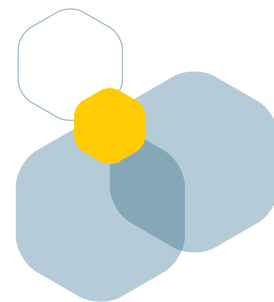


La vie du contrat



Bénéficiaires

Le contrat est facultatif pour l'ensemble des salariés.

Les ayants droit pouvant bénéficier d'une complémentaire santé collective Prévadiès sont :

- ⌘ votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité,
- ⌘ vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit leur 20^e anniversaire ou leur 28^e anniversaire s'ils suivent un contrat en alternance dans les conditions déterminées par le Code du Travail ou s'ils poursuivent leurs études,
- ⌘ vos enfants ou ceux de votre conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, bénéficiaire de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Prise d'effet des prestations

Si vous adhérez au contrat collectif, à la date d'effet du contrat, votre adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois de signature du bulletin d'adhésion et au plus tôt à la date d'effet du contrat.

Vos droits aux prestations et le cas échéant ceux de vos ayants droit sont ouverts à cette date.

Si vous adhérez ultérieurement au contrat collectif, votre affiliation prend effet au 1^{er} jour du mois de la réception de la demande. Vos droits et le cas échéant ceux de vos ayants droit sont ouverts à cette date.

Il est toutefois appliqué **un délai de stage d'une durée de 3 mois en hospitalisation, en optique et en dentaire**, calculé à partir de la date de prise d'effet de la garantie.

Ce délai de stage ne s'applique pas :

- ⌘ lorsque les soins en cause sont consécutifs à un accident. Par accident, on entend toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

La preuve de la cause accidentelle de l'hospitalisation incombe aux bénéficiaires des soins :

- ⌘ lorsque les bénéficiaires prouvent, sur présentation d'un certificat de radiation, qu'ils bénéficiaient, antérieurement à leur adhésion à la mutuelle, d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les 3 mois précédant cette adhésion.

Changement de situation

Tout au long de l'adhésion, vous devez déclarer à la mutuelle, dans un délai d'1 mois à compter de sa survenance, tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français.

Il suffit d'adresser une demande par courrier à votre correspondant Prévadiès.

- ⌘ **Adhésion d'un nouvel ayant droit :** joindre la copie de l'attestation de la carte vitale sur laquelle figure le nouvel ayant droit, un certificat de naissance (pour une naissance), une copie du jugement d'adoption (pour une adoption).
- ⌘ **Changement d'adresse :** un simple courrier suffit sauf si votre changement d'adresse implique un changement de Caisse primaire. Dans ce cas, il faudra joindre une photocopie de l'attestation de la carte vitale.
- ⌘ **Changement de banque :** accompagnez votre courrier d'un RIB.

Radiation d'un ayant droit

Chaque année, vous pouvez demander la radiation d'un de vos ayants droit par l'envoi d'une lettre recommandée au plus tard le 31 octobre de l'année civile.

La radiation d'un ayant droit est effectuée en cours d'année :

- ⚡ en cas de décès,
- ⚡ en cas de divorce rendu par un jugement définitif ou de séparation,
- ⚡ au cas où un ayant droit ne dépendrait plus d'un régime d'Assurance maladie obligatoire français,
- ⚡ en cas de perte de la qualité d'ayant droit,
- ⚡ lorsqu'un ayant droit bénéficie de la CMU.

La radiation prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la date de la réception de la demande à la mutuelle ou de la prise en charge CMU par le régime obligatoire ou au jour du décès.

Pièces à fournir pour le remboursement des frais de santé

S'il n'y a ni tiers payant régime obligatoire, ni tiers payant mutuelle :

Dans un premier temps, vous devez envoyer la feuille de soin à votre organisme de régime obligatoire. S'il s'agit de la Caisse primaire d'Assurance maladie, certaines caisses* de MSA, LMDE, la MGEL, la Smerep, la Smeba, la CNMSS, le Ram-Gamex, la MFP, la CRPCEN, la Mutac MSI, la Mutuelle de la Police, la Samic-Unio, l'Énim, la Réunion des Assureurs Maladie, la Smeno, la MGEN ou la Mep, le remboursement des prestations s'effectue par télétransmission, vous n'aurez par conséquent aucun document à nous fournir.

Si votre organisme de régime obligatoire n'est pas un de ceux précités, les échanges se feront par courrier. Nous vous invitons à vérifier sur votre feuille de soins l'inscription de la mention « Décompte transmis à votre organisme complémentaire ».

S'il y a un tiers payant régime obligatoire mais pas de tiers payant mutuelle :

Vous nous envoyez les factures détaillées et acquittées.

Excepté pour le transport (décompte régime obligatoire et facture) et les consultations généralistes (uniquement le décompte).

S'il y a un tiers payant régime obligatoire et un tiers payant mutuelle :

En cas de reste à charge, transmettre les factures détaillées et acquittées.

S'il n'y a pas de participation du régime obligatoire, transmettre les factures détaillées et acquittées.

* En fonction de votre région.

