Au-delà du tarif plafond conventionnel, les frais de soins, pharmaceutiques, prothétiques et d'hospitalisation garantis peuvent donner lieu à majoration dans la limite de 200% de ce tarif-plafond. Aucun dépassement de tarif justifié par la situation de fortune du bénéficiaire ne peut donner lieu à majoration. Pour les frais médicaux prescrits mais non codifiés (PHN : Prestations Hors Nomenclature) ou sans tarif-plafond conventionnel (NR), la prise en charge sera plafonnée à 600 €.

En tout état de cause, la Mutuelle ne prend pas en charge la contribution forfaitaire instaurée par la loi du 13 août 2004 (1 € au 1er juillet 2005), ni l'augmentation du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires liés au non respect du parcours de soins (et ce, conformément aux dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale).
La Mutuelle ne prend pas non plus en charge les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter conformément à l'article L.161-36-2 du Code de la Sécurité Sociale.

Durée du service des prestations
1 – En cas d'accident :
Le versement des frais de soins, prestations complémentaires et frais de premier appareillage cesse à la date de guérison ou de consolidation des blessures et en cas d'invalidité, à la date de fixation du degré d'invalidité.
Le service peut être repris si, postérieurement à la date de consolidation ou de fixation du degré d'invalidité, l'état de l'intéressé présente une aggravation mais à condition qu'il soit reconnu, après expertise, que cet état est la conséquence de l'accident ayant ouvert droit aux premières prestations.

2- En cas de maladie :
Les prestations ne peuvent être versées pendant plus de 60 jours à compter du premier acte médical pour la même maladie.

ARTICLE 12 – AUTRES PRESTATIONS INDEMNITAIRES ACCORDEES EN CAS D'ACCIDENT CORPOREL SEULEMENT

12.1 – Frais de premier appareillage
Sont remboursés les frais de premier appareillage prothétique ou orthopédique jusqu'à la date de fixation du degré définitif d'invalidité. Toutefois, pour les mineurs, dans le cas où le médecin commis par la MAC l'estime nécessaire, la Mutuelle, outre les frais de premier appareillage, remboursera ceux de remplacement ou de modification de l'appareil, pour l'adapter à l'évolution des séquelles ou à la croissance de l'enfant, jusqu'à l'âge de 18 ans.
Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux prothèses dentaires, lunettes et lentilles.

12.2 – Frais d'appareillages prothétiques ou orthopédiques existants
Les frais de remplacement ou de réparation d'un appareil existant endommagé lors d'un accident corporel, sont pris en charge dans la limite, par sinistre, du plafond forfaitaire fixé au tableau des garanties, **sauf lunettes, lentilles et prothèses dentaires**.

12.3 – Prestations complémentaires
Prestations destinées à compenser, pièces justificatives à l'appui, soit les pertes de salaires ou de revenus de l'accidenté (ou de ses parents se rendant à son chevet pour les mineurs), soit les frais de garde ou d'assistance ou de rattrapage scolaire de la victime.

12.4 – Frais de prothèse dentaire
En cas d'atteinte définitive d'une dent ou de bris d'une dent prothétique, il est alloué un remboursement pour les prothèses ordonnées médicalement. Ce remboursement sera payé sur justificatifs sans pouvoir excéder le plafond par dent, prévu au tableau des garanties.
Dans le cas où la prothèse ne peut être réalisée dans le délai de deux ans après l'accident et sur justification médicale de ce délai et de la nécessité d'une prothèse, l'adhérent ou son représentant légal pour les mineurs, dispose de la faculté de choix entre les options suivantes :
- versement immédiat et **à titre définitif** de l'indemnité forfaitaire fixée ci-dessus,
- remboursement après réalisation de la restauration prothétique sous réserve que celle-ci soit effectuée avant le vingtième anniversaire de l'adhérent concerné. La limite du remboursement sera alors celle en vigueur au moment de la restauration prothétique effective.

12.5 – Frais de lunettes et lentilles (y compris lunettes ou verres de contact pour amblyope)
Remboursement des frais de remplacement ou de réparation des lunettes, lentilles cornéennes brisées ou perdues à la suite d'un accident corporel garanti, dans la limite, par accident, du forfait fixé au titre du tableau des garanties.

12.6 – Frais de secours ou de recherche
En cas d'accident ou de disparition et sur justification des frais exposés par les professionnels des secours, un remboursement maximum par personne est assuré dans la limite du forfait fixé au tableau des garanties.

12.7 – Frais de transport de l'accompagnateur reconnu médicalement indispensable
Si l'état de la victime transportée nécessite un accompagnement, les frais de transport de l'accompagnateur reconnu médicalement indispensable sont remboursés dans la limite par accident du forfait prévu au tableau des garanties.

ARTICLE 13 – PRESTATION INVALIDITE PERMANENTE « ACCIDENT CORPOREL »

Lors d'un accident garanti, les personnes physiques assurées bénéficient du capital pour lequel elles ont cotisé (cf. tableau des garanties) en cas d'invalidité permanente (déterminée par référence au Barème Indicatif des Déficits Fonctionnels Séquellaires en Droit Commun du Concours Médical - Edition 2003). Si l'invalidité est partielle, le capital est réduit proportionnellement au degré d'I.P.P. fixée par expertise.
Le capital de base ou le capital majoré par adhésion volontaire est triplé pour la seule tranche des invalidités comprises entre 51 et 100% sans toutefois dépasser le plafond maximum de 152.450 €.

A réception du certificat médical faisant état d'une invalidité à déterminer par expertise, la Mutuelle missionne à ses frais un médecin pour examiner la victime. A la réception du rapport de ce médecin, la Mutuelle propose le taux d'invalidité reconnu et le capital correspondant à la victime. Ce dernier établit un rapport par référence au Barème indicatif des Déficits Fonctionnels Séquellaires en Droit Commun du Concours Médical (Edition 2003), **étant précisé que l'incapacité pour perte de dent ou celle portant sur des séquelles purement « subjectives », de même que les préjudices esthétique, d'agrément, scolaire et le prix de la douleur sont exclus.**
A réception de ce rapport, la Mutuelle propose le taux d'invalidité reconnu et le capital correspondant à la victime, ou pour les mineurs, à ses représentants légaux.

Si le médecin commis par la MAC estime que la consolidation des blessures n'est pas acquise parce qu'une évolution est envisageable, et qu'il détermine un taux minimum prévisible, la Mutuelle versera le capital Invalidité correspondant au taux fixé à titre provisoire. Une nouvelle évaluation du taux interviendra lors de la consolidation définitive. Après fixation par expert de ce taux définitif, la Mutuelle versera le capital en vigueur lors de l'accident, déduction faite de la provision réglée.

En cas de contestation portant sur le taux d'invalidité, celui-ci est apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par la MAC et le médecin traitant dont les honoraires sont réglés à frais communs. A défaut d'accord, le tiers expert est désigné par le Président du Tribunal d'Instance du domicile de la victime, par voie de référé.

Modalités de paiement du capital :
- victime bénéficiaire majeure ou mineure émancipée : versement de l'indemnité en sa faveur,
- victime mineure sous administration légale pure et simple : indemnité versée aux parents après accomplissement des formalités prévues par l'article 389-5 du Code Civil (information du choix de placement du capital auprès du Juge des Tutelles du Tribunal d'instance du lieu du domicile),
- victime mineure en administration légale sous contrôle judiciaire : indemnité versée à l'administrateur légal selon les dispositions de l'article 389-2 du Code Civil déterminant le mode d'utilisation du capital attribué.

ARTICLE 14 – DECES PAR ACCIDENT

En cas de décès consécutif à un accident corporel d'une personne physique assurée et si ce décès survient dans un délai n'excédant pas un an après la date de l'accident, le capital garanti (capital pour lequel le membre participant a cotisé) est versé aux bénéficiaires désignés ci-dessous.

Après réception du bulletin ou certificat médical de décès et justification de l'identité et de la qualité du ou des bénéficiaires, le capital est versé au profit :
a) des ayants droit légaux de la victime, si celle-ci est mineure,