

Règlement mutualiste individuel



MUTUELLES
DU PAYS-HAUT



LES MUTUELLES DES 3 FRONTIÈRES

SOMMAIRE

TITRE 1 : CONDITIONS D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

- Article 1.1 Modalités d'adhésion
- Article 1.2 Date d'effet et durée de l'adhésion
- Article 1.3 Délai de renonciation
- Article 1.4 Bénéficiaires des prestations
- Article 1.5 Ajout d'un ayant droit en cours d'adhésion
- Article 1.6 Obligations d'information

p. 5 à 9

TITRE 2 : DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES AUX TRAVAILLEURS NON SALARIES

- Article 2.1 Conditions d'adhésion à la mutuelle

p. 9 à 10

TITRE 3 : PRESTATIONS

- Article 3.1 Objet des garanties
- Article 3.2 Nature des prestations garanties
- Article 3.3 Contrat solidaire et responsable
- Article 3.4 Principe indemnitaire
- Article 3.5 Composition des gammes et conditions d'adhésion aux garanties
- Article 3.6 Conditions et modalités de modification des prestations
- Article 3.7 Ouverture des droits aux prestations
- Article 3.8 Cessation des droits
- Article 3.9 Exclusions
- Article 3.10 Étendue territoriale des prestations
- Article 3.11 Modalités de paiement des prestations
- Article 3.12 Tiers payant
- Article 3.13 Délai de paiement des prestations
- Article 3.14 Subrogation
- Article 3.15 Délai de prescription pour les remboursements
- Article 3.16 Délai de prescription pour les réclamations
- Article 3.17 Prestations indues
- Article 3.18 Action sociale

p. 10 à 27

TITRE 4 : COTISATIONS

- Article 4.1 Montant de la cotisation
- Article 4.2 Modalités de paiement des cotisations
- Article 4.3 Non paiement des cotisations
- Article 4.4 Remboursement de cotisation

p. 28 à 29

TITRE 5 : FIN DE L'ADHÉSION

- Article 5.1 Démission - radiation
- Article 5.2 Démission dérogatoire
- Article 5.3 Autres cas particuliers
- Article 5.4 Exclusion du membre participant
- Article 5.5 Renonciation

p. 30 à 32

TITRE 6 : DISPOSITIONS DIVERSES

- Article 6.1 Modification de formule de garantie
- Article 6.2 Carte d'adhérent
- Article 6.3 Prescription
- Article 6.4.1 Réclamations
- Article 6.4.2 Médiation
- Article 6.5 Autorité de contrôle
- Article 6.6 Protection des données à caractère personnel
- Article 6.7 Loi applicable

p. 32 à 37

OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement mutualiste définit les engagements réciproques entre :

- Les Mutuelles du Pays-Haut (ci-après « la mutuelle »), dont le siège social est à 54400 LONGWY – 10, avenue de Saintignon, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée à l'INSEE sous le numéro 783 303 209 et LEI N°96950099FIFIWLADZH02
- et ses membres participants, adhérents à titre individuel.

Il est approuvé et adopté par le conseil d'administration de la mutuelle et s'applique à l'ensemble des adhésions en cours et à toute nouvelle adhésion.

Tous les membres participants, également désignés « adhérents » dans le présent règlement, sont tenus de s'y conformer, au même titre que les statuts.

Modalités de modification du présent règlement :

Conformément aux dispositions prévues par le Code de la mutualité et les statuts de la mutuelle, le présent règlement peut être modifié par le conseil d'administration. Le règlement modifié s'appliquera dès qu'il sera porté à la connaissance des membres participants, par voie postale ou par voie électronique.

Information des membres participants :

Chaque membre participant reçoit un exemplaire du présent règlement mutualiste lors de son adhésion à la mutuelle, par voie postale ou électronique ; il en est de même lorsque celui-ci subit des modifications. La signature du contrat d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

Définition des opérations individuelles :

Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la mutuelle. À la date d'adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant et bénéficie des garanties du contrat mutualiste. La garantie effectivement souscrite par le membre participant figure sur le bulletin d'adhésion et est définie dans le présent règlement mutualiste.

01 Conditions d'adhésion à la mutuelle

Article 1.1 - Modalités d'adhésion

Conformément à l'article 8 des statuts de la mutuelle, toute personne physique de plus de 16 ans couverte par un régime obligatoire d'assurance maladie français peut adhérer à la mutuelle en qualité de membre participant. L'adhérent peut procéder à l'inscription d'ayants droit nommément désignés sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion à la mutuelle est constatée par la signature du bulletin d'adhésion, rempli avec précision et exactitude, et accompagné :

- de la photocopie de l'attestation du régime obligatoire de l'adhérent et de celle des éventuels ayants droit,
- d'un relevé d'identité bancaire (IBAN) ou postal,
- d'un mandat SEPA complété et signé dans le cas du règlement de la cotisation par prélèvement,
- de la copie d'une pièce d'identité délivrée par une autorité étatique, notamment :
 - carte nationale d'identité (recto / verso) ou passeport : en cours de validité ou périmée depuis moins de 5 ans à la date d'adhésion pour les personnes de nationalité française, en cours de validité pour les personnes étrangères,
 - carte de séjour ou carte de résident en cours de validité. Sous condition d'une validation préalable par le service conformité de la mutuelle, une copie de la confirmation de dépôt du renouvellement peut être acceptée,
 - permis de conduire (recto / verso),
- d'un justificatif de situation pour les enfants affiliés de 18 ans et plus,
- du règlement de la cotisation ou de la première fraction de cotisation par chèque bancaire ou carte bancaire,
- du règlement du droit d'adhésion dont le montant est défini par l'assemblée générale, conformément aux statuts de la mutuelle,
- du diagnostic conseil signé,
- le cas échéant, du certificat de radiation du précédent organisme complémentaire santé du membre participant, afin d'éviter les stades.

L'ensemble des documents est à retourner au siège de la mutuelle, à l'adresse suivante :

Mutuelles du Pays-Haut

10 Avenue de Saintignon CS 51418 54414 Longwy Cedex

Au préalable à l'enregistrement de l'adhésion, la mutuelle remettra au futur membre participant :

- une copie de son bulletin d'adhésion,
- le tableau descriptif de la garantie souscrite,
- le document d'information normalisé sur la garantie (fiche IPID),
- le règlement mutualiste,
- les statuts de la mutuelle,
- la notice d'information sur les garanties d'assistance.

01 Conditions d'adhésion à la mutuelle

Souscription en ligne :

L'adhésion à la mutuelle en ligne sur le site www.mutpio.fr est constatée par le fait de compléter le formulaire de devis en ligne, de valider l'option choisie et par la signature électronique du bulletin d'adhésion, dûment complété, et accompagné :

- de la photocopie de l'attestation du régime obligatoire de l'adhérent et de celle des éventuels ayants droit,
- d'un relevé d'identité bancaire (IBAN) ou postal,
- du mandat SEPA complété et signé électroniquement dans le cas du règlement de la cotisation par prélèvement,
- de la copie d'une pièce d'identité officielle (p.ex. recto/verso carte nationale d'identité, passeport, carte de séjour ou carte de résident en cours de validité) du membre participant : en cours de validité ou périmée depuis moins de 5 ans à la date d'adhésion pour les personnes de nationalité française, en cours de validité pour les personnes étrangères,
- d'un justificatif de situation pour les enfants affiliés de 18 ans et plus,
- du règlement de la cotisation ou de la première fraction de cotisation par carte bancaire,
- du règlement du droit d'adhésion dont le montant est défini par l'assemblée générale, conformément aux statuts de la mutuelle,
- du diagnostic conseil signé électroniquement,
- le cas échéant, du certificat de radiation du précédent organisme complémentaire santé du membre participant, afin d'éviter les stages.

L'ensemble de ces éléments sont envoyés de manière dématérialisée avec la demande d'adhésion en ligne.

Les documents contractuels sont envoyés directement sur le mail renseigné sur le bulletin d'adhésion et sont conservés sur un support durable à disposition de l'adhérent pour toute consultation ultérieure sur simple demande.

Article 1.2 - Date d'effet et durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet pour chaque membre participant ainsi que pour les ayants droit qui lui sont rattachés à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion.

En tout état de cause, la prise d'effet des garanties mentionnée dans le bulletin d'adhésion est subordonnée, d'une part, à la réception d'un dossier d'adhésion signé et complet comprenant l'ensemble des pièces justificatives demandées et d'autre part, au bon paiement de la première cotisation.

Tout acte d'adhésion est annuel.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction à la date anniversaire de l'adhésion, sauf dénonciation par le membre participant, dans les conditions du chapitre 5 du présent règlement.

Article 1.3 - Délai de renonciation

En application des dispositions légales, le membre participant peut renoncer à sa demande d'adhésion réalisée dans le cadre d'une vente à distance (y compris vente en ligne) ou d'un démarchage à son domicile, par lettre recommandée avec avis de réception, pendant un délai de quatorze jours à compter de la date d'effet de l'adhésion, en obtenant la restitution intégrale des cotisations versées. Il n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités. Cette faculté de renonciation n'est valable que dans le cas où le souscripteur n'a pas fait jouer la garantie ou celle de ses ayants droit.

Conditions applicables en cas de vente en ligne :

Conformément à l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, dans le cadre de la vente en ligne, le membre participant peut renoncer dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date d'effet de l'adhésion en envoyant une lettre recommandée avec AR à l'adresse du siège. La mutuelle rembourse le membre participant de toutes les sommes qu'elle a perçues au plus tard dans les trente jours à compter de la date de réception de la lettre de renonciation. Au-delà du délai de 30 jours la somme due est productive d'intérêts au taux légal en vigueur. Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat.

Conditions applicables en cas de vente à distance :

En cas de vente à distance dans les conditions de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, le membre participant est informé de la faculté qui lui est donnée de renoncer librement à son adhésion par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour où il reçoit les conditions d'adhésion et informations légales afférentes à sa garantie (cachet de la poste faisant foi). Il est toutefois précisé qu'il ne peut plus exercer ce droit à renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. L'exercice du droit de renonciation entraîne l'annulation rétroactive du contrat. En cas d'adhésion à plusieurs garanties auprès de plusieurs organismes, la renonciation doit être adressée à chacun des organismes offrant la ou les garanties dont le membre participant entend obtenir la résiliation.

Modèle de lettre de renonciation à adresser en lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle en cas de vente à distance / vente en ligne :

« Madame, Monsieur,

En application de l'article L. 221-18 du Code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties proposées dont les conditions d'adhésion et informations légales me sont parvenues en date du ... , le cachet de la poste faisant foi.

Veuillez agréer,..... / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

Conditions applicables en cas de démarchage à domicile :

En cas de démarchage à domicile, conformément à l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité, le membre participant dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la signature du bulletin d'adhésion pour renoncer à la souscription de ses garanties.

01 Conditions d'adhésion à la mutuelle

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, il sera prorogé au premier jour ouvrable suivant.

L'exercice de ce délai de renonciation s'effectuera, sous forme d'un courrier recommandé avec accusé de réception suivant le modèle ci-après.

Modèle de courrier de renonciation à adresser en lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle en cas de démarchage à domicile :

« *Madame, Monsieur,*

En application de l'article L. 221-18-1 du Code de la mutualité, je vous informe par le présent courrier user de ma faculté de renonciation aux garanties souscrites à mon domicile en date du...

Veuillez agréer,..... / Lieu – Date – Nom – Prénom – Signature »

Article 1.4 - Bénéficiaires des prestations

Sont bénéficiaires des prestations servies par la mutuelle :

- le membre participant,
- le conjoint du membre participant, non divorcé, non séparé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- le concubin ou le partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS) au membre participant, exerçant ou non une activité professionnelle, sur présentation d'un justificatif de la situation de concubinage ou de PACS,
- le /les enfant(s) légitime(s), naturel(s), reconnu(s) ou adoptif(s) à charge du membre participant et/ou de son conjoint,

et ayant fait acte d'adhésion à la mutuelle par la signature d'un bulletin d'adhésion par le membre participant, pour une durée de douze mois consécutifs au minimum, à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les bénéficiaires, « enfant(s) à charge », au sens du régime obligatoire, pourront être rattachés au contrat du membre participant :

- jusqu'à 21 ans révolus, s'ils sont sans ressources, sur présentation d'une attestation de situation délivrée par le Pôle Emploi.
- jusqu'à l'âge de 28 ans révolus s'ils poursuivent leurs études, une alternance ou un apprentissage, sur présentation tous les ans du certificat de scolarité.
- jusqu'à 30 ans, s'ils bénéficient de l'allocation adulte handicapé sur présentation d'un justificatif.

Article 1.5 - Ajout d'un ayant droit en cours d'adhésion

Pour l'affiliation d'un ayant droit en cours d'adhésion, la garantie prend effet au plus tôt au 1^{er} jour suivant la réception de la demande d'ajout complétée et signée (cachet de la poste faisant foi).

L'affiliation d'un nouveau-né est garantie dès le jour de sa naissance, dès lors que la demande d'inscription est adressée à la mutuelle dans les trois mois suivant la naissance.

Article 1.6 - Obligations d'information

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement de tout élément susceptible de modifier sa situation en cours d'adhésion (ou celle de ses ayants droit) ou d'influer sur la gestion de son dossier tel que :

- modification d'affiliation ou de régime à l'assurance maladie obligatoire,
- modification de situation d'un ayant droit,
- décès du membre participant ou d'un ayant droit,
- changement d'adresse,
- modification de coordonnées bancaires,
- modification de la prise en charge du régime d'assurance maladie obligatoire dans le cadre d'une affection longue durée (ALD), dans le cadre du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ou lorsqu'il est éligible au dispositif de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS).

De même, le membre participant ayant un ou plusieurs ayant(s) droit âgé(s) de 18 ans et plus, lycéens ou étudiants, s'engage à fournir à la mutuelle, entre le 1^{er} Septembre et le 30 novembre de l'année civile, un certificat de scolarité et l'attestation sécurité sociale. Le fait de ne pas justifier la situation de / des ayant(s) droit de plus de 18 ans dans le délai prévu ci-dessus engendre la radiation au 31 décembre de / des ayant(s) droit.

02 Dispositions spécifiques aux travailleurs non salariés

Article 2.1 - Conditions d'adhésion à la mutuelle

Pour devenir membre participant de la mutuelle en bénéficiant des avantages de la loi Madelin, la personne ayant le statut de non salarié doit préalablement :

- adhérer à l'Association de Prévoyance des Travailleurs Indépendants et payer la cotisation annuelle due à l'association (la cotisation étant réglée par la mutuelle),
- être à jour du versement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse. Tout justificatif de paiement des cotisations ouvrant droit aux avantages de la loi Madelin est remis sur simple demande à la mutuelle.

L'Association de Prévoyance des Travailleurs Indépendants a souscrit auprès de la mutuelle un contrat conforme aux dispositions de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 et à son décret d'application du 5 septembre 1994 concernant la retraite et la prévoyance des entrepreneurs individuels. À ce titre, les cotisations afférentes aux garanties frais de santé souscrites sont déductibles du bénéfice imposable. Pour cela le membre participant doit en faire la demande à l'adhésion.

Le cadre législatif de la loi Madelin implique que le membre participant acquitte lui-même ses cotisations. Lorsque celles-ci sont versées par un membre honoraire, les avantages procurés ne

02 Dispositions spécifiques aux travailleurs non salariés

sont plus applicables. Le présent règlement est émis sous toute réserve de modification dudit cadre législatif en application duquel le principe et les limites des avantages fiscaux sont définis.

Ce contrat s'adresse aux personnes exerçant une activité non salariée, non agricole, rémunérée, normale et effective dont le régime d'imposition relève de la catégorie des bénéficiaires non commerciaux ou des bénéficiaires industriels et commerciaux.

Le conjoint collaborateur d'un membre participant inscrit auprès de la mutuelle exerçant une profession libérale, intervenant lui aussi activement à l'activité professionnelle, et à ce titre mentionnée au Registre du Commerce ou des Métiers peut bénéficier des présentes garanties proposées par la mutuelle, s'il en fait la demande.

03 Prestations

Article 3.1 - Objet des garanties

Toutes les garanties santé proposées par la mutuelle ont pour vocation d'accorder aux membres participants et à leurs ayants droit une couverture complémentaire aux régimes d'assurance maladie obligatoire pour les dépenses liées à une maladie, une maternité ou un accident.

Article 3.2 - Nature des prestations garanties

La mutuelle rembourse en cas de maladie, d'accident ou de maternité les dépenses de santé médicalement prescrites à caractère thérapeutique, ayant fait l'objet d'un remboursement préalable au titre d'un régime obligatoire, sauf dispositions contraires figurant au tableau des garanties.

Les prestations sont basées sur la valeur du tarif de convention ou du tarif d'autorité ou toute autre participation fixée par la réglementation sécurité sociale en vigueur à la date des soins, déduction faite du remboursement du régime obligatoire.

Pour les actes, conventionnés ou non conventionnés, concernés par la nouvelle nomenclature CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux), les garanties exprimées en pourcentage du tarif de convention ou du tarif d'autorité, désignent des remboursements en pourcentage de la base de remboursement du régime obligatoire.

Les prestations accordées par la mutuelle sont les suivantes :

- remboursement partiel ou intégral du ticket modérateur en vigueur à la date des soins,
- remboursement partiel ou intégral du dépassement d'honoraires sur les actes pris en charge par la sécurité sociale,
- versement de prestations supplémentaires en euros.

Article 3.3 - Contrat solidaire et responsable

Issues de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application, du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/2019/116 du 29 mai 2019, toutes les garanties proposées par la mutuelle respectent l'ensemble des règles des « contrats solidaires et responsables » telles que définies aux articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la sécurité sociale. En conséquence, les garanties et les niveaux de remboursement sont automatiquement adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « contrats solidaires et responsables ».

En cas de contradiction entre les règles du contrat responsable et celles prévues par le présent règlement, les règles du contrat responsable prévaudront.

Prise en charge de la participation de l'assuré pour les soins de ville

Sous réserve des périodicités de prise en charge rappelées à l'article 3.11 du présent règlement, les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (couramment dénommés tarif de responsabilité ou tarif opposable) pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement au titre du ticket modérateur, figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé,
- les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65 %,
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R. 160-5 du Code de la sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge,
- les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100 % santé) ou non,
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale à prise en charge renforcée ou non,
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique,
- les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la sécurité sociale.

Par exception, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15 % ou à 30 % et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).

Prise en charge de la participation de l'assuré pour les frais d'hospitalisation

Les garanties des contrats responsables couvrent :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire de 24 euros, prévue au I de l'article R. 160-16 du Code de la

- sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD).

Prise en charge des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour les équipements du panier de soins 100 % santé

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100 % santé :

- en optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100 % santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire,
- en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100 % santé) fixés par la LPP,
- pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

Plafonnements de la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100 % du tarif opposable,
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-CO), en respectant une différence au moins égale à 20 % du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et couverts par une garantie du contrat.

Non prise en charge de la participation forfaitaire et de certaines franchises

La participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux par l'assurance maladie obligatoire visée à l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale (fixée à 1 € au 01/01/2005) ainsi que

la franchise forfaitaire annuelle prévue aux paragraphes II et III de l'article L. 322-2 du Code de la sécurité sociale et par le décret n° 2007-1937 du 26 décembre 2007 viennent en déduction du remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

En application de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, ces franchises ne sont pas remboursables par la mutuelle et restent à la charge de l'adhérent.

Prestations Hors Parcours de soins coordonnés

Lorsque l'adhérent reçoit des soins médicaux, sans avoir au préalable désigné de « médecin référent », ou sans passer par son « médecin référent » et à l'exception des cas prévus par la loi, l'assurance maladie obligatoire considère que l'adhérent ne respecte pas le « Parcours de soins coordonnés ». Dans ce cas, les honoraires et prescriptions concernés par ces soins peuvent faire l'objet d'une diminution de remboursement.

Ces diminutions de remboursement par l'assurance maladie obligatoire restent, de par la loi, à la charge exclusive de l'adhérent et ne peuvent être remboursées par la mutuelle. Les éventuels dépassements d'honoraires « hors parcours de soins » sont pris en charge par la mutuelle hors franchise appliquée par l'assurance maladie.

Actes de prévention pris en charge dans le cadre de la Loi du 13 août 2004

Dans le cadre de l'article L. 871-1 du Code de la sécurité sociale, toutes les prestations de prévention sont prises en charge à hauteur du ticket modérateur, ci-dessous la liste des sept prestations de prévention considérées comme prioritaires :

1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (SC8), sous réserve que l'acte soit effectué sur les première et deuxième molaires permanentes, qu'il n'intervienne qu'une fois par dent et qu'il soit réalisé en cas de risques carieux et avant le quatorzième anniversaire.
2. Détartrage annuel complet sus et sous gingival, effectué en deux séances maximum (SC12).
3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit, à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.
4. Dépistage de l'hépatite B.
5. Dépistage une fois tous les cinq ans de troubles de l'audition chez les personnes âgées de plus de 50 ans pour un des actes suivants : audiométrie tonale ou vocale, audiométrie tonale avec tympanométrie, audiométrie vocale dans le bruit, audiométrie tonale et vocale, audiométrie tonale et vocale avec tympanométrie.
6. Acte d'ostéodensitométrie, remboursable par l'assurance maladie chez les femmes de plus de 50 ans, une fois tous les six ans.
7. Les vaccinations suivantes, seules ou combinées : diphtérie, tétanos, et poliomyélite (tous âges) coqueluche (avant 14 ans), hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole pour les adolescentes qui n'ont pas été vaccinées et pour les femmes non immunisées désirant un enfant, haemophilus influenzae B, vaccination contre les infections invasives à pneumocoques pour les enfants de moins de 18 mois.

Article 3.4 - Principe indemnitaire

Conformément à l'article L. 224-8 du Code de la mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins de santé ont un caractère indemnitaire. En aucun cas les prestations garanties par la mutuelle ne peuvent excéder le montant des frais à la charge du membre participant, après remboursements de toute nature auxquels il a droit.

À ce titre, si l'adhérent effectue des demandes de remboursement auprès d'autres organismes pour un même soin, il doit obligatoirement en informer la mutuelle.

Article 3.5 - Composition des gammes et conditions d'adhésion aux garanties

La mutuelle propose à ses membres participants différentes gammes de garanties santé, ouvertes à la souscription selon les modalités définies pour chaque garantie. Le descriptif des remboursements de la garantie souscrite est annexé au bulletin d'adhésion.

⇒ Garanties Minimut, Énergie et Tonus :

La garantie peut être souscrite dans le cadre d'une adhésion individuelle ou familiale. L'adhésion n'est soumise à aucun délai de carence (sous réserve de fournir un certificat de radiation sans interruption) ni aucune sélection médicale ou exclusion liée à une pathologie antérieure à sa date d'effet. Les garanties Minimut, Énergie, Tonus sont accessibles aux personnes affiliées à un régime obligatoire. Les ayants droit du membre participant, au sens du régime obligatoire et mentionnés sur le bulletin d'adhésion, sont bénéficiaires de la garantie souscrite par le membre participant.

⇒ Garanties Optys et Harmony :

Ces garanties peuvent être souscrites dans le cadre d'une adhésion individuelle. L'adhésion n'est soumise à aucun délai de carence (sous réserve de fournir un certificat de radiation sans interruption) ni aucune sélection médicale ou exclusion liée à une pathologie antérieure à sa date d'effet. La garantie Optys est uniquement proposée aux personnes affiliées à un régime obligatoire.

STAGES (délai de carence) POUR TOUT CONTRAT

Pour un âge à l'adhésion inférieur à 65 ans : un stage de 3 mois sera appliqué pour optique/lentilles, prothèse dentaire/orthodontie/parodontologie et chambre particulière.

Pour un âge à l'adhésion de 65 ans et plus : un stage de 6 mois sera appliqué pour optique/lentilles, prothèse dentaire/orthodontie/parodontologie et chambre particulière.

Annulation des stages sur présentation d'un certificat détaillé d'une précédente couverture (sans interruption).

Il n'y a aucun délai de stage pour :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, la participation forfaitaire de 24 €, les consultations et actes externes des établissements de santé,
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du Code de la sécurité

sociale (forfait journalier facturé par les établissements de santé, à l'exclusion de celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes),

- les équipements et actes relevant du panier 100 % Santé.

Pour toutes les garanties, le membre participant doit être âgé de plus de 16 ans lors de son adhésion.

Article 3.6 - Conditions et modalités de modification des prestations

Conformément aux statuts, les montants, les taux de cotisations ou les prestations offertes peuvent être modifiés sur décision du conseil d'administration et dans le respect des règles générales énoncées par l'assemblée générale pour les opérations individuelles mentionnées au II de l'article 221-2 du Code de la mutualité.

Article 3.7 - Ouverture des droits aux prestations

À compter de la date d'effet de l'adhésion, tous les actes, décrits dans le tableau descriptif de la garantie, dont la date de référence est postérieure à l'adhésion, sont remboursables :

- pour tous les actes faisant l'objet d'un décompte du régime obligatoire, la date de référence sera la date de soins mentionnée sur ce décompte.
- pour les actes qui ne font pas l'objet d'un décompte du régime obligatoire, les prestations ne sont versées que lorsque la date de facture se situe après la date d'effet de l'adhésion. La date de délivrance est prise en compte dans le cadre d'un renouvellement (pharmacie, lentilles, etc.)
- pour les actes qui ne font pas l'objet d'une prescription médicale, les prestations ne sont versées que si la date de soins ou d'achat se situe après la date d'effet de l'adhésion.

Pour les personnes en cours d'hospitalisation à la date de l'adhésion à la mutuelle, les frais liés à l'hospitalisation en cours doivent être pris en charge par l'organisme assureur auprès duquel les personnes sont couvertes au premier jour de l'hospitalisation (principe du fait générateur de la garantie).

Les travaux de prothèses dentaires engagés avant la date d'effet de l'adhésion à la mutuelle sont pris en charge à partir de la date des soins indiqués par la sécurité sociale, qui devra être postérieure à l'adhésion.

Article 3.8 - Cessation des droits

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la radiation du membre participant ou de l'un de ses ayants droit, sauf les prestations pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Article 3.9 - Exclusions

Sont exclus des garanties tous les actes :

- non remboursés par le régime obligatoire, sauf indication contraire au tableau descriptif de la garantie,
- engagés au titre de long séjour dans les services gériatriques, maison de retraite, établissements médico-sociaux, MAS et EHPAD.

Article 3.10 - Étendue territoriale des prestations

Les prestations réglées sont celles émanant de soins délivrés sur le territoire national.

Pour les soins à l'étranger, ils doivent être obligatoirement pris en charge par le régime obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit pour donner lieu à un remboursement complémentaire par la mutuelle, sauf dans le cas des prestations non soumises à un remboursement du régime obligatoire et entrant dans le cadre des forfaits (dans ce cas l'absence de base de remboursement du régime obligatoire dispense la mutuelle de verser le ticket modérateur reconstitué).

Pour les pays ayant passé une convention de réciprocité avec la sécurité sociale française (carte européenne d'assurance maladie), la mutuelle rembourse sur la base des prestations prévues dans la garantie souscrite et sur présentation de la facture acquittée, note d'honoraires et décompte du régime obligatoire.

Article 3.11 - Modalités de paiement des prestations

Pour pouvoir percevoir ses prestations, le membre participant ne doit pas faire l'objet d'une suspension de ses droits.

Les actes médicaux dont la date est antérieure à celle de l'ouverture des droits ne peuvent donner lieu à remboursement.

Le règlement des prestations par la mutuelle est effectué par virement sur le compte bancaire ou postal du membre participant titulaire de l'IBAN fourni lors de l'adhésion à la mutuelle. Le membre participant est informé périodiquement des prestations versées par l'envoi (voie postale ou voie électronique) d'un décompte récapitulatif. Il lui appartient de vérifier que les remboursements ont été effectués.

Dans le cadre d'une incohérence entre la déclaration du régime obligatoire à la mutuelle et le flux sécurité sociale, notamment sur le régime général et local, les prestations sont bloquées jusqu'à ce que l'adhérent fournisse une attestation de sécurité sociale correspondant à son régime obligatoire.

⇒ Pièces justificatives

Pour obtenir le versement des prestations, le membre participant devra fournir à la mutuelle

les décomptes des règlements du régime obligatoire d'assurance maladie lorsque la relation directe avec l'organisme gestionnaire du régime d'assurance maladie obligatoire et la mutuelle ne s'effectue pas (envoi informatique de l'image reflet des décomptes), sauf renonciation du membre participant.

- Ces décomptes devront être obligatoirement accompagnés des factures nominatives détaillées et acquittées suivantes :

- des frais d'optique (monture, verres, lentilles remboursées par le régime obligatoire),
- des prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire,
- traitement d'orthodontie remboursé par le régime obligatoire,
- cures thermales (factures des thermes, hébergement et transport),
- soins à l'étranger,
- appareillage auditif.

- Le membre participant devra également fournir les justificatifs nécessaires au remboursement de certains actes tels que :

- factures acquittées justifiant le règlement du ticket modérateur par l'assuré,
- avis des sommes à payer et attestation de paiement des établissements hospitaliers,
- factures ou notes d'honoraires nominatives acquittées et détaillées (nom, prénom, date des soins) des praticiens pour les actes non remboursés et pouvant être pris en charge dans le cadre de certaines garanties (parodontologie, implantologie, dépassement d'honoraires, médecines douces, lentilles non remboursées par le régime obligatoire, prothèses dentaires non remboursées par le régime obligatoire, pharmacie prescrite non remboursable (selon liste), chirurgie correctrice de l'œil, podologie...),
- prescription médicale.

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier de prestations pourra être demandé par la mutuelle.

Les clauses ci-après décrivent les conditions de versement des prestations selon la nature des soins. Tous les forfaits sont versés par bénéficiaire et par année civile (sauf indication sur le tableau des garanties souscrites), selon les montants prévus dans la garantie souscrite et dans la limite de la dépense réelle engagée.

⇒ Soins courants :

La mutuelle prend en charge systématiquement le ticket modérateur sans délai de stage.

Honoraires médicaux et paramédicaux :

La mutuelle prend en charge systématiquement le ticket modérateur.

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les dépassements d'honoraires médicaux et paramédicaux sont pris en charge par la mutuelle sur présentation de la facture ou note d'honoraires nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie

03 Prestations

et avec une différenciation et un plafonnement de remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

Cures thermales acceptées par le régime obligatoire :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, la mutuelle verse un forfait pour la cure thermale dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

Il couvre le forfait thermal, le transport, l'hébergement et les consultations obligatoires relatives à la cure. Il est versé sur présentation obligatoire des factures acquittées des thermes, d'hébergement et d'une attestation de transport relatant les frais kilométriques, dans la limite de la dépense réelle.

Médecines douces à caractère médicale :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les médecines douces à caractère médical sont prises en charge sur présentation de la facture nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées dans le tableau descriptif de la garantie et selon liste.

La prestation concerne les consultations ne faisant l'objet d'aucun remboursement du régime obligatoire pour les spécialités suivantes : acupuncture, bilan neuropsychologique pour enfant, biokinergie, chiropractie, cryothérapie, diététique, ergothérapie, étiopathie, hypnose, kiné méthode chaînes physiologiques de Busquet et méthode Mézières, luminothérapie (en milieu médical uniquement), mésothérapie médicale, microkinésie, neuropsychologie, ondes de choc radiales, orthopractie, ostéopathie, posturologie, psychologie, psychothérapie EMDR, effectués par un professionnel de santé diplômé. Ce dernier devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union Européenne), de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

Soins de podologie-pédicurie :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les soins de podologie-pédicurie sont pris en charge sur présentation de la facture nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées dans le tableau descriptif de la garantie.

La prestation concerne les soins ne faisant l'objet d'aucun remboursement du régime obligatoire et doivent être, effectués par un professionnel de santé diplômé. Ce dernier devra nécessairement faire état sur sa facture, de son diplôme d'état/diplôme interuniversitaire (ou titre de formation pour les ressortissants de l'Union Européenne), de son appartenance à un syndicat professionnel/association professionnelle reconnue ou son numéro Répertoire Professionnel des Professions de Santé (RPPS) ou ADELI.

⇒ Pharmacie :

La mutuelle prend en charge systématiquement le ticket modérateur.

Médicaments prescrits et non remboursés par le régime obligatoire :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les médicaments prescrits et non rem-

boursés par le régime obligatoire sont pris en charge sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées dans le tableau descriptif de la garantie et selon liste.

Produits dermatologiques non remboursés par le régime obligatoire :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les produits dermatologiques non remboursés par le régime obligatoire sont pris en charge sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées dans le tableau descriptif de la garantie. Les produits à caractère esthétique sont exclus de cette prestation.

⇒ Hospitalisation :

Forfait journalier hospitalier et psychiatrie :

Le forfait journalier en hôpital et en service psychiatrique est remboursé aux frais réels sans limitation de durée.

Le forfait journalier hospitalier n'est pas remboursé dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisées, les ateliers thérapeutiques, les instituts ou centres médicaux à caractère éducatifs, psychopédagogiques et professionnels, les centres de rééducation professionnelle.

Frais de séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale :

La mutuelle prend en charge le ticket modérateur des frais de séjour en hospitalisation médicale ou chirurgicale remboursable par le régime obligatoire.

Honoraires médicaux hospitaliers et ambulatoires :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les dépassements d'honoraires médicaux hospitaliers et ambulatoires sont pris en charge par la mutuelle sur présentation de la facture ou note d'honoraires nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie et avec une différenciation et un plafonnement de remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM) ou à l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique (OPTAM-CO).

Participation forfaitaire sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € :

La mutuelle prend en charge la participation forfaitaire sur les actes dont le tarif est supérieur ou égal à 120 € ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 60.

Chambre particulière :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les dépenses liées à la chambre particulière sont prises en charge sur présentation de la facture nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées dans le tableau descriptif de la garantie.

La chambre particulière n'est pas remboursable dans les établissements pour personnes âgées, les Maisons d'Accueil Spécialisées, les ateliers thérapeutiques, les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, les centres de rééducation professionnelle.

03 Prestations

Frais d'accompagnement (enfant de moins de 12 ans ou personne de plus de 12 ans) :

En cas d'adhésion à une garantie couvrant la prestation, les frais d'accompagnement sont pris en charge par la mutuelle sur présentation de la facture nominative, détaillée et acquittée dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

Établissement non conventionnés :

En cas d'hospitalisation dans un établissement non conventionné, la mutuelle rembourse, pour le séjour proprement dit, le ticket modérateur sur la base du tarif d'autorité.

⇒ Optique :

Monture et verre :

Équipement 100 % santé de classe A :

Les équipements (monture et verres) du panier 100 % santé de classe A sont pris en charge dans la limite des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale.

Équipement à tarif libre de classe B :

Les prestations sont versées spécifiquement par monture et par verre dans la limite de la garantie souscrite.

> Lorsque l'adhérent fait un achat dissocié avec panachage des composantes de classe A et de classe B, la prise en charge s'effectue dans la limite des garanties par composante et par classe, A ou B.

Renouvellement des équipements 100 % santé de classe A ou des équipements à tarif libre de classe B :

La prise en charge des équipements de classe A et de classe B est limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- tous les deux ans pour les adhérents âgés de 16 ans et plus,
- tous les ans pour les adhérents de moins de 16 ans,
- tous les six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur, à compter de la date d'acquisition de l'équipement (verres et/ou monture).

Par dérogation, la période peut être réduite dans les cas et les délais suivants sur présentation d'une nouvelle prescription médicale :

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans
Renouvellement anticipé en cas de d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement obligatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + 1 monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délais pour 2 verres
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> • Variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres, • Variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin, • Somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie pour une verre, en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin, • Variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie, • Variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries, • Variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation de l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.
Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délais de renouvellement des verres	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique :	
	<ul style="list-style-type: none"> • glaucome, • hypertension intraoculaire isolée, • DMILA et atteintes maculaires évolutives, • rétinopathie diabétique, • opération de la cataracte datant de moins de 1 an, • cataracte évolutive à composante réfractive, • tumeurs oculaires et palpébrales, • antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois, • antécédents de traumatisme de l'oeil sévère datant de moins de 1 an, • greffe de cornée datant de moins de 1 an, • kératocône évolutif, • kératopathies évolutives, • dystrophie cornéenne, • amblyopie, • diplopie récente ou évolutive, • troubles de réfraction associés à une pathologie générale diabète, • maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante), • hypertension artérielle mal contrôlée, • sida, • affections neurologiques à composante oculaire, • cancers primitifs de l'oeil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique, • troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours corticoïdes, • antipaludéens de synthèse, • tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	
Constatation de l'évolution de la réfraction.	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

Lorsque le membre participant acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

Pour les membres participants présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties des contrats peuvent couvrir une prise en charge de deux équipements, sur la période correspondant à son cas, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. Les règles de couverture sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement...).

03 Prestations

Les prestations optiques sont versées, dans la limite de la dépense réelle, sur présentation obligatoire de la facture nominative, détaillée et acquittée de l'opticien et du décompte de remboursement du régime obligatoire. Une copie de la prescription médicale sera demandée lors du premier remboursement et lors d'un changement de correction.

La prescription est valable :

- 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans,
- 5 ans pour les patients âgés de 16 à 42 ans,
- 3 ans pour les patients âgés de plus de 42 ans.

Suppléments :

Les prestations d'appairage, d'adaptation et les suppléments pour verre avec filtre sont pris en charge sur présentation de facture acquittée dans la limite des prix limites de vente pour les verres de classe A, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et dans la limite du ticket modérateur pour les verres de classe B.

Autres prestations optiques :

Lentilles :

Le forfait lentilles est versé sur présentation obligatoire de la facture nominative, détaillée et acquittée de l'opticien. Une copie de la prescription médicale sera demandée lors du premier remboursement et lors d'un changement de correction.

La prescription est valable :

- 1 an pour les patients âgés de moins de 16 ans,
- 3 ans pour les patients âgés de plus de 16 ans.

Chirurgie réfractive :

La participation aux dépenses de chirurgie correctrice de l'œil, est prise en charge par la mutuelle dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie, sur présentation de la facture nominative, détaillée et acquittée et dans la limite de la dépense réelle.

⇒ Frais dentaires :

Le remboursement par la mutuelle des frais dentaires est effectué, dans la limite de la dépense réelle, sur présentation de la facture détaillée et acquittée et du décompte de remboursement du régime obligatoire.

Soins et prothèses :

Soins et prothèses 100 % santé :

Les prestations relevant du 100 % santé telles que définies réglementairement sont prises en charge dans la limite des honoraires limites de facturation.

Soins et prothèses à tarif maîtrisé :

Les prestations sont prises en charge dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie et dans la limite des honoraires limites de facturation.

Soins et prothèses à tarif libre :

Les prestations sont prises en charge dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

Plafond pour les prothèses fixes à tarif maîtrisé et à tarif libre :

Les remboursements cumulés des prothèses fixes à tarif maîtrisé et à tarif libre sont plafonnés au montant indiqué sur le tableau de garanties par année civile et par bénéficiaire. Au-delà du plafond, la prestation est limitée au ticket modérateur.

Complément sur soins et prothèses fixes à tarif libre :

Les traitements prothétiques ou soins non remboursés par le régime obligatoire peuvent être pris en charge par la mutuelle sur présentation de la facture acquittée du chirurgien-dentiste, dans la limite de la garantie souscrite et selon liste. Le cumul des divers remboursements obtenus par le bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

Autres soins dentaires :

Soins et traitement d'orthodontie pris en charge par le régime obligatoire :

La prestation est versée, pour les mineurs de moins de 16 ans, par semestre et sur présentation du décompte du régime obligatoire et de la facture détaillée et acquittée de l'orthodontiste, dans la limite de la dépense réelle.

Parodontologie, orthodontie adulte non pris en charge par le régime obligatoire :

La prestation est remboursée sur présentation de la facture détaillée et acquittée du professionnel de santé au montant indiqué au tableau descriptif de la garantie, exprimé par année civile et par bénéficiaire et dans la limite de la dépense réelle.

Implantologie :

La prestation est remboursée sur présentation de la facture détaillée et acquittée du professionnel de santé au montant indiqué au tableau descriptif de la garantie, exprimé par année civile et par bénéficiaire et dans la limite de la dépense réelle.

Plafond pour complément sur soins et prothèses, parodontologie ou orthodontie adulte :

Les remboursements cumulés des compléments sur soins et prothèses, parodontologie ou orthodontie adulte sont plafonnés au montant indiqué sur le tableau de garanties par année civile et par bénéficiaire.

⇒ Audioprothèses :

Aides auditives :

Aides auditives 100 % santé de classe I :

Les aides auditives 100 % santé de classe I sont pris en charge dans la limite des prix limites de vente fixés par la liste des produits et prestations (LPP).

Aides auditives à tarif libre de classe II :

La prestation est prise en charge dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

03 Prestations

Renouvellement des aides auditives 100 % santé de classe I ou des aides auditives à tarif libre de classe II :

La prise en charge est limitée à l'acquisition d'une aide auditive par oreille tous les quatre ans. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des appareils correspondant à chaque oreille.

Le remboursement par la mutuelle des frais liés aux aides auditives est effectué, dans la limite de la dépense réelle, sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée et du décompte de remboursement du régime obligatoire.

Entretien et accessoires :

L'adaptation de l'aide auditive est réalisée par l'audioprothésiste pendant 4 ans, à raison d'au moins une séance tous les 6 mois au-delà de la première année. Lors de ces séances, l'audioprothésiste vérifie l'efficacité de l'aide auditive, effectue les réglages et l'entretien nécessaires.

Les accessoires sont pris en charge dans la limite des prestations indiquées au tableau de garanties.

⇒ **Appareillage :**

Grand appareillage :

Les grands appareillages (exemple : fauteuil roulant) peuvent faire l'objet d'une indemnité sur dossier soumis à un accord de la commission du fonds social de la mutuelle.

Petit appareillage :

La prestation concerne les orthèses sur mesure, les autres accessoires de traitement à domicile, les matériels et accessoires de contention, les prothèses (hors dentaire et appareillage auditif) et est remboursée sur présentation de la facture nominative, détaillée et acquittée du professionnel de santé dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

⇒ **Prévention :**

Actes de prévention remboursés par le régime obligatoire :

La mutuelle prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursable par le régime obligatoire.

Vaccin antigrippe :

Le vaccin antigrippe est pris en charge par la mutuelle une fois par an et par bénéficiaire, sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée.

Sevrage tabagique non remboursé par le régime obligatoire :

Les prestations de sevrage tabagique incluent les procédés pharmaceutiques non remboursés par le régime obligatoire. Ils sont pris en charge par la mutuelle sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée du professionnel de santé dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

Contraception féminine non remboursée par le régime obligatoire :

Les prestations de contraception féminine non remboursées par le régime obligatoire sont pris en charge par la mutuelle sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée du professionnel de santé dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

Holter tensionnel :

La mesure ambulatoire de la pression artérielle est prise en charge par la mutuelle sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée du professionnel de santé dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

Ostéodensitométrie osseuse :

La mutuelle prend en charge le ticket modérateur de l'examen d'ostéodensitométrie osseuse remboursable par le régime obligatoire.

L'ostéodensitométrie osseuse non remboursée par le régime obligatoire est prise en charge par la mutuelle sur présentation de la prescription médicale, de la facture nominative, détaillée et acquittée du professionnel de santé dans les limites indiquées au tableau descriptif de la garantie.

⇒ Assistance :

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de prestations assistance souscrites auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro 444 269 682 et dont le siège social se situe 46 rue du Moulin – 44120 VERTOU).

Conformément à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, l'adhésion à cette garantie est obligatoire et une cotisation est due au titre de cette garantie induite.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent préalablement à son adhésion. Ces garanties sont révisables annuellement et ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 3.12 - Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la mutuelle a signé des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé. La mutuelle assure ainsi directement auprès des prestataires de soins, dans la limite des garanties souscrites et uniquement dans le cadre du respect du parcours de soins, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit. En cas de radiation, l'adhérent s'engage à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance de frais. Si le membre participant utilise sa carte de tiers payant alors que son adhésion est suspendue ou résiliée, il est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes payées à tort par la mutuelle au professionnel de santé. Le tiers payant sur les prothèses dentaires, l'orthodontie, l'optique et l'audioprothèse s'applique sous réserve que le professionnel de santé le propose et effectue une

03 Prestations

demande préalable de prise en charge. À défaut, le membre participant doit faire l'avance des frais. Le tiers-payant est possible uniquement pour les adhérents affiliés au régime obligatoire français.

Article 3.13 - Délai de paiement des prestations

Les frais de soins sont remboursés par la mutuelle dans les 7 jours ouvrés, suivant la remise de l'ensemble des pièces justificatives. En cas d'incohérence ou de contrôle, ce délai peut être prolongé. À la demande soit du membre participant, soit d'un professionnel de santé, la mutuelle peut :

- confirmer à cet établissement qu'il prend en charge les frais de séjour,
- régler directement la facture du professionnel de santé.

Dans la limite de la garantie souscrite.

Article 3.14 - Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est expressément subrogée, jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions du membre participant ou de ses ayants droit, contre les tiers responsables, dans les conditions de l'article L. 224-9 du Code de la mutualité.

Article 3.15 - Délai de prescription pour les remboursements

Les demandes de paiement des prestations, accompagnées des pièces justificatives, devront, sous peine de forclusion, être produites au plus tard dans le délai de deux ans :

- à compter de la date de règlement des prestations obligatoires par le régime obligatoire. Passé ce délai, l'action du membre participant n'est plus recevable,
- à compter de la date de soins pour les prestations non soumises à un remboursement du régime obligatoire,
- à compter de la date d'ouverture du dossier de recours contre tiers.

Toutes actions dérivant des opérations citées ci-dessus sont donc prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court notamment pas en cas de déclaration fautive ou inexacte du fait du membre participant.

La mutuelle est à la disposition de ses membres participants pour tout renseignement complémentaire ou toute réclamation qui doit être adressée à son siège.

Article 3.16 - Délai de prescription pour les réclamations

Le membre participant a six mois à compter de la date de paiement d'une prestation pour la contester. Passé ce délai, le montant de la prestation est considéré comme définitivement accepté par le membre participant concerné sous réserve des dispositions des articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité.

Article 3.17 - Prestations indues

Le membre participant s'engage à informer la mutuelle de prestations indûment versées et à procéder à leur remboursement. La mutuelle peut constater par ses propres contrôles des prestations réglées à tort, dans ce cas, un courrier est envoyé au membre participant pour demander le remboursement de l'indu. À défaut de reversement des sommes indûment versées, la mutuelle pourra effectuer le recouvrement par toutes voies de droit.

Article 3.18 - Action sociale

Des secours exceptionnels peuvent être accordés par la commission du fonds social aux membres participants et à leur famille pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, accident, blessure, décès ou non prise en charge par les dispositions du règlement mutualiste. Ces aides sont attribuées par la commission du fonds social, habilitée par le conseil d'administration de la mutuelle. Cette demande de secours ne sera prise en considération et examinée que dans la mesure où le membre participant aura dûment rempli le formulaire de demande de secours exceptionnel délivré par la mutuelle, elle peut être faite par l'intermédiaire d'une assistante sociale. En complément de cet imprimé, des justificatifs seront demandés.

L'octroi de cette aide est soumis à conditions :

- elle est liée à une dépense de santé,
- être à jour de cotisation,
- en fonction de la situation personnelle (ressources) et familiale (composition du foyer) du membre participant.

Le membre participant devra épuiser toutes les possibilités auprès des divers organismes, régime obligatoire, Caisse d'Allocations Familiales, aides sociales, avant de présenter son dossier.

Les participations et secours accordés par la commission du fonds social sous forme de « Fonds d'Action Sociale » sont versés, en règle générale, directement aux membres participants sur présentation de la facture acquittée.

Cette aide doit être utilisée au plus tard un an après la date d'accord, sous peine d'être annulée et soumise à une nouvelle demande.

Les demandes qui font l'objet d'un rejet donnent lieu à notification, la décision n'est pas susceptible de recours.

Article 4.1 - Montant de la cotisation

Le membre participant s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la mutuelle.

La cotisation annuelle est fixée en fonction de la formule de garantie choisie par le membre participant pour son compte et celui de ses ayants droit :

- selon l'âge du membre participant et selon la composition familiale, dans le cadre d'une adhésion en couple l'âge du membre le plus âgé sera pris en compte pour le calcul,
- selon le régime d'affiliation à l'assurance maladie obligatoire.

Les cotisations sont soumises à une évolution établie en regard de l'âge du membre participant ou de la composition familiale, à l'échéance annuelle. Le passage à l'âge supérieur se fait le 1^{er} janvier de l'année civile suivante.

Chaque année, le montant des cotisations est fixé par l'assemblée générale de la mutuelle ou sur délégation par le conseil d'administration de manière à garantir l'équilibre technique des garanties.

Article 4.2 - Modalités de paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation annuelle peut être fractionné. Les cotisations résultant de ce fractionnement sont payables d'avance, mensuellement ou trimestriellement. Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement qui 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 n'affecte pas le montant de la cotisation.

La première fraction de cotisation est payable à l'adhésion, les autres fractions doivent être réglées aux dates et modalités prévues à l'échéancier envoyé chaque année à l'adhérent.

Le recouvrement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique sur compte bancaire ou postal, par virement, par chèque ou carte bancaire. Le mode de règlement est déterminé sur le bulletin d'adhésion. L'adhérent peut le modifier en cours d'adhésion.

Si le recouvrement est effectué par prélèvement automatique, le membre participant s'engage à provisionner son compte du montant de l'échéance mensuelle ou trimestrielle.

La fréquence de recouvrement varie selon le mode de règlement pour lequel le membre participant a opté à l'adhésion :

- par chèque ou virement mensuel : le membre participant devra s'acquitter de ses cotisations avant le 10 du mois,
- par chèque ou virement trimestriel : le membre participant devra s'acquitter de ses cotisations avant le 10 du mois constituant le début du trimestre civil,
- par prélèvement automatique : le membre participant peut s'acquitter de ses cotisations au mois ou au trimestre et choisir la date du prélèvement, soit le 5 ou le 10 du mois concerné.

Article 4.3 - Non paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 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 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

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

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties. Les garanties résiliées reprennent pour l'avenir leur effet à midi le lendemain du jour où a été payée à la mutuelle la fraction de cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure et celle venue 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 pourra exiger, le cas échéant, le remboursement des prestations versées après la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

La mutuelle se réserve le droit de refacturer à l'adhérent les frais de rejet de prélèvement, de chèque impayé et les frais administratifs de mise en demeure.

Article 4.4 - Remboursement de cotisation

La quote-part de cotisation réglée postérieurement à la survenance des situations exposées ci-dessous est remboursable :

- décès du membre participant ou d'un ayant droit : sur présentation d'un acte de décès. La quote-part de cotisation peut être reversée à tout membre de la famille sur présentation d'un certificat d'hérédité, d'un acte de notoriété ou d'une attestation dévolutive,
- résiliation infra-annuelle : sous condition de recevabilité et d'acceptation de la demande de résiliation, la part de cotisation relative à la période non couverte, suivant la date d'effet de la radiation, est remboursée au membre participant dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la radiation.
- adhésion à un contrat collectif à caractère obligatoire : sur présentation d'une attestation de l'employeur stipulant le caractère obligatoire et la date d'entrée en vigueur,
- bénéficiaire de la Complémentaire Santé Solidaire : sur présentation de son attestation d'affiliation.

Article 5.1 - Démission - radiation

Sont radiés, les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles ce présent règlement subordonne l'admission. Leur radiation est prononcée par le conseil d'administration ou ses mandataires.

La démission volontaire par le membre participant doit être donnée par lettre ou tout autre moyen défini dans l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité (de préférence par lettre recommandée ou recommandé électronique) deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat. Conformément à l'article L. 221-10-1 du Code de la mutualité, la date limite d'exercice de ce droit de démission à l'échéance annuelle est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation. Lorsque cet avis est adressé au membre participant moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction de son adhésion. La démission ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à l'échéance.

Selon la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé («résiliation infra-annuelle»), le membre participant peut également, après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de son adhésion, démissionner à tout moment sans frais ni pénalités. La résiliation de l'adhésion prend effet un mois suivant la date de réception de la notification de la lettre de démission.

La radiation peut être prononcée par la mutuelle en cas de non-paiement des cotisations. Toute radiation dans ce cas est définitive. Cependant, il pourra toutefois être sursis à l'application de cette mesure pour le membre participant qui prouve que des circonstances indépendantes de sa volonté l'ont empêché d'effectuer le paiement de la cotisation ou fraction de cotisation ayant entraîné la radiation. Il pourra dans ce cas réintégrer les effectifs de la mutuelle après avoir réglé les arriérés de cotisations qui ont engendré la radiation et sous réserve qu'il remplisse les conditions d'admission fixées par le présent règlement.

Le droit aux garanties peut être suspendu par la mutuelle sous préavis de 30 jours, en cas de survenance d'une des situations suivantes :

- séjour prolongé à l'étranger,
- détention à caractère pénal.

Pour bénéficier de cette suspension, le membre participant doit fournir, par lettre recommandée avec accusé de réception, toutes les pièces justificatives réclamées par la mutuelle. Les droits reprennent au terme de la période ainsi définie.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission ou de la suspension, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies et celles pour lesquelles les soins étaient déjà réalisés sur prise en charge délivrée par la mutuelle.

À réception de son appel de cotisation pour l'année N+1 le membre participant dispose de 20 jours (cachet de la poste faisant foi) pour résilier sa mutuelle dans le cadre de la Loi Châtel, la demande doit être formulée par lettre ou tout autre moyen défini dans l'article L. 221-10-3 du Code de la mutualité (de préférence par lettre recommandée ou recommandé électronique) à l'adresse du

siège social de la mutuelle.

La démission, la suspension, la radiation et l'exclusion ne donnent pas systématiquement droit au remboursement des cotisations versées. Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la radiation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de 30 jours à compter de la date d'effet de la radiation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

Article 5.2 - Démission dérogatoire

L'adhésion peut être résiliée avant sa date d'expiration normale en cas d'affiliation du membre participant à un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire dans le cadre de son emploi ou celui de son conjoint, sur présentation d'une attestation de l'employeur stipulant le caractère obligatoire, individuel ou familial et la date d'entrée en vigueur. La date d'effet de la dérogation tiendra compte de la date de réception des justificatifs mentionnés ci-dessus.

Conformément à l'article L. 221-17 du Code de la mutualité, 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 professionnelle,

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. La mutuelle remboursera 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.

Article 5.3 - Autres cas particuliers

Le membre participant a la faculté de résilier la garantie lorsque les conditions d'adhésion ne sont plus remplies ou en cas de réalisation d'un des événements suivants :

- décès du membre participant sans ayant droit,
- déménagement hors du territoire national.

05 Fin de l'adhésion

Pour tous les cas précités, la fin de l'adhésion ne peut intervenir qu'à la fin du mois suivant la date de révélation de l'événement.

Article 5.4 - Exclusion du membre participant

Dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité, le membre participant peut être exclu de la mutuelle si son attitude ou sa conduite est susceptible de porter préjudice moral à la mutuelle et qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le conseil d'administration. Il est entendu sur les faits reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception.

S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée sans autre formalité par le conseil d'administration.

Article 5.5 - Renonciation

En cas de modification apportée à ses droits et obligations, le membre participant a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé de réception dans le mois qui suit la réception du nouveau règlement l'informant de ces modifications. La renonciation entraîne la restitution par la mutuelle de l'intégralité des cotisations versées par le membre participant à partir de la prise d'effet des modifications, dans le délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, à condition qu'aucune prestation n'ait été versée par la mutuelle.

06 Dispositions diverses

Article 6.1 - Modification de formule de garantie

Toute demande de modification ayant pour but d'améliorer ou de diminuer la garantie initialement souscrite ne peut être acceptée qu'une seule fois par année. Ce changement de garantie engage le membre participant pour un an glissant et par conséquent, une demande de démission dans le cadre de la résiliation infra-annuelle ne sera pas recevable pendant cette période. Pour tout soin prescrit avant la date d'effet de la modification, le demandeur bénéficie des prestations de la garantie à laquelle il était précédemment inscrit.

Toute modification de garanties entraîne un engagement d'un an glissant et sera formalisée par la signature d'un nouveau bulletin d'adhésion par le membre participant.

06 Dispositions diverses

Article 6.2 - Carte d'adhérent

La carte d'adhérent est éditée par la mutuelle. Elle est remise au membre participant après enregistrement de l'adhésion et du paiement de la cotisation ou fraction de cotisation. Elle atteste des droits du membre participant et de ses ayants droit. Elle est strictement personnelle et doit être présentée chez les professionnels de santé pour bénéficier du tiers payant. En cas de modification de situation en cours d'adhésion (situation familiale, régime sécurité sociale, démission ou radiation), de cessation ou de suspension d'adhésion, le membre participant s'engage à restituer ses cartes à la mutuelle qui procédera à la mise à jour ou à l'annulation.

Article 6.3 - Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'évènement 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 et dans le cas où la mutuelle apporte la preuve de ces éléments. En cas de réalisation du risque, le délai ne court que du jour où les intéressés en ont connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là. Quand l'action du membre participant 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un 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 la mutuelle au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et, par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 6.4.1 - Réclamations

Pour toutes réclamations, le membre participant peut faire part de ses difficultés à son interlocuteur habituel de l'agence par tous moyens à sa convenance, soit directement à l'agence, par courrier, par mail ou par téléphone :

Mutuelles du Pays-Haut - 10 avenue de Saintignon - CS 51418 - 54414 LONGWY Cedex
Téléphone : 03 82 24 37 05 - Mail : contact@mutpio.fr

Si le membre participant n'est pas satisfait du traitement de sa réclamation, il peut également envoyer par courrier sa demande argumentée et accompagnée, le cas échéant, de documents justificatifs auprès de :

06 Dispositions diverses

Mutuelles du Pays-Haut - À l'attention du responsable des réclamations
10 avenue de Saintignon - CS 51418 - 54414 LONGWY Cedex

Que la réclamation ait été envoyée à l'agence ou au responsable des réclamations, la mutuelle s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de dix jours ouvrables à compter de la date de réception.

Une réponse sur le fond dans un langage simple, clair et compréhensible est apportée dans les plus brefs délais et au plus tard dans les deux mois suivant la date de réception de la réclamation, sauf survenance de circonstances particulières dûment justifiées. Si tel est le cas, une information sera communiquée au membre participant.

Article 6.4.2 - Médiation

Si le désaccord persiste, à l'issue de la procédure de réclamation, le membre participant pourra saisir gratuitement le médiateur de la mutuelle, désigné en conseil d'administration :

- soit par courrier : Monsieur le Médiateur de la FNMF - 255 rue de Vaugirard - 75719 Paris cedex 15,
- soit sur le site internet du Médiateur: www.mediateur-mutualite.fr.

Le médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question est complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois.

La mutuelle et le membre participant disposent d'un délai de 15 jours pour transmettre par écrit leur accord ou leur refus au médiateur. Il est à noter que l'absence de réponse vaut acceptation tacite. Le Règlement de la médiation de la consommation de la Mutualité Française est disponible en libre accès sur le site internet dédié mentionné ci-dessus.

Le médiateur ne peut être saisi qu'après épuisement des voies de recours amiables auprès des Mutuelles du Pays-Haut et avant l'ouverture de toute action en justice.

Une fois l'avis du médiateur rendu, si un désaccord persiste, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des tribunaux civils français.

Article 6.5 - Autorité de contrôle

« Les Mutuelles du Pays-Haut » est une mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité dont le siège social est établi au 10, avenue de Saintignon – 54400 LONGWY.

« Les Mutuelles du Pays-Haut » est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 4 Place de Budapest – 75436 PARIS Cedex 09.

Article 6.6 - Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 telle que modifiée, les données à caractère personnel, particulièrement concernant le membre participant et ses éventuels ayants droit, sont recueillies par le biais de l'entreprise adhérente ou directement par la mutuelle, en sa qualité de responsable de traitement au sens réglementaire du terme. Leur traitement repose sur la base légale d'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles, de la poursuite de l'intérêt légitime de la mutuelle ou d'une obligation légale et répond systématiquement à une finalité explicite, légitime et préalable-ment déterminée :

- l'adhésion et la gestion, y compris commerciale, des contrats individuels,
- La réalisation d'études des besoins permettant de proposer des garanties cohérentes avec les besoins et exigences de l'adhérent,
- l'exécution du contrat et des garanties y afférentes, impliquant toute opération technique nécessaire à la mise en œuvre des garanties et des prestations, à tous les stades de celui-ci,
- la gestion des réclamations et contentieux,
- la réalisation d'enquêtes de satisfaction et d'amélioration de la qualité des services de la mutuelle ;
- les relations commerciales et contractuelles en vue de proposer, par tout moyen, les services de la mutuelle, tels que des opérations promotionnelles, de fidélisation et de développement commercial pour des produits / services analogues (par exemple des garanties complémentaires à titre individuel),
- la lutte contre la fraude en assurance,
- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme (LCB-FT) ainsi que la détection de fonds et de ressources économiques faisant l'objet d'une mesure de gel ou de sanctions,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, telles que des traitements relatifs à l'exécution de règles fiscales ou sociales.

Ces données sont exclusivement destinées aux différents services internes de la mutuelle, et peuvent être transmises à ses partenaires habilités en lien avec les finalités définies (co-assureurs, réassureurs, organismes de sécurité sociale obligatoire, prestataires informatiques ou de services y compris tiers de confiance).

Les données à caractère personnel collectées sont conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, conformément aux délais légaux de prescription susceptibles de s'appliquer.

Conformément à la réglementation applicable, le membre participant ainsi que toute personne faisant l'objet d'une gestion pour compte de tiers dispose des droits suivants :

- droit d'accès : toute personne concernée a le droit d'accéder à l'ensemble des données à caractère personnel la concernant et de connaître leur origine,
- droit de rectification : la personne concernée a le droit d'obtenir la rectification des données personnelles la concernant qui sont inexactes ou incomplètes,
- droit à la portabilité : le droit à la portabilité permet de récupérer une partie de ses données personnelles et de les réutiliser à des fins personnelles. Il est limité aux traitements automatisés et ne s'applique que sur les traitements fondés sur le consentement et / ou sur l'exécution d'un contrat,

06 Dispositions diverses

- droit d'effacement (droit à l'oubli) : toute personne concernée peut faire une demande d'effacement de ses données à caractère personnel dans une série limitative de cas : cessation des finalités du traitement, retrait du consentement qui est la base juridique du traitement, le traitement illicite, l