

ACHESIL
A l'attention de la direction

15 RUE DU DOCTEUR MARCLAND
87025 LIMOGES CEDEX 1

Saint Etienne, le 3 avril 2023

Contrat : V87A92000000001

AVENANT au contrat
Contrat n° V87A92000000001

Les dispositions du présent avenant modifient et complètent les conditions particulières et générales du contrat susvisé.

COTISATIONS

Vos cotisations mensuelles 2023 TTC :

Régime général

ACTI — ACHESIL

VSB3000241	
Adulte	61.80 €
Enfant	33.14 €
VSO2000241	
Adulte	+ 20.26 €
Enfant	+ 12.53 €
VSO3000241	
Adulte	+ 34.62 €
Enfant	+ 21.26 €

Régime général

RETR - ACHESIL

VSB3000241	
Adulte	92.73 €
Enfant	33.14 €
VSO2000241	
Adulte	+ 25.19 €
Enfant	+ 12.53 €
VSO3000241	
Adulte	+ 46.37 €
Enfant	+ 21.26 €

GARANTIES

Les garanties de votre contrat sont mises en conformité avec les évolutions réglementaires.

Le(s) nouveau(x) tableau(x) de garanties se substitue(nt) au 1^{er} janvier 2023 au tableau(x) de garanties actuel(s) de votre contrat. Il(s) est(sont) accessible(s) sur votre espace extranet.

Vos conditions générales référencées « CG STANDARD EX-EMM 2022 » évoluent et sont dorénavant référencées « CG STANDARD EX-EMM 2023 ».

1) Modification des dispositions relatives à la résiliation à l'échéance

A l'article 5 « Résiliation du contrat » les dispositions « Le contrat prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit » sont remplacées par « La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre »

A l'article 20 « Cessation des garanties », les dispositions « prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit » sont remplacées par « prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre »

2) Modification de l'article « Prescription »

Les dispositions de l'article 8 « Prescription » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'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 ses ayants droit contre l'organisme assureur 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 prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations. >

3) Modification de l'article « Réclamations »

Les dispositions de l'article 10 « Réclamations » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être formulée :

- Par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant appel non surtaxé)
- Après d'une agence : la liste de nos agences est disponible sur notre site aesio.fr

En cas de réponse non satisfaisante, le Service Réclamations peut être saisi :

- En complétant le formulaire de réclamation disponible en agence
- Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis notre site aesio.fr
- Par courrier : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception. Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite. >

4) Modification de l'article « Médiation »

Les dispositions de l'article 11 « Médiation » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« En cas de désaccord avec la Mutuelle, le réclamant peut avoir recours à la procédure gratuite de médiation. Cette procédure est accessible dans le cadre d'une situation litigieuse non résolue, dans le délai d'un an après l'épuisement des voies de recours internes en vigueur au sein de la mutuelle, c'est-à-dire après avoir reçu une réponse écrite négative du service réclamations, ou deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite.

Le médiateur peut être saisi :

- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
- Via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr> >

5) Modification des règles relatives à la suspension du contrat de travail

A l'article « 21.1 « Maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail » la premier paragraphe est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation, que ce soit sous la forme :

- d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers (indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur),
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur,

les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs et la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations, continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité.

De plus, à la fin du paragraphe, sont insérées les dispositions suivantes : « La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de la mutuelle au **plus tard dans les trois mois** suivant la date du début de suspension du contrat de travail. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande. Le maintien prend effet à la date de suspension du contrat de travail. »

6) Modification des dispositions relatives au défaut de paiement des cotisations

Les dispositions « La mutuelle peut appliquer des majorations de retard dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration » *sont ajoutées à l'article 25.2 « Défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur ».*

7) Création d'un article relatif à l'exclusion des garanties facultatives

Un nouvel article 29 « Exclusion des garanties facultatives » est ajouté et rédigé comme suit :

« Peuvent être exclus du bénéfice des garanties facultatives (garanties optionnelles et/ou adhésion facultatives des ayants droit et/ou maintien individuel facultatif) les adhérents (membre participant et ayant droit) qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts.

Le membre participant ou l'ayant droit exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré sur les garanties facultatives.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

Les garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur sont maintenues. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

8) Modification des modalités de règlement des prestations

A l'article 31 « Règlement des prestations » (anciennement article 30), les dispositions « La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement ou lettre chèque » *sont remplacées par* « La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement »

De plus, à la fin du paragraphe, sont ajoutées les dispositions suivantes : « La Mutuelle procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires. »

9) Création d'un article « Date des soins »

A l'article 31 « Règlement des prestations » (anciennement article 30), est ajouté un article 31.1 « Date des soins » ainsi rédigé :

« La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...): date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermale : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

10) Création d'un article relatif au recouvrement des prestations indues

Un nouvel article 32 « Recouvrement des prestations indues » est ajouté et rédigé comme suit : « La Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

11) Création d'un article relatif aux garanties en inclusion

Un nouvel article 33 « Garanties en inclusion » est ajouté et rédigé comme suit : « La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties supplémentaires conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité dans le cadre de tout contrat ou toute convention conclue auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. Ces garanties supplémentaires sont décrites au sein d'une notice d'information spécifique. Elles cessent le jour où la garantie frais de santé cesse de produire ses effets ou le jour où le contrat souscrit auprès de la Mutuelle est résilié.

Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

12) Création d'un article relatif aux services supplémentaires

Un nouvel article 34 « Services supplémentaires » est ajouté et rédigé comme suit :

« La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des services supplémentaires au titre de conventions spécifiques passées avec des prestataires extérieurs. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

13) Modification de l'article « Fonds d'action sociale »

Les dispositions de l'article 35 « Fonds d'action sociale » (anciennement article 31) sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes:

« La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement. »

14) Allocations obsèques

Une nouveau Titre est créé « TITRE VI. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS « ALLOCATIONS OBSEQUES ». Il est rédigé comme suit:

« Lorsqu'elle est prévue aux Conditions Particulières, la garantie allocation obsèques a pour objet de couvrir une partie des frais d'obsèques lors du décès du membre participant ou de celui d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion.

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'adhésion (y compris en tant qu'ayant droit) à la garantie obsèques est interdite pour les enfants âgés de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Il s'agit d'une garantie indemnitaire versée, dans la limite des frais engagés, immédiatement en cas de décès sur présentation d'une facture relative aux obsèques, au nom du payeur. Le montant de l'allocation obsèques est précisé dans la fiche garantie.

Le bénéficiaire de la garantie Allocation Obsèques est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques et qui le justifient. En cas de pluralité des bénéficiaires (personnes ayant pris en charge les frais d'obsèques), le versement de la prestation se fera au prorata de la part des frais engagés et dans la limite du montant maximum de la garantie.

Exclusions:

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette garantie, les décès consécutifs à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris, crimes, à des faits de guerre civiles et étrangères, ou à la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre.

36. Délai de versement des Prestations

En cas de décès de l'assuré, le capital / les prestations garantis sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement du capital / des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

37. Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti / l'allocation obsèques est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital / l'allocations obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

38. Contrats en déshérence et transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

39. Information annuelle

AESIO mutuelle procèdera aux communications annuelles prévues par l'article L223-21 du Code de la mutualité. »

15) Prise en charge des séances d'accompagnement psychologique

A L'annexe 1 « Qu'est ce qu'une garantie responsable », à la suite des dispositions « La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= 100% du Ticket modérateur), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales; » sont insérées les dispositions suivantes « la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an »

PRISE D'EFFET DE L'AVENANT

Les présentes dispositions **prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2023.**

Pour AÉSIO mutuelle

Cachet et signature de l'entreprise

Monsieur Olivier BRENZA
Directeur Général



Pièces jointes (à **remettre** aux salariés) :

- Additif à la notice d'information

Nous vous rappelons que l'employeur est tenu de remettre à chaque salarié la notice d'information établie par la mutuelle ainsi qu'en cas de modifications les avenants, additifs ou la nouvelle notice. La preuve de la remise de la notice aux salariés incombe à l'employeur.

ADDITIF aux Conditions générales valant notice d'information

•Après d'une agence : la liste de nos agences est disponible sur notre site aesio.fr

Votre complémentaire santé évolue. Ces modifications vous sont communiquées dans le présent additif à votre notice d'information.

A compter du 1^{er} janvier 2023, les dispositions suivantes se substituent aux dispositions de votre notice d'information.

- **Modification des dispositions relatives à la résiliation et à la radiation à l'échéance**

A l'article 5 « Résiliation du contrat » les dispositions « Le contrat prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit » **sont remplacées par** « La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre »

A l'article 20 « Cessation des garanties », les dispositions « prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit » **sont remplacées par** « prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre »

- **Modification des dispositions relative à la prescription**
Les dispositions de l'article 8 « Prescription » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

«En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'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 ses ayants droit contre l'organisme assureur 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 prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations. »

- **Les dispositions de l'article 10 « Réclamations » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :** «

Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être formulée :

- Par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant appel non surtaxé)

En cas de réponse non satisfaisante, le Service Réclamations peut être saisi :

- En complétant le formulaire de réclamation disponible en agence
- Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis notre site aesio.fr
- Par courrier : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception.

Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite. »

- ***Les dispositions de l'article 11 "Médiation" sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes:***

« En cas de désaccord avec la Mutuelle, le réclamant peut avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible dans le cadre d'une situation litigieuse non résolue, dans le délai d'un an après l'épuisement des voies de recours internes en vigueur au sein de la mutuelle, c'est-à-dire après avoir reçu une réponse écrite négative du service réclamations, ou deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite.

Le médiateur peut être saisi :

- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
- Via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr> »

- ***Modification des règles relatives à la suspension du contrat de travail***

A l'article 21.1 « Maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail » le premier paragraphe est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation, que ce soit sous la forme :

- d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers (indemnités

journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur),

- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur,
- les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs et la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations, continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité. »

De plus, sont insérées, à la fin du paragraphe, les dispositions suivantes : « La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de la mutuelle au plus tard dans les trois mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande. Le maintien prend effet à la date de suspension du contrat de travail. »

- ***Modification des dispositions relatives au défaut de paiement des cotisations***

Les dispositions « La mutuelle peut appliquer des majorations de retard dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration » ***sont ajoutées à l'article 25.2 « Défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur ».***

- ***Création d'un nouvel article 29 « Exclusion des garanties facultatives » rédigé comme suit :***

« Peuvent être exclus du bénéfice des garanties facultatives (garanties optionnelles et/ou adhésion facultatives des ayants droit et/ou maintien individuel facultatif) les adhérents (membre participant et ayant droit) qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts.

Le membre participant ou l'ayant droit exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré sur les garanties facultatives.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues. Les garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur sont maintenues. »

- **Modification des modalités de paiement des prestations**

A l'article 31 « **Règlement des prestations** » (anciennement article 30), les dispositions « La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement ou lettre chèque » **sont remplacées par** « La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement »

De plus, à la fin du paragraphe, sont ajoutées les dispositions suivantes : « La Mutuelle procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires. »

- **Création d'un article 31.1 « Date des soins »**

A l'article 31 « **Règlement des prestations** » est ajouté un article « **Date des soins** » ainsi rédigé :

« **La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.**

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après:

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...): date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,
- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermale : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

- **Création d'un article 32 « Recouvrement des prestations indues » :**

Après l'article « **Consultation des prestations** » est ajouté un article

« Recouvrement des prestations indues » ainsi rédigé :

« La Mutuelle s'autorisera à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des

prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire. »

- *Création de l'article 33 « Garanties en inclusion » et de l'article 34 « Services supplémentaires » rédigés comme suit :*

« Garanties en inclusion

La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties supplémentaires conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité dans le cadre de tout contrat ou toute convention conclue auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. Ces garanties supplémentaires sont décrites au sein d'une notice d'information spécifique. Elles cessent le jour où la garantie frais de santé cesse de produire ses effets ou le jour où le contrat souscrit auprès de la Mutuelle est résilié.

Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties.

Services supplémentaires

La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des services supplémentaires au titre de conventions spécifiques passées avec des prestataires extérieurs. »

- *Les dispositions de l'article 35 « Action sociale » (anciennement article 31) sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :*

« La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement. »

- *Un nouveau Titre est créé « TITRE VI. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS « ALLOCATIONS OBSEQUES » ». Il est rédigé comme suit:*

« Lorsqu'elle est prévue aux Conditions Particulières, la garantie allocation obsèques a pour objet de couvrir une partie des frais d'obsèques lors du décès du membre participant ou de celui d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion.

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'adhésion (y compris en tant qu'ayant droit) à la garantie obsèques est interdite pour les enfants âgés de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Il s'agit d'une garantie indemnitaire versée, dans la limite des frais engagés, immédiatement en cas de décès sur présentation d'une facture relative aux obsèques, au nom du payeur. Le montant de l'allocation obsèques est précisé dans la fiche garantie.

Le bénéficiaire de la garantie Allocation Obsèques est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques et qui le justifient. En cas de pluralité des bénéficiaires (personnes ayant pris en charge les frais d'obsèques), le versement de la prestation se fera au prorata de la part des frais engagés et dans la limite du montant maximum de la garantie.

Exclusions :

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette garantie, les décès consécutifs à la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris, crimes, à des faits de guerre civiles et étrangères, ou à la désintégration du noyau atomique, cataclysme, tremblement de terre.

36.Délai de versement des Prestations

En cas de décès de l'assuré, le capital / les prestations garantis sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement du capital / des prestations.

En application de l'article L223-22-1 du code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

37. Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti / l'allocation obsèques est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital / l'allocation obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

38. Contrats en déshérence et transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

39. Information annuelle

AESIO mutuelle procèdera aux communications annuelles prévues par l'article L223-21 du Code de la mutualité. »

- **Modification de l'annexe 1 « Qu'est-ce qu'une garantie responsable ? »**

A la suite des dispositions « La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= 100% du Ticket modérateur), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales; » **sont insérées les dispositions suivantes** « la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an »

ACHESIL
A l'attention de la direction

15 RUE DU DOCTEUR MARCLAND
87025 LIMOGES CEDEX 1

Saint Etienne, le 3 avril 2023

Contrat : V87A92000000001

AVENANT au contrat
Contrat n° V87A92000000001

Les dispositions du présent avenant modifient et complètent les conditions particulières et générales du contrat susvisé.

COTISATIONS

Vos cotisations mensuelles 2023 TTC :

Régime général

ACTI — ACHESIL

VSB3000241		
Adulte	61.80 €	
Enfant	33.14 €	
VSO2000241		
Adulte	+ 20.26 €	
Enfant	+ 12.53 €	
VSO3000241		
Adulte	+34.62 €	
Enfant	+ 21.26 €	

Régime général

RETR - ACHESIL

VSB3000241		
Adulte	92.73 €	
Enfant	33.14 €	
VSO2000241		
Adulte	+ 25.19 €	
Enfant	+ 12.53 €	
VSO3000241		
Adulte	+ 46.37 €	
Enfant	+ 21.26 €	

GARANTIES

Les garanties de votre contrat sont mises en conformité avec les évolutions réglementaires.

Le(s) nouveau(x) tableau(x) de garanties se substitue(nt) au 1^{er} janvier 2023 au tableau(x) de garanties actuel(s) de votre contrat.

Il(s) est(sont) accessible(s) sur votre espace extranet.

CONDITIONS GENERALES

Vos conditions générales référencées « CG STANDARD EX-EMM 2022 » évoluent et sont dorénavant référencées « CG STANDARD EX-EMM 2023 ».

1) Modification des dispositions relatives à la résiliation à l'échéance

A l'article 5 « Résiliation du contrat » les dispositions « Le contrat prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit » sont remplacées par « La résiliation prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre »

A l'article 20 « Cessation des garanties », les dispositions « prend fin au terme de ce délai de préavis, c'est-à-dire au 31 décembre à minuit » sont remplacées par « prend effet à l'échéance annuelle, soit au 31 décembre »

2) Modification de l'article « Prescription »

Les dispositions de l'article 8 « Prescription » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans pour le risque décès lorsque le bénéficiaire en cas de décès est l'ayant droit du Membre Participant décédé.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance, ainsi qu'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 ses ayants droit contre l'organisme assureur 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 prévues par les articles 2240 et suivants du Code civil (notamment reconnaissance d'un droit par le bénéficiaire ou par la Mutuelle ; demande en justice, même en référé ; mesure conservatoire ; acte d'exécution forcée) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation du risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'organisme assureur au souscripteur ou au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le membre participant à l'organisme assureur en ce qui concerne le règlement des prestations. »

3) Modification de l'article « Réclamations »

Les dispositions de l'article 10 « Réclamations » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« Une réclamation se définit comme l'expression d'un mécontentement. Une demande de service ou de prestation, d'information, ou d'avis n'est pas une réclamation.

Toute réclamation peut être formulée :

- Par téléphone au numéro indiqué sur la carte de tiers-payant appel non surtaxé)
- Auprès d'une agence : la liste de nos agences est disponible sur notre site aesio.fr

En cas de réponse non satisfaisante, le Service Réclamations peut être saisi :

- En complétant le formulaire de réclamation disponible en agence
- Via le formulaire de contact de l'espace adhérent, accessible depuis notre site aesio.fr
- Par courrier : AÉSIO mutuelle – Service Réclamations – TSA 11390 - 53106 MAYENNE CEDEX

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours maximum à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour en accuser réception.

Une réponse sera apportée dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite. »

4) Modification de l'article « Médiation »

Les dispositions de l'article 11 « Médiation » sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« En cas de désaccord avec la Mutuelle, le réclamant peut avoir recours à la procédure gracieuse de médiation. Cette procédure est accessible dans le cadre d'une situation litigieuse non résolue, dans le délai d'un an après l'épuisement des voies de recours internes en vigueur au sein de la mutuelle, c'est-à-dire après avoir reçu une réponse écrite négative du service réclamations, ou deux mois après l'envoi d'une réclamation écrite.

Le médiateur peut être saisi :

- Par courrier : Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française – FNMF, 255 rue de Vaugirard – 75719 PARIS cedex 15
- Via le formulaire figurant sur le site internet du Médiateur : <https://www.saisine.mediateur-mutualite.fr> »

5) Modification des règles relatives à la suspension du contrat de travail

A l'article « 21.1 « Maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail » la premier paragraphe est supprimé et remplacé par les dispositions suivantes :

« En cas de suspension du contrat de travail d'un membre participant donnant lieu à indemnisation, que ce soit sous la forme :
- d'un maintien total ou partiel de rémunération par l'employeur ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers (indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur),
- d'un revenu de remplacement versé par l'employeur, y compris en cas d'activité partielle, activité partielle de longue durée ou de toute période de congé rémunéré par l'employeur,
les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que les salariés actifs et la participation patronale et la part salariale afférentes aux cotisations, continuent à être versées selon les mêmes modalités que pour les salariés en activité. »

De plus, à la fin du paragraphe, sont insérées les dispositions suivantes : « La demande de maintien doit être effectuée par écrit auprès de la mutuelle au plus tard dans les trois mois suivant la date du début de suspension du contrat de travail. Le dépassement de ce délai entraîne la forclusion définitive de la demande. Le maintien prend effet à la date de suspension du contrat de travail. »

6) Modification des dispositions relatives au défaut de paiement des cotisations

Les dispositions « La mutuelle peut appliquer des majorations de retard dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration » sont ajoutées à l'article 25.2 « Défaut de paiement des cotisations par le Souscripteur ».

7) Création d'un article relatif à l'exclusion des garanties facultatives

Un nouvel article 29 « Exclusion des garanties facultatives » est ajouté et rédigé comme suit :

« Peuvent être exclus du bénéfice des garanties facultatives (garanties optionnelles et/ou adhésion facultatives des ayants droit et/ou maintien individuel facultatif) les adhérents (membre participant et ayant droit) qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la Mutuelle un préjudice dûment constaté et notamment en dissimulant ou falsifiant l'un des éléments indispensables aux conditions d'admission ou en utilisant leur carte de droit sans s'être acquittés de leurs obligations.

L'exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration conformément aux dispositions des statuts.

Le membre participant ou l'ayant droit exclu définitivement ne peut en aucun cas être réintégré sur les garanties facultatives.

La Mutuelle pourra procéder à la suspension immédiate des droits à prestations si cette mesure s'avère indispensable à la sauvegarde de ses intérêts avant le prononcé de l'exclusion et se réserve le droit de réclamer à l'intéressé exclu le remboursement des prestations indûment perçues.

Les garanties souscrites à titre obligatoire par l'employeur sont maintenues. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

8) Modification des modalités de règlement des prestations

A l'article 31 « Règlement des prestations » (anciennement article 30), les dispositions « La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement ou lettre chèque » sont remplacées par « La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement »

De plus, à la fin du paragraphe, sont ajoutées les dispositions suivantes : « La Mutuelle procèdera au paiement des prestations dans le délai maximal de 10 jours ouvrés à compter de la réception de l'intégralité des pièces nécessaires au paiement. Ce délai s'entend hors délais bancaires. »

9) Création d'un article « Date des soins »

A l'article 31 « Règlement des prestations » (anciennement article 30), est ajouté un article 31.1 « Date des soins » ainsi rédigé :

« La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire ou sur la facture lorsqu'il n'y a pas de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les demandes de paiement de prestations doivent être produites dans un délai de vingt-quatre (24) mois dont le point de départ est fixé ci-après :

- Soins ambulatoires : date des soins,
- Soins externes hospitaliers : date des soins,
- Soins dentaires : date des soins,
- Prothèses dentaires : date d'exécution,
- Actes en série (soins infirmiers, kiné, orthophoniste...): date des derniers soins,
- Séjour : date d'entrée,
- Honoraires : date des soins,

- Lunettes et lentilles acceptées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Lentilles refusées par l'Assurance Maladie Obligatoire : date de facturation,
- Appareillage : date de facturation,
- Cure thermique : date de fin de cure,
- Pharmacie : date de facturation,
- Orthodontie : date des soins.

Le niveau de remboursement de chaque prestation est déterminé par la garantie souscrite.

La date des soins telle que définie ci-dessus permet de calculer l'atteinte éventuelle du plafond d'une prestation par la prise en considération des prestations payées dans l'année »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

10) Création d'un article relatif au recouvrement des prestations indues

Un nouvel article 32 « Recouvrement des prestations indues » est ajouté et rédigé comme suit : « La Mutuelle s'autorise à recouvrer les sommes indument payées par tous moyens à sa convenance, y compris en faisant appel à des prestataires extérieurs spécialisés dans le recouvrement amiable ou judiciaire. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

11) Création d'un article relatif aux garanties en inclusion

Un nouvel article 33 « Garanties en inclusion » est ajouté et rédigé comme suit : « La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des garanties supplémentaires conformément à l'article L.221-3 du Code de la mutualité dans le cadre de tout contrat ou toute convention conclue auprès d'une autre Mutuelle, d'une union, d'une institution de prévoyance ou d'une compagnie d'assurance. Ces garanties supplémentaires sont décrites au sein d'une notice d'information spécifique. Elles cessent le jour où la garantie frais de santé cesse de produire ses effets ou le jour où le contrat souscrit auprès de la Mutuelle est résilié.

Les garanties en inclusion figurent au tableau de garanties. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

12) Création d'un article relatif aux services supplémentaires

Un nouvel article 34 « Services supplémentaires » est ajouté et rédigé comme suit :

« La Mutuelle peut accorder aux bénéficiaires du présent contrat des services supplémentaires au titre de conventions spécifiques passées avec des prestataires extérieurs. »

La numérotation des articles est adaptée en conséquence.

13) Modification de l'article « Fonds d'action sociale »

Les dispositions de l'article 35 « Fonds d'action sociale » (anciennement article 31) sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes:

« La Mutuelle dispose d'un fonds d'action sociale en faveur de ses adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ces derniers en cas de grandes difficultés.

Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit.

Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement. »

14) Allocations obsèques

Un nouveau Titre est créé «TITRE VI. DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX PRESTATIONS « ALLOCATIONS OBSEQUES ». Il est rédigé comme suit:

« Lorsqu'elle est prévue aux Conditions Particulières, la garantie allocation obsèques a pour objet de couvrir une partie des frais d'obsèques lors du décès du membre participant ou de celui d'un de ses ayants droit inscrit au bulletin d'adhésion.

Conformément aux dispositions du code de la mutualité, l'adhésion (y compris en tant qu'ayant droit) à la garantie obsèques est interdite pour les enfants âgés de moins de douze ans, les majeurs en tutelle et les personnes placées dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation.

Il s'agit d'une garantie indemnitaire versée, dans la limite des frais engagés, immédiatement en cas de décès sur présentation d'une facture relative aux obsèques, au nom du payeur. Le montant de l'allocation obsèques est précisé dans la fiche garantie.

Le bénéficiaire de la garantie Allocation Obsèques est la personne physique ou les personnes physiques qui ont supporté les frais d'obsèques et qui le justifient. En cas de pluralité des bénéficiaires (personnes ayant pris en charge les frais d'obsèques), le versement de la prestation se fera au prorata de la part des frais engagés et dans la limite du montant maximum de la garantie.

Exclusions:

Ne sont pas pris en charge dans le cadre de cette garantie, les décès consécutifs à la participation volontaire à des émeutes, **mouvements populaires, rixes, paris, crimes, à des faits de guerre civiles et étrangères, ou à la désintégration du noyau atomique, cataclysmes, tremblement de terre.**

36. Délai de versement des Prestations

En cas de décès de l'assuré, le capital / les prestations garantis sont réglées au(x) bénéficiaire(s) dans un délai maximum d'un mois à compter de la réception par la Mutuelle de l'intégralité des pièces justificatives demandées. AESIO Mutuelle se réserve la possibilité de demander toutes autres pièces justificatives nécessaires au règlement du capital / des prestations. En application de l'article L223-22-1 du code de la mutualité, au-delà de ce délai, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

37. Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès de l'assuré, le capital garanti / l'allocation obsèques est revalorisé à compter de la date de décès de l'assuré et jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au paiement du capital ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations. Cette revalorisation ne peut être inférieure au taux minimum réglementaire.

Ainsi, le capital / l'allocation obsèques produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

38. Contrats en déshérence et transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par AESIO Mutuelle du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Ce dépôt est libératoire de toute obligation pour la Mutuelle, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

39. Information annuelle

AESIO mutuelle procèdera aux communications annuelles prévues par l'article L223-21 du Code de la mutualité. »

15) Prise en charge des séances d'accompagnement psychologique

A L'annexe 1 « Qu'est ce qu'une garantie responsable », à la suite des dispositions « La prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour tous les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (= 100% du Ticket modérateur), sauf pour la pharmacie remboursée à 15% et 30%, l'homéopathie et les cures thermales; » sont insérées les dispositions suivantes « la prise en charge de 100% de la participation laissée à la charge des assurés pour les séances d'accompagnement psychologique, dans la limite de 8 séances par an »

PRISE D'EFFET DE L'AVENANT

Les présentes dispositions **prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2023.**

Pour AÉSIO mutuelle

Cachet et signature de l'entreprise

Monsieur Olivier BRENZA
Directeur Général



***Nous vous remercions de nous retourner
cet exemplaire signé.***

AÉSIO mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité, immatriculée sous le n° 775 627 391
Siège social : 4 rue du Général Foy 75008 PARIS