démarche - Original du reçu de paiement du ticket modérateur Mutuelle
<u>Optique (verre, monture, lentilles acceptées, lentilles refusée)</u> <u>Possibilité de vous établir un devis</u> - Vous n'êtes pas passé auprès d'un opticien conventionné avec la mutuelle - Vous êtes passé auprès d'un opticien conventionné L'opticien demande une prise en charge à la Mutuelle afin qu'il prenne en compte pour le tiers payant : <ul style="list-style-type: none"> • le forfait optique • ou le forfait lentilles acceptées • ou le forfait lentilles refusées prévu au contrat	- Original de la facture acquittée, du décompte de la sécurité sociale - Aucune démarche
<u>Dentaire</u> <u>Possibilité de vous établir un devis</u> Prothèses dentaires refusées	- Original de la facture acquittée
<u>Cure Thermale</u> - Vous avez réglé la totalité des frais / honoraires - Vous avez réglé le ticket modérateur Mutuelle	- Original de la facture acquittée, des frais d'hébergement ou de transport - Original du reçu de paiement du ticket modérateur Mutuelle
<u>Hospitalisation</u> - Dépassement d'honoraires	- Original de la facture détaillée et acquittée
<u>Maternité</u>	- Extrait d'acte de naissance de l'enfant
<u>Obsèques</u> - Si prise en charge à l'établissement funéraire - Pas de prise en charge à l'établissement funéraire	- Extrait d'acte de décès - Extrait d'acte de décès, certificat d'hérédité, facture acquittée
<u>Soins externes en hôpital public / clinique</u>	- Original de l'avis des sommes à payer - Original de l'attestation de paiement
<u>Appareillages</u>	- Original de la facture acquittée

* Cette liste n'est établit qu'à titre indicatif et est susceptible d'évoluer en fonction des pratiques de la sécurité sociale

Il vous est donc demandé de vous rapprocher de votre Mutuelle pour tout complément d'information sur vos remboursements

Forclusion et prescription

Les demandes de prestations accompagnées des justificatifs devront, sous peine de forclusion être présentées à la mutuelle pour remboursement dans un délai maximal de douze mois à compter de la date de traitement du dossier par le régime obligatoire.

Le remboursement de la complémentaire santé ne sera plus possible au-delà des 12 mois à compter de la date de traitement du dossier par le Régime Obligatoire.

Subrogation

La Mutuelle Familiale Centre Auvergne est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée et dans la limite des dépenses engagées.

Si vous êtes victime d'un accident avec un tiers ou non, veuillez le signaler à votre mutuelle.

Lors d'un accident causé par un tiers dont vous êtes la victime : c'est la responsabilité du tiers qui est engagée.

Veuillez le signaler à votre mutuelle, elle pourra ainsi se retourner vers la compagnie d'assurance de la personne responsable pour obtenir le remboursement des frais engagés pour vos soins.

Chapitre V : Le contrat responsable

Le Parcours de Soins dans le cadre du contrat responsable.

La loi, du 13 août 2004, relative à l'Assurance Maladie, a mis en place une réforme afin de maîtriser les dépenses de santé et de favoriser la qualité et la coordination des soins.

Cette loi a instauré de nouvelles notions :

- le parcours de soins,
- le médecin traitant, coordinateur de ce parcours de soins.



Le médecin traitant

Le médecin traitant, choisi librement par le patient âgé de plus de 16 ans, a un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Il participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel du patient et le dirige, avec son accord, vers le médecin le plus apte à traiter sa situation spécifique, ce dernier est appelé le médecin correspondant.

Le patient suit ainsi un parcours de soins coordonné.

Le parcours de soins et le contrat responsable

Le parcours de soins a été instauré pour contrôler les dépenses de santé et limiter les abus.

Le patient est soit dans le parcours coordonné de soins, c'est-à-dire qu'il passe par son médecin traitant, soit hors parcours de soins. Dans ce dernier cas, des pénalités sont alors mises en place.

Exceptions et accès directs autorisés :

- Les enfants de moins de 16 ans.
- Les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) dans le cadre d'un protocole des soins, élaborés avec la participation du médecin traitant,
- L'absence du médecin traitant, déplacement loin du domicile de l'assuré
- Les consultations directes :
 - Psychiatres : l'accès direct est limité aux bénéficiaires de moins de 26 ans. Dans les autres cas la consultation doit être prescrite par le médecin traitant.
 - Neurologues : l'accès direct ne s'applique plus à ces spécialistes, donc passage préalable par le médecin traitant.
 - Gynécologues : accès direct limité aux seuls actes suivants :
 - 1) Examens cliniques périodiques et dépistage
 - 2) Prescription et suivi contraception
 - 3) Suivi grossesse et IVG

Dans les autres cas, la consultation doit être prescrite par le médecin traitant.

- Ophtalmologistes : accès direct limité aux seuls actes suivants :
 - 1) Trouble réfraction oculaire
 - 2) Acte de dépistage et suivi du glaucome

Dans les autres cas, la consultation doit être prescrite par le médecin traitant.

- Les cas d'urgence non prévus 8 heures avant l'affection, mettant en jeu la vie du patient, ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin.