

SOMMAIRE

LEXIQUE	2
---------------	---

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET	2
ARTICLE 2 – MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE.....	2
ARTICLE 3 – ADHÉSION	2
ARTICLE 4 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE	3
ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES	3
ARTICLE 5.1 – DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES ..	3
ARTICLE 5.2 – PERSONNES RÉSIDANT À L'ÉTRANGER.....	3

CHAPITRE II : LES GARANTIES

ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES	4
ARTICLE 7 – DROIT AUX PRESTATIONS	4
ARTICLE 8 – LIMITATION.....	4
ARTICLE 9 – GARANTIES OPTIONNELLES.....	4
ARTICLE 10 – MODIFICATION DE LA GARANTIE.....	4
ARTICLE 11 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS.....	4
ARTICLE 11.1 – TIERS PAYANT.....	5
ARTICLE 11.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS	5
ARTICLE 11.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER	5
ARTICLE 11.4 – ACCIDENT	5
ARTICLE 11.5 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS INDUES.....	6
ARTICLE 12 – LES EXCLUSIONS.....	6

CHAPITRE III : RÉSILIATION

ARTICLE 13 – LA RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT	6
ARTICLE 13.1 – RÉSILIATION ANNUELLE.....	6
ARTICLE 13.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL	6
ARTICLE 13.3 – EXCLUSION DU MEMBRE PARTICIPANT	7
ARTICLE 13.4 – RADIATION D'UN AYANT DROIT	7
ARTICLE 14 – CESSATION DE LA GARANTIE	8
ARTICLE 15 – RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE	8

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

ARTICLE 16 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION.....	8
ARTICLE 17 – FIXATION DU MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS.....	8
ARTICLE 18 – BÉNÉFICE CMU-C	8
ARTICLE 19 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	9
ARTICLE 19.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3 ^{ÈME} ENFANT	9
ARTICLE 19.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ	9
ARTICLE 19.3 – GARANTIE « ASSISTANCE » ET « SERVICE AUX PERSONNES ».....	9
ARTICLE 20 – PAIEMENT DES COTISATIONS	9
ARTICLE 21 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	10

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION	10
ARTICLE 23 – RÉCLAMATIONS.....	10
ARTICLE 24 – MÉDIATION	10
ARTICLE 25 – FORCLUSION	11
ARTICLE 26 – PRESCRIPTION.....	11
ARTICLE 27 – SUBROGATION	11
ARTICLE 28 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE	11
ARTICLE 29 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	11
ARTICLE 30 – FONDS D'ACTION SOCIALE	12
ARTICLE 30.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE	12
ARTICLE 30.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES	12
ARTICLE 30.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL	12
ARTICLE 30.4 – NATURE DES AIDES	12
ARTICLE 31 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE	12

LEXIQUE

Base de Remboursement de la Sécurité sociale (BR) :

Assiette servant de base de calcul aux prestations en nature de la Sécurité sociale.

Contrat Solidaire : Contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des personnes couvertes.

Contrat Responsable : Contrat ayant pour objet le remboursement de frais de santé qui répond à l'ensemble des conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du Code de la Mutualité et ses textes réglementaires d'application.

Dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée : La convention médicale nationale du 25 août 2016 a prévu deux dispositifs, auxquels peuvent adhérer les médecins conventionnés avec l'assurance maladie obligatoire, permettant d'encadrer les dépassements d'honoraires : l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) et l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

Membres participants : Il s'agit des personnes adhérentes qui bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle.

Régime obligatoire : Tout régime légalement obligatoire d'assurance maladie.

Ticket modérateur : Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). La part du ticket modérateur prise en charge par la Mutuelle est définie dans les tableaux de garantie.

CHAPITRE I : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ARTICLE 1 – OBJET

Le présent Règlement mutualiste santé définit le contenu des engagements de nature générale existant entre d'une part, les membres participants et, d'autre part, la Mutuelle en ce qui concerne les prestations et cotisations dans le cadre d'une adhésion à titre individuel à une garantie de frais de santé.

Il a été adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en date du 13 octobre 2017, en application de l'article L. 114-1 du Code de la Mutualité.

Les prestations assurées par la Mutuelle sont regroupées dans des garanties.

Les garanties individuelles de frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et ses ayants droit tels que définis à l'article 5, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement

de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par le régime obligatoire.

Les prestations procurées par ces garanties sont précisées dans le tableau descriptif de ces dernières.

La Mutuelle ne peut instituer entre ses membres participants de différences de cotisations que si elles sont justifiées par le revenu, la durée d'appartenance à la Mutuelle, le régime obligatoire d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres, dans le respect des dispositions légales.

Pour les dispositifs prévus par l'article 22 bis de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires, par l'article 88-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et par l'article L. 4123-3 du code de la défense, elles peuvent en outre moduler les cotisations en fonction de la date d'adhésion des agents à ces dispositifs.

S'agissant des prestations, la Mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés ou lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les mutuelles, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 2 – MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le Conseil d'administration adopte les règlements mutualistes ainsi que leurs annexes et peut les modifier. Il peut modifier les garanties dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité et les statuts de la Mutuelle. Les membres participants sont informés de ces modifications dans les conditions prévues par le Code de la Mutualité.

Elles leur sont opposables dès leur notification.

ARTICLE 3 – ADHÉSION

L'adhésion à la Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La signature du bulletin d'adhésion par le membre participant emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent règlement et par le tableau descriptif de la garantie choisie.

Le membre participant se doit de fournir à la Mutuelle les justificatifs nécessaires mentionnés dans le bulletin d'adhésion.

Le signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant de la Mutuelle à compter de la date d'effet de son adhésion.

L'adhésion prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

Le membre participant bénéficie des prestations afférentes aux garanties auxquelles il a adhéré et y ouvre droit à ses ayants droit.

Tout changement concernant l'état civil, le domicile ou la situation familiale du membre participant ou de l'un des ayants droit doit être signalé à la Mutuelle par le membre participant.

L'adhésion au présent Règlement est annuelle à tacite reconduction. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues au chapitre III du présent Règlement.

ARTICLE 4 – FACULTÉ DE RENONCIATION EN CAS DE VENTE À DISTANCE

Dans l'hypothèse où le contrat entre le membre participant et la Mutuelle a été conclu à distance et à titre non professionnel, le membre participant dispose d'un droit de renonciation propre aux opérations d'assurance à distance (téléphone, télécopie, courrier, Internet ...), dans les conditions prévues par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité.

Il peut renoncer à son adhésion dans un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus, sans motif ni pénalité.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où il reçoit les documents d'adhésion, si cette dernière date est postérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Lorsque le membre participant souhaite mettre en œuvre son droit à renonciation, il doit en informer la Mutuelle par écrit. Il peut utiliser à cet effet le modèle de lettre ci-après et le renvoyer dûment complété et signé par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle :

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse complète du membre participant :

déclare faire usage de la faculté qui m'est accordée par l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité de

renoncer à mon adhésion au contrat n° et, en conséquence, vous prie de me rembourser les sommes versées à ce titre dans la limite des dispositions contractuelles.

À le / /

Signature du membre :

La Mutuelle rembourse au membre participant au plus tard dans les trente (30) jours suivant la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les sommes perçues en application du contrat. Au-delà du délai de trente jours (30), la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

ARTICLE 5 – BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES

5.1 – DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- Le membre participant
- Les ayants droit du membre participant

Les ayants droit du membre participant sont les personnes définies ci-après :

A - les conjoints, concubins et partenaires liés au membre participant par un pacte civil de solidarité ;

B - les enfants légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant et/ou des personnes définies au A, jusqu'à 25 ans, non mariés, ne vivant pas en concubinage, non chargés de famille ; ou jusqu'à 28 ans et justifiant de la poursuite de leurs études ou de leur inscription à Pôle emploi et à charge fiscalement ;

C - les enfants handicapés légitimes, naturels ou adoptifs du membre participant ou des personnes définies au A, titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, quel que soit leur âge, et à charge fiscalement ;

D - ascendants, descendants, collatéraux jusqu'au 3^{ème} degré ou alliés au même degré du membre participant, vivant sous le toit de celui-ci et se consacrant exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'enfants à la charge du membre participant.

ARTICLE 5.2 – PERSONNES RÉSIDANT À L'ÉTRANGER

Les personnes résidant à l'étranger ou dans les TOM ne peuvent pas adhérer à la Mutuelle s'ils ne sont pas couverts par le régime obligatoire, à l'exception des salariés expatriés couverts par la Caisse des Français de l'Étranger conformément aux dispositions de l'article L. 762-1 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 6 – ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES

Le membre participant et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

ARTICLE 7 – DROIT AUX PRESTATIONS

Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

ARTICLE 8 – LIMITATION

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

ARTICLE 9 – GARANTIES OPTIONNELLES

Si la garantie le prévoit, l'adhérent peut choisir de souscrire à des garanties optionnelles « renforts » pouvant être cumulables. Ces garanties optionnelles s'appliquent à l'ensemble des bénéficiaires.

Les garanties optionnelles, si elles sont souscrites au moment de l'adhésion, prennent effet en même temps que la garantie de base. Si elles sont souscrites ultérieurement, leur prise d'effet est fixée au 1^{er} janvier suivant la réception du bulletin modificatif signé sous réserve que la demande ait été effectuée au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent.

La souscription postérieure à l'adhésion à la garantie de base donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

ARTICLE 10 – MODIFICATION DE LA GARANTIE

Les modifications de garantie ne peuvent prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année. Elles doivent alors avoir été demandées au plus tard le 31 décembre de l'exercice précédent. Elles s'appliquent à tous les bénéficiaires de la garantie souscrite par le membre participant.

Toutefois, le changement peut intervenir en cours d'année sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'une modification ou d'une adaptation des garanties liée :

- à un changement de régime obligatoire,
- à des prestations légales perçues (par exemple : bénéfice ou perte de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire [CMU-C],

- à la situation familiale (vie en couple, séparation, naissance, adoption, ayants droit n'étant plus à charge, décès),
- à la cessation du contrat de travail du membre participant.

Il peut également être accepté, à titre dérogatoire, un changement de garantie en cours d'année demandé dans le cadre d'un dossier instruit par le fonds d'action sociale.

La modification doit être demandée au plus tard dans un délai de trois (3) mois suivant la date de l'événement, accompagnée d'un justificatif du changement de situation. Elle prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de l'avenant au bulletin d'adhésion ou du bulletin modificatif signé. La modification de garanties donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion ou d'un bulletin modificatif.

Ces dispositions s'appliquent à la modification des garanties optionnelles.

ARTICLE 11 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire.

Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements réalisés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations des bénéficiaires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Grâce aux accords passés avec la caisse de régime obligatoire (CPAM, MSA, RSI...), celle-ci crédite le compte bancaire ou de caisse d'épargne du membre participant ou, sur demande de ce dernier, de l'ayant droit, de son remboursement. La part complémentaire est remboursée directement au membre participant ou à sur demande de ce dernier, à l'ayant droit par virement ou par lettre chèque, à réception du décompte (A) ou de la télétransmission (B) et des factures des professionnels de santé.

A-Décompte : la caisse de régime obligatoire transmet au membre participant son décompte qu'il doit envoyer à la Mutuelle aux fins de remboursement.

B-Télétransmission (Noémie) : la caisse de régime obligatoire informe la Mutuelle du remboursement qu'elle vient de verser au membre participant et le signale à ce dernier par une mention portée sur le décompte.

Toute couverture de risques similaires à ceux garantis par le contrat du membre participant, souscrite auprès de quelque organisme que ce soit, devra obligatoirement être déclarée à la Mutuelle, à quelque moment qu'elle survienne.

La prise en charge des prestations par la Mutuelle respecte les règles des contrats responsables, notamment le dispositif de pratique tarifaire maîtrisée qui prévoit un encadrement du remboursement des dépassements d'honoraires

ARTICLE 11.1 – TIERS PAYANT

Le membre participant peut bénéficier du tiers payant. Ce dispositif permet au membre participant de ne pas avoir à réaliser d'avance de frais chez la plupart des professionnels de santé (pharmacies, hôpitaux, laboratoires, opticiens...) en fonction des accords passés avec la Mutuelle et du niveau de garantie mentionné sur sa carte de mutuelle.

Les professionnels de santé se font rembourser directement par la caisse de régime obligatoire du membre participant et par la Mutuelle.

Conformément à la réglementation relative aux contrats responsables, la Mutuelle permet à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant sur les prestations faisant l'objet de ces garanties, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité et en fonction de son niveau de garanties.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ou plus ouverts.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la Mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la Mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la Mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

ARTICLE 11.2 – LE RELEVÉ DE PRESTATIONS

La Mutuelle informe le membre participant des montants qui lui sont remboursés par l'envoi d'un relevé de prestations. Les informations sont regroupées et portent sur une période de trois (3) mois à partir du jour où la première prestation est réglée au membre participant. Le membre participant peut également consulter ses remboursements sur le site internet de la Mutuelle ou sur l'application mobile de la Mutuelle.

ARTICLE 11.3 – SOINS RÉALISÉS OU FACTURÉS À L'ÉTRANGER

Pour les prestations réalisées à l'étranger (actes, soins, séjours, honoraires, transports, locations ou achats de produits,...), la Mutuelle intervient en complément d'une prise en charge effective du

régime français de Sécurité sociale au titre des « soins à l'étranger ».

La Mutuelle peut intervenir également en complément d'un régime étranger de Sécurité sociale, soit dans le cadre de l'utilisation de la carte européenne d'assurance maladie, soit dans le cadre de conventions établies entre la France et les pays membres de l'Union Européenne (UE) ou hors UE.

La Mutuelle n'intervient pas sur des prestations facturées à l'étranger (actes, achats de produits à l'étranger ou par Internet,...) qui ont pour unique objet la mise en application de forfaits non soumis à prise en charge du régime obligatoire (forfait lentilles refusées, forfait analyses refusées, forfait dentaire non remboursé,...).

ARTICLE 11.4 – ACCIDENT

La Mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 12 consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun ou du travail.

À cet effet, le membre participant doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

Le membre participant couvert pour le même risque, par une autre Mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer la Mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que le membre participant puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

Le membre participant doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions.

La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze (15) jours après l'envoi de cette lettre.

Le membre participant doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord.

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la

Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'un organisme d'assurance.

ARTICLE 11.5 – RÈGLEMENT DES PRESTATIONS INDUES

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.

ARTICLE 12 – LES EXCLUSIONS

Conformément aux règles des «contrats responsables» fixées à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application, ne peuvent donner lieu à remboursement par la Mutuelle les dépenses suivantes :

- **la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité sociale, laissée à la charge des assurés notamment pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé (sauf hospitalisation) et pour tout acte de biologie médicale,**
- **les franchises médicales mentionnées à l'article L. 322-2 III du Code de la Sécurité sociale,**
- **la majoration du Ticket Modérateur prévue par l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription médicale du médecin traitant (exclusion totale ou partielle),**
- **les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pratiqués par les spécialistes hors parcours de soins coordonné et hors protocole de soins (exclusion totale ou partielle).**

En outre, à moins qu'ils ne soient pris en charge par le régime obligatoire du membre participant, ne sont pas garantis les remboursements d'actes, soins, hospitalisations, traitements, opérations ou autres découlant d'un événement caractérisant un cas de force majeure. Constitue un cas de force majeure tout événement imprévisible et irrésistible, cela comprend notamment : les faits de guerre civile ou étrangère, d'attentats, d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, d'interventions dans le cadre d'opérations internationales ; les effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation des noyaux de l'atome ou de radioactivité, ainsi

que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

Les exclusions s'appliquent à l'ensemble des contrats et ne sauraient faire obstacle aux règles des «contrats responsables».

CHAPITRE III : RÉSILIATION

ARTICLE 13 – LA RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT

ARTICLE 13.1 – RÉSILIATION ANNUELLE

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, la résiliation annuelle est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception. Elle ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année.

Aucune résiliation n'est donc possible en cours d'année, à l'exception de celles autorisées par le Code de la Mutualité ou le présent Règlement.

Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance et doit donc être expédiée au plus tard le 31 octobre de l'exercice. Elle s'applique à tous les bénéficiaires de la garantie.

La date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion est précisée sur chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours.

ARTICLE 13.2 – RÉSILIATION À TITRE EXCEPTIONNEL

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, si la garantie souscrite en prévoit.

Par ailleurs, en application de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité, il peut être mis fin, par chacune des parties, à l'adhésion, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité.

Il ne peut être mis fin à l'adhésion que si le risque est en relation directe avec la situation antérieure et ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande.

Le membre participant doit demander cette résiliation par lettre recommandée, en indiquant la nature et la date de l'événement invoqué, et communiquer à la Mutuelle les justificatifs de la nouvelle situation.

La Mutuelle rembourse au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il peut, par ailleurs, être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur selon les modalités prévues à l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale, impose son affiliation obligatoire à un autre organisme.

Dans ce cas, la démission du membre participant sera enregistrée et deviendra effective au premier jour du mois qui suit la réception de la lettre recommandée accompagnée de l'attestation de l'employeur.

Cette résiliation entraînera la radiation des bénéficiaires. Toutefois dans ce cas l'ayant droit peut être inscrit comme membre participant et bénéficiaire des mêmes garanties, sous réserve d'en faire la demande dans les (3) mois suivant la résiliation. Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion. L'adhésion de l'ayant droit inscrit comme membre participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion.

Les certificats de radiation sont délivrés par la Mutuelle dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la réception de la demande des membres participants à jour de leur cotisation qui ont manifesté le désir de quitter la Mutuelle dans le respect des règles prescrites. Pour les

résiliations admises en cours d'année par les statuts et le présent Règlement, le certificat de radiation est délivré dans les mêmes délais.

La résiliation en cours d'année est soumise à la restitution de la ou des cartes de mutuelle.

ARTICLE 13.3 – EXCLUSION DU MEMBRE PARTICIPANT

Conformément aux statuts de la Mutuelle, peut être exclu de la Mutuelle le membre participant dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la Mutuelle ou qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté. L'exclusion entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent Règlement, à compter de la date d'exclusion.

En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la Mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

Cette exclusion entraînera la radiation des bénéficiaires.

ARTICLE 13.4 – RADIATION D'UN AYANT DROIT

La radiation annuelle d'un ayant droit est signifiée par le membre participant à la Mutuelle. Elle ne peut prendre effet qu'au 1^{er} janvier de chaque année.

Elle est soumise au respect d'un préavis de deux (2) mois avant la date d'échéance.

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un ayant droit peut être radié en cours d'année pour les cas suivants :

- perte du bénéficiaire du régime obligatoire de l'ayant droit ;
- ayant droit bénéficiaire d'une ouverture de droits à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ou à l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ;
- adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire ;
- séparation entre l'ayant droit conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité et le membre participant (fournir une attestation sur l'honneur) ;
- divorce entre le conjoint ayant droit et le membre participant, ou lancement d'une procédure devant conduire au divorce (fournir une copie du livret de famille ou une attestation du greffe du tribunal, ou rupture du pacte civil de solidarité (fournir une attestation du greffe du tribunal ou attestation émanant d'un notaire) ;
- départ d'enfant majeur du foyer ;
- peine privative de liberté.

CHAPITRE IV : DISPOSITIONS CONCERNANT LES COTISATIONS

La radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit est signifiée par le membre participant à la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

La carte de mutuelle mentionnant le nom du ou des ayants droit doit être restituée ; une autre carte sera alors établie pour les ayants droit restant couverts.

La résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande, accompagnée des pièces justificatives. Elle ouvre droit au remboursement du prorata de cotisation réglé d'avance.

ARTICLE 14 – CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation, radiation ou exclusion.

Dès lors qu'il y a eu résiliation, radiation, ou exclusion aucune prestation ayant une date de soins égale ou postérieure à la date de fermeture des droits aux prestations de l'adhérent n'est prise en charge par la Mutuelle.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

En cas de décès, la radiation du membre participant ou de l'ayant droit décédé prend effet au premier jour suivant le décès. Un certificat de décès doit être fourni à la Mutuelle.

En cas de décès du membre participant, l'ayant droit peut être inscrit comme membre participant, et bénéficiaire des mêmes garanties, sous réserve d'en faire la demande dans les (3) mois suivant le décès. Cette couverture est soumise à la signature d'un bulletin d'adhésion.

L'adhésion de l'ayant droit inscrit comme membre participant prend effet au premier jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle, sauf si une autre date est expressément prévue au bulletin d'adhésion. Le bulletin d'adhésion précise la date d'effet de l'adhésion, qui ne peut être rétroactive, l'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature du bulletin d'adhésion.

ARTICLE 15 – RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE

La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions fixés par l'article 21 du présent Règlement.

ARTICLE 16 – STRUCTURE ET MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation est déterminé pour chaque bénéficiaire de la garantie.

Le montant peut varier :

- en fonction du régime obligatoire des bénéficiaires,
- du lieu de résidence des bénéficiaires,
- de la composition familiale et de l'âge des membres,
- de la durée d'appartenance des bénéficiaires à la Mutuelle.

La variation du montant de la cotisation due à l'âge des membres est faite annuellement au 1^{er} janvier. L'âge est calculé par différence de millésime.

La cotisation peut éventuellement être majorée, dans les limites et plafonds fixés par l'Assemblée générale de la Mutuelle, notamment de frais de gestion, d'acquisition, de fractionnement et/ou de télétransmission, ainsi que des taxes et contributions auxquelles doit se soumettre la Mutuelle.

En cas d'adhésion en cours d'exercice, la cotisation est calculée prorata temporis, l'adhésion prend effet dans les conditions prévues à l'article 3 du présent Règlement.

ARTICLE 17 – FIXATION DU MONTANT ET PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations est annuel.

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la Mutualité.

Le montant des cotisations est révisé chaque année en fonction de l'âge, du taux d'augmentation général fixé par le Conseil d'administration qui s'appuie notamment sur l'évolution des remboursements des régimes obligatoires, de l'évolution de la législation ou de la réglementation.

Les modifications apportées au montant des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

ARTICLE 18 – BÉNÉFICE CMU-C

Les bénéficiaires de la garantie auxquels il est octroyé une prise en charge de leurs cotisations au titre de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), conformément à l'article L. 863-1 du Code de la Sécurité sociale,

devront fournir à la Mutuelle le justificatif de leur caisse d'assurance maladie.

ARTICLE 19 – GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

ARTICLE 19.1 – GRATUITÉ DE COTISATION À PARTIR DU 3^{ÈME} ENFANT

Si la garantie le prévoit, la gratuité de cotisation concerne le 3^{ème} enfant de moins de vingt-cinq (25) ans, et les suivants, couvert(s) par le contrat du membre participant.

ARTICLE 19.2 – GRATUITÉ NOUVEAU-NÉ ET ENFANT ADOPTÉ

Si la garantie le prévoit, la naissance ou l'adoption d'un enfant ouvre droit à la gratuité de la cotisation de l'enfant pour une durée de douze (12) mois. Le bénéfice de cette gratuité est conditionné à l'inscription de l'enfant sur le contrat du membre participant dans les trois (3) mois qui suivent la naissance ou l'adoption de l'enfant, sous peine de forclusion.

ARTICLE 19.3 – GARANTIE « ASSISTANCE » ET « SERVICE AUX PERSONNES »

Si la garantie le prévoit, les membres participant et leurs ayants droit bénéficient de prestations « Assistance » et « Service aux personnes » décrites dans l'annexe dédiée à cette garantie « Assistance ».

ARTICLE 20 – PAIEMENT DES COTISATIONS

La cotisation est annuelle, payable mensuellement, semestriellement ou trimestriellement.

La date, le mode, le terme et la périodicité du paiement des cotisations sont définis au bulletin d'adhésion. Ils peuvent être modifiés sur demande écrite de la part du membre participant auprès de la mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.

Le paiement de la cotisation peut être fractionné. Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité. Le fractionnement peut entraîner des frais.

Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvements automatiques sur un compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne ouvert dans un établissement financier français. Le membre participant devra transmettre à la Mutuelle un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un relevé d'identité bancaire,

postal ou de caisse d'épargne. La première fraction devra être payée le jour de l'adhésion. Les autres fractions sont prélevées directement sur le compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne du membre participant.

Le membre participant, ayant opté pour un mode de paiement autre que le prélèvement automatique tel que le chèque, les cotisations sont exigibles :

- Au 1^{er} janvier : pour les règlements annuels,
- Au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet pour les règlements semestriels,
- Au 1^{er} janvier, au 1^{er} avril, au 1^{er} juillet et au 1^{er} octobre pour les règlements trimestriels.

Le paiement en espèces est autorisé uniquement sous la forme de mandat compte. Le membre participant ayant opté pour ce mode de paiement doit se rendre dans le bureau de Poste de son choix.

Incident de paiement

Cas du prélèvement automatique

- En cas de premier rejet d'un prélèvement pour un motif tel que « demande de prorogation » ou « compte insuffisamment provisionné », un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix (10) jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix (10) jours, le prélèvement rejeté est représenté le mois qui suit.

En cas de second rejet de prélèvement pour ces mêmes motifs, l'octroi de ce mode de paiement est supprimé et il sera imputé, le cas échéant, des frais relatifs au traitement des dossiers de rejets. Le paiement de la cotisation due devra être obligatoirement effectué par chèque avec périodicité trimestrielle.

- En cas de premier rejet de prélèvement pour tout autre motif, l'octroi de ce mode de paiement est supprimé et il pourra être imputé le cas échéant, des frais relatifs au traitement des dossiers de rejets. Le paiement de la cotisation due devra être obligatoirement effectué par chèque avec périodicité trimestrielle.

Cas du paiement par chèque

- En cas de rejet de chèque, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix (10) jours.

Dans tous les cas d'incident de paiement, la Mutuelle applique une procédure de recouvrement telle que définie à l'article 21 du présent Règlement. Dans ce cadre, il sera imputé au membre participant des frais de recouvrement tels que prévus à l'article L. 221-7 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 21 – DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente (30) jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante (40) jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la Mutuelle exigera le remboursement des prestations versées dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant les prestations indues et les frais de recouvrement (et de procédure).

CHAPITRE V : DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 – NULLITÉ EN CAS DE RÉTICENCE OU FAUSSE DÉCLARATION

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

ARTICLE 23 – RÉCLAMATIONS

Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser au service en charge des réclamations de la Mutuelle notamment par courrier à l'adresse suivante : 353 boulevard du Président Wilson CS 21645 33079 Bordeaux Cedex.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du Règlement mutualiste, le membre participant peut demander l'avis du médiateur de la Mutuelle.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un membre participant, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction, fondé(s) ou non. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

La Mutuelle dispose d'un délai de dix (10) jours à compter de la réception de la réclamation pour en accuser réception. Une réponse définitive sera apportée au membre participant dans un délai maximal de deux (2) mois à compter de la date de réception de sa réclamation.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails, fax) et portant sur des situations individuelles. Y compris les réclamations rédigées par le membre participant sur le formulaire spécifique qui sera mis à sa disposition (remise de la main à la main en agence ou envoi par la plate-forme).

Ce formulaire sera également disponible sur le site internet de la Mutuelle et pourra être téléchargé par le membre participant.

ARTICLE 24 – MÉDIATION

En cas de difficulté née de l'exécution ou de l'application du contrat et pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser directement à la Mutuelle en contactant le service en charge des réclamations - 353 boulevard du Président Wilson CS 21645 - 33079 Bordeaux Cedex, afin d'envisager une résolution du litige destinée à satisfaire les deux parties.

En cas de désaccord, et après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations

en vigueur au sein de la Mutuelle, le membre participant peut demander l'avis du médiateur en s'adressant à Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française - FNMF 255 rue de Vaugirard 75719 Paris Cedex 15, ou par mail à l'adresse : mediation@mutualite.fr

ARTICLE 25 – FORCLUSION

Les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être adressées à la Mutuelle dans un délai de vingt-quatre (24) mois à compter de la date des soins ou de facture.

ARTICLE 26– PRESCRIPTION

Toute action dérivant des opérations régies par le présent Règlement est prescrite par deux (2) 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, du fait du membre participant, 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 participant, du bénéficiaire 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 celle-ci visées aux articles 2240 et suivants du Code civil ;
- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution,
- acte d'exécution forcée,
- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 27 – SUBROGATION

Conformément aux dispositions de l'article L. 224-9 du Code de la Mutualité, la Mutuelle est subrogée à concurrence du montant des prestations qu'elle a versées dans les droits et actions des membres participants, et de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Cette disposition est applicable que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

La Mutuelle ne peut poursuivre le remboursement des dépenses qu'elle a exposé qu'à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales, au préjudice esthétique ou d'agrément, à moins que les prestations versées par la Mutuelle n'indemnisent ces éléments de préjudice.

En cas d'accident susceptible d'entraîner la mise en jeu des dispositions précédentes, le membre participant s'engage à informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de la survenance de cet accident. Le membre participant s'engage également à communiquer à la Mutuelle tous les documents et informations dont elle pourrait avoir besoin pour exercer son recours.

D'autre part, la Mutuelle est subrogée pour la récupération, auprès des organismes obligatoires, des parts légales avancées par elle pour le compte de ses membres participants et de leurs ayants droit par la pratique du tiers payant.

ARTICLE 28 – CONTRÔLE MÉDICAL ET TECHNIQUE

Le contrôle médical est assuré par les médecins consultants de la Mutuelle. Ils peuvent être en même temps conseils pour les caisses de Sécurité sociale.

Pour exercer ce contrôle, le médecin consultant s'entendra avec les praticiens et devra s'en tenir aux règles de la déontologie médicale. Les membres participants s'engagent expressément à ne faire aucun obstacle au double contrôle médical et technique.

ARTICLE 29 – INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, relative à l'informatique et aux libertés, le membre participant peut demander à tout moment communication et rectification des informations le concernant figurant sur les fichiers à l'usage de la Mutuelle, en s'adressant au siège de la Mutuelle.

Pour la réalisation de l'objet défini à l'article 1 du

présent Règlement, la Mutuelle peut mettre en œuvre un traitement de données personnelles permettant d'identifier, directement ou par recoupement, ses adhérents actuels ou potentiels. Ce traitement aura lieu uniquement sur le territoire français.

Ce traitement a été préalablement déclaré à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et répond aux caractéristiques ci-dessous :

a) Les données collectées seront uniquement utilisées pour la prospection des adhérents potentiels, la préparation et la gestion des adhésions (en particulier l'étude des besoins des adhérents et prospects, l'appréciation puis la surveillance du risque, la tarification, l'émission des contrats et documents comptables, les encaissements des primes ou cotisations, leur répartition éventuelle entre les co-assureurs, le commissionnement des intermédiaires...), le suivi des prestations de la Mutuelle (notamment la détermination et le paiement des indemnités et prestations et s'il y a lieu pour l'apéritif, leur collecte auprès des co-assureurs, l'exécution des dispositions prévues au contrat et l'exercice des recours...) ou à des fins statistiques.

b) L'accès à ces données personnelles est réservé aux services de la Mutuelle qui sont en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et des prestations, ainsi qu'aux adhérents ou bénéficiaires des prestations, organismes de sécurité sociale, organismes administratifs et judiciaires définis par la loi, et organes de contrôle de la Mutuelle.

c) Les données pourront faire l'objet d'un sous-traitement organisé par contrat, ce contrat devant comporter l'engagement du sous-traitant d'assurer la sécurité des données et de ne les traiter que conformément aux instructions de la Mutuelle.

d) La Mutuelle informera les adhérents lors de chaque collecte, du caractère obligatoire ou facultatif des informations demandées.

Il est rappelé que l'adhérent, de même que toute personne concernée par les données, peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant au siège de la Mutuelle. Le délai de réponse de la Mutuelle est fixé à deux (2) mois, conformément à l'article 94

du décret du 20 octobre 2005. Toute personne peut également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données la concernant.

ARTICLE 30 – FONDS D'ACTION SOCIALE

ARTICLE 30.1 – OBJET DU FONDS D'ACTION SOCIALE

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. Le règlement de fonctionnement du fond d'action sociale est disponible sur simple demande.

ARTICLE 30.2 – BÉNÉFICIAIRES DES AIDES

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

ARTICLE 30.3 – FINANCEMENT DU FONDS SOCIAL

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


ARTICLE 30.4 – NATURE DES AIDES

Les actions sociales concernent les domaines suivants :

- Les aides aux prestations sanitaires et sociales : soins ambulatoires (dentaire, optique, prothèses auditives, frais d'appareillage, hors nomenclature), hospitalisation (forfait journalier, dépassements chirurgicaux, chambre particulière), social (frais de transport, travaux d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, séances d'ergothérapie, matériel spécifique, aide à domicile, frais d'accompagnant, frais d'hébergement), divers (frais d'obsèques, autres).
- Les aides exceptionnelles répondant à des situations particulièrement graves vécues par les adhérents.

ARTICLE 31 – AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, située 61 rue Taitbout - 75436 - Paris Cedex 9.

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			CONDITIONS D'APPLICATION
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	AMO + AMC	
HOSPITALISATION				
Actes, soins, honoraires				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO*	80 ou 100 % BR*	120 ou 100 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	80 ou 100 % BR	100 ou 80 % BR	180 % BR	
Participation du patient	---	Frais réels	Frais réels	
Forfait journalier hospitalier	---	Frais réels	Frais réels	Forfait journalier hospitalier illimité dans les établissements de santé.
Séjours				
- Frais de séjour	80 ou 100 % BR	20 ou 0 % BR	100 % BR	
- Chambre particulière				
- Médecine, chirurgie, obstétrique illimitée	---	50 € / jour	50 € / jour	Limite de 90 jours par an en soins de suite et de réadaptation, en psychiatrie et en maisons d'enfants à caractère sanitaire.
- Soins de suite et de réadaptation	---	30 € / jour	30 € / jour	
- Psychiatrie	---	35 € / jour	35 € / jour	
- Maisons d'enfants à caractère sanitaire	---	35 € / jour	35 € / jour	
- Ambulatoire	---	20 € / jour	20 € / jour	
- Frais d'accompagnement	---	25 € / jour	25 € / jour	Montant par jour de médecine et chirurgie pour les bénéficiaires hospitalisés âgés de moins de 16 ans et de plus de 75 ans. Limite à 30 jours par an.
Assistance en cas d'hospitalisation ou chirurgie ambulatoire : aide à domicile, garde ou transfert des enfants ou des ascendants dépendants..	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
Assistance en cas de séjour prolongé en maternité, grossesse pathologique, naissance prématurée ou multiple : aide à domicile, garde des autres enfants, conduite à l'école..	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE				
Actes de prévention	---	OUI	OUI	Liste des actes disponible auprès de la Mutuelle
Cures thermales remboursées par l'AMO - honoraires médicaux de surveillance, soins thermaux et forfait hébergement	65 ou 70 % BR	35 ou 30 % BR + 110 €	100 % BR + 110 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Médecines complémentaires : ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, homéopathe, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute	---	25 € / séance 3 séances/an/ bénéficiaire	25 € / séance 3 séances/an/ bénéficiaire	 KALIXIA Ostéo : Rapport qualité/prix optimisé chez les ostéopathes partenaires
Pharmacie non remboursée par l'AMO				
- Contraception, préservatifs, tests de grossesse, sevrage tabagique, vaccins et médicaments du voyageur, éthylotests	---	50 €	50 €	Forfait par an et par bénéficiaire
- Vaccin anti-grippe	---	Frais réels	Frais réels	
SOINS COURANTS				
Honoraires médicaux				
- Consultations et visites - médecins généralistes et spécialistes				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Honoraires paramédicaux				
- Auxiliaires médicaux	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
Analyses, examens de laboratoire et actes d'imagerie				
- Analyses, examens de laboratoire	60 % BR	90 % BR	150 % BR	
- Actes d'imagerie				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	80 % BR	150 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	60 % BR	130 % BR	
Actes techniques et de chirurgie				
- Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	130 % BR	200 % BR	
- Médecins non signataires OPTAM/OPTAM-CO	70 % BR	110 % BR	180 % BR	
Médicaments				
- Médicaments à SMR* important	65 % BR	35 % BR	100 % BR	
- Médicaments à SMR modéré	30 % BR	70 % BR	100 % BR	
- Médicaments à SMR faible	15 % BR	85 % BR	100 % BR	
Matériel médical				
- Orthopédie, accessoires, appareillage, produits	60 ou 100 % BR	140 ou 100 % BR	200 % BR	
- Prothèses capillaires	60 ou 100 % BR	140 ou 100 % BR + 75 €	200 % BR + 75 €	Forfait par an et par bénéficiaire, sur présentation de la facture nominative.
Transport	65 % BR	35 % BR	100 % BR	

PRESTATIONS	REMBOURSEMENTS			CONDITIONS D'APPLICATION
	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO*) dans le parcours de soins	ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC*)	AMO + AMC	
AIDES AUDITIVES				
Aides auditives	60 % BR	140 % BR	200 % BR	KALIVIA : Économie moyenne de 500 € pour un double appareillage. Offre d'accessibilité : une aide auditive à moins de 700 € (offre PrimAudio). Dépistage et essais gratuits. kit d'entretien fourni, garantie panne 4 ans.
DENTAIRE				
Actes, soins dentaires	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Inlay-onlay	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Prothèses dentaires	70 % BR	150 % BR	220 % BR	
Inlay core	70 % BR	55 % BR	125 % BR	
Orthodontie remboursée par l'AMO	70 ou 100 % BR	130 ou 100 % BR	200 % BR	
Dentaire non remboursé par l'AMO				Forfait par an et par bénéficiaire
- Implantologie dentaire, orthodontie non remboursée par l'AMO	---	250 €	250 €	
- Parodontologie, prothèses transitoires ou non remboursées par l'AMO	---	100 €	100 €	
OPTIQUE				
Lunettes - Moins de 18 ans	2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an. Pour calculer le délai de 1 an, il faut tenir compte de la date d'achat de l'équipement ou du premier élément de l'équipement si achat dissocié.			
- Monture	60 % BR	40 €	60 % BR + 40 €	KALIVIA : Réduction de 20 % minimum sur les montures et économie moyenne de 40 % sur les verres. Offre d'accessibilité : un équipement à un tarif maîtrisé pouvant aller jusqu'au remboursement total ("offre Malin"). Remplacement en cas de casse, d'inadaptation ou de défaut.
- Verre unifocal - faible correction	60 % BR	30 €	60 % BR + 30 €	
- Verre unifocal - forte correction	60 % BR	90 €	60 % BR + 90 €	
- Verre progressif ou multifocal toutes corrections	60 % BR	90 €	60 % BR + 90 €	
Lunettes - 18 ans et plus	2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 2 ans. Période ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue. Pour calculer le délai de 1 an ou de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'achat de l'équipement ou du premier élément de l'équipement si achat dissocié.			
- Monture	60 % BR	40 €	60 % BR + 40 €	KALIVIA : Réduction de 20 % minimum sur les montures et économie moyenne de 40 % sur les verres. Offre d'accessibilité : un équipement à un tarif maîtrisé pouvant aller jusqu'au remboursement total ("offre Malin"). Remplacement en cas de casse, d'inadaptation ou de défaut.
- Verre unifocal - faible correction	60 % BR	40 €	60 % BR + 40 €	
- Verre unifocal - forte correction	60 % BR	90 €	60 % BR + 90 €	
- Verre multifocal ou progressif - faible correction	60 % BR	110 €	60 % BR + 110 €	
- Verre multifocal ou progressif - forte correction	60 % BR	120 €	60 % BR + 120 €	
Lentilles				KALIVIA : Économie moyenne de 30 % sur les lentilles.
- Lentilles remboursées par l'AMO	60 % BR	40 % BR	100 % BR	
- Forfait lentilles remboursées ou non remboursées par l'AMO	---	110 €	110 €	Forfait par an et par bénéficiaire
Chirurgie réfractive non remboursée par l'AMO	---	150 €	150 €	Forfait par an, par oeil et par bénéficiaire
SERVICES PLUS				
Assistance vie quotidienne : - Nounou hospitalisée : organisation de la garde des enfants et de la conduite à l'école - Hospitalisation de l'enfant : garde ou transfert des autres enfants, venue d'un proche pour garder les enfants - Aide à l'organisation des obsèques...	---	OUI	OUI	Se référer à la notice d'information assistance.
MEDECINDIRECT Consultation médicale à distance avec un médecin généraliste ou spécialiste inscrit au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) 24H/24 - 7J/7 : - Proposition d'un diagnostic médical. - Délivrance d'une ordonnance électronique selon les cas.	---	OUI	OUI	à vos côtés, où que vous soyez - depuis votre espace adhérent sur eovi-mcd.fr - depuis le site Internet www.medecindirect.fr - par téléphone au 09 74 59 39 37 (appel non surtaxé) Service 100% confidentiel et sécurisé
Accès aux ateliers prévention santé : les gestes qui sauvent, savoir secourir un enfant, marche nordique, qi-gong, nutrition	---	OUI	OUI	Ateliers proposés sur le territoire couvert par les agences Eovi Mcd mutuelle
Accès au Fonds d'action sociale	---	OUI	OUI	Se référer au règlement interne de la commission action sociale
AVANTAGES FAMILLE - Gratuité de la cotisation pendant 12 mois pour les nouveau-nés et enfants adoptés - Gratuité de la cotisation à partir du 3ème enfant	---	OUI	OUI	Se référer au Règlement Mutualiste

* AMO : Assurance Maladie Obligatoire / AMC : Assurance Maladie Complémentaire / BR : Base de Remboursement, tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant du remboursement. Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général / OPTAM : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée / OPTAM-CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgiens et Obstétriciens / SMR : le Service Médical Rendu d'un médicament détermine son taux de prise en charge par l'AMO.

Sauf mention contraire, la Mutuelle intervient sur les actes, produits, séjours remboursés par l'AMO. Voir autres conditions et limitations dans la partie "Informations complémentaires sur vos remboursements".



INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR VOS REMBOURSEMENTS (AU 01/01/2019)

Les taux de remboursement sont exprimés sur la base des taux applicables au régime général.

Sous réserve que votre garantie couvre la prestation décrite, vous trouverez ci-dessous des informations complémentaires de prise en charge en fonction des garanties choisies.

- ▶ Sauf mention contraire, les remboursements de la Mutuelle s'entendent dans la limite des Frais Réels (FR) engagés et par rapport au Tarif de Convention (TC) ou à la Base de Remboursement (BR) appliquée par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) au secteur conventionné.
- ▶ La Mutuelle prend en charge la participation forfaitaire pour certains actes médicaux lourds dont les actes médicaux, réalisés en hospitalisation et hors hospitalisation, affectés soit d'un coefficient égal ou supérieur à 60 soit d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.
- ▶ Toute évolution des règles de remboursement de l'AMO pourra entraîner des modifications des prestations de la Mutuelle.
- ▶ Toute minoration de remboursement de l'AMO résultant de la loi 2004-810 relative à l'Assurance Maladie (participation forfaitaire, majoration de participation...) ou de la loi de financement 2008 (franchise médicale) n'est pas prise en charge par la Mutuelle.
- ▶ Les dépassements d'honoraires liés au non-respect du parcours de soins ne sont pas pris en charge.
- ▶ Les soins pratiqués par des professionnels de santé non conventionnés sont pris en charge sur la base du tarif d'autorité.
- ▶ Sauf mention contraire pour les forfaits ou les plafonds, il faut entendre une prise en charge par année civile et par bénéficiaire.
- ▶ Depuis le 1er janvier 2017, deux options de pratiques tarifaires maîtrisées : Optam et Optam-CO (chirurgie et obstétrique) ont été mises en place à l'attention des médecins de secteur 2 (et à titre dérogatoire à certains médecins du secteur 1) afin d'encadrer les dépassements d'honoraires et permettre aux assurés d'être mieux remboursés dans le cadre des compléments santé "responsables". Pour savoir si le médecin pratique l'OPTAM/ OPTAM-CO : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

HOSPITALISATION

- ▶ Les frais de télévision et de téléphone ne sont pas pris en charge dans les garanties.
- ▶ **Chambre particulière Ambulatoire** : les suppléments facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas une nuit sont pris en charge au titre de la chambre particulière en ambulatoire.
- ▶ **Frais d'accompagnement** : par frais d'accompagnement dans le cadre d'une hospitalisation, il faut entendre :
 - Hébergement : sur présentation d'une facture nominative acquittée.
 - Repas : sur présentation d'une facture nominative et acquittée.
 - Transport : sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement.

Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes accompagnant le bénéficiaire des garanties hospitalisées. Les frais d'accompagnement sont remboursés au bénéficiaire des garanties hospitalisées.

OPTIQUE

- ▶ L'équipement ou la chirurgie font l'objet d'un remboursement sur présentation d'une ordonnance et d'une facture précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ On entend par "chirurgie réfractive" toute intervention de chirurgie sur les yeux permettant de corriger les défauts visuels (implant et laser).
- ▶ Le forfait lunettes et le forfait lentilles peuvent se cumuler.
- ▶ **Forfait lunettes moins de 18 ans** = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de 2 verres et 1 monture par période de prise en charge de 1 an.
- ▶ **Forfait lunettes 18 ans et plus** = frais d'acquisition engagés pour un équipement composé de 2 verres et 1 monture pour une période de prise en charge de 2 ans. Cette période est ramenée à 1 an en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.
- ▶ Évolution de la vue : changement de correction par rapport au dernier équipement pris en charge par l'AMO sur présentation d'un justificatif de l'ophtalmologiste ou de l'opticien.
- ▶ Pour calculer le délai de 1 an ou de 2 ans, il faut tenir compte de la date d'achat de l'équipement ou du premier élément de l'équipement si achat dissocié.
- ▶ Le niveau entre faible et forte correction est déterminé selon le code LPP du verre relevant de la nomenclature de la Sécurité sociale, comme suit :

MOINS DE 18 ANS

- **Verre unifocal, faible correction** : codes LPP = 2200393, 2242457, 2261874, 2270413.
- **Verre unifocal, forte correction** : codes LPP = 2206800, 2219381, 2238941, 2243304, 2243540, 2245036, 2248320, 2268385, 2273854, 2283953, 2291088, 2297441.
- **Verre multifocal ou progressif faible, forte correction** : codes LPP = 2202452, 2234239, 2238792, 2240671, 2259245, 2259660, 2264045, 2282221.

18 ANS ET PLUS

- **Verre unifocal, faible correction** : codes LPP = 2203240, 2226412, 2259966, 2287916.
- **Verre unifocal, forte correction** : codes LPP = 2212976, 2235776, 2252668, 2254868, 2263459, 2265330, 2280660, 2282793, 2284527, 2288519, 2295896, 2299523.
- **Verre multifocal ou progressif, faible correction** : codes LPP = 2227038, 2290396, 2291183, 2299180.
- **Verre multifocal ou progressif, forte correction** : codes LPP = 2202239, 2245384, 2252042, 2295198.
- ▶ Le forfait lentilles non remboursées par l'AMO ne s'applique pas pour des produits facturés à l'étranger (achat direct ou internet).

DENTAIRE

- ▶ Pour les actes non remboursés par l'AMO, ces dits actes doivent être inscrits à la classification commune des actes médicaux pour être pris en charge.


SOINS COURANTS


- ▶ **Le poste Prothèses capillaires** se compose d'un forfait supplémentaire qui fait l'objet d'un remboursement sur présentation d'une facture précisant le nom et prénom du bénéficiaire.
- ▶ **Le poste Orthopédie, accessoires, appareillage, produits** couvre des prestations issues de la Liste des Produits et Prestations (LPP) sauf les aides auditives et les prothèses capillaires qui font l'objet de postes distincts. Se retrouvent notamment dans ce poste les prestations cotées en AAD, AAR, MAC, MAD, PAN, OPT ou VEH par l'Assurance Maladie Obligatoire dont les cannes, les pansements, les solutions viscoélastiques, les bas de contention, l'apnée du sommeil, les prothèses mammaires, le lit médical, le fauteuil roulant ainsi que le matériel pour amblyopie.


PRÉVENTION - BIEN-ÊTRE

- ▶ **Les actes de médecine non remboursée par l'AMO** doivent satisfaire aux conditions suivantes :
 - ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, hypnothérapeute : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraires, effectués par des médecins, auxiliaires médicaux, ou professionnels justifiant d'un diplôme dans la spécialité considérée. La facture doit préciser le numéro d'agrément l'Agence Régionale de Santé (répertoire ADEL) ou le diplôme dans la spécialité.
 - acupuncteurs, homéopathes : prise en charge limitée aux actes non remboursés, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectués uniquement par des médecins.
- ▶ **Pharmacie non remboursée par l'AMO** : le poste pharmacie non remboursée se compose d'un forfait par an et par bénéficiaire qui fait l'objet d'un remboursement sur présentation de la facture de la pharmacie, précisant le nom et prénom du bénéficiaire.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS

	DENTAIRE	PROTHÈSE DENTAIRE REMBOURSÉE PAR L'AMO		ORTHODONTIE REMBOURSÉE PAR L'AMO	
	Dépenses réelles moyennes	500 €		600 € pour 6 mois	
	Base de remboursement (BR)	107,50 € ⁽¹⁾		193,50 € pour 6 mois	
	L'Assurance Maladie Obligatoire rembourse à	70 % BR	75,25 €	100 % BR	193,50 € pour 6 mois
	Remboursement AMO + Mutuelle ⁽²⁾	236,50 €		387 €	
	Reste à charge	263,50 €		213 €	

	OPTIQUE	LUNETTES ENFANTS ⁽³⁾	LUNETTES ADULTES ⁽⁴⁾		LENTILLES NON REMBOURSÉES PAR L'AMO
		MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCALUX FAIBLE CORRECTION	MONTURE ET 2 VERRES UNIFOCALUX FAIBLE CORRECTION	MONTURE ET 2 VERRES PROGRESSIFS FORTE CORRECTION	
	Dépenses réelles moyennes	255 €	340 €	700 €	120 €
	Base de remboursement (BR)	54,57 €	10,16 €	24,48 €	0 €
	L'Assurance Maladie Obligatoire rembourse à 60 % BR	32,74 €	6,10 €	14,69 €	0 €
	Remboursement AMO + Mutuelle ⁽²⁾	132,74 €	126,10 €	294,69 €	110 €
Reste à charge	122,26 €	213,90 €	405,31 €	10 €	

	SOINS COURANTS	CONSULTATION GÉNÉRALISTE ⁽⁵⁾	CONSULTATION SPÉCIALISTE ⁽⁵⁾
	Dépenses réelles moyennes	25 €	45 €*
	Base de remboursement (BR)	25 €	25 €
	L'Assurance Maladie Obligatoire rembourse à 70 % BR	16,50 €	16,50 €
	Remboursement AMO + Mutuelle ⁽²⁾	24 €	36,50 €
	Reste à charge ⁽⁶⁾	1 €	8,50 €

AVERTISSEMENT

Ces exemples sont donnés à titre indicatif. Les tarifs de remboursement sont calculés à titre d'exemple, pour un certain type d'acte.

Les bases de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire sont différentes selon la nomenclature indiquée sur votre feuille de soins ou devis des praticiens.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire - BR : Base de Remboursement

(1) Sous réserve de non évolution de la base de remboursement.

(2) Dans la limite de la dépense réelle.

(3) Prise en charge une fois par an pour les moins de 18 ans.

(4) Prise en charge une fois tous les 2 ans pour les plus de 18 ans, sauf en cas de renouvellement justifié par une évolution de la vue.

(5) Médecins signataires OPTAM/OPTAM-CO.

(6) Dont 1 € de participation forfaitaire à charge de l'assuré (article L.322-2 Code Sécurité sociale).

*Tarif de consultations des médecins spécialistes en accès direct autorisé si vous avez déclaré un médecin traitant (applicables au 1er janvier 2011).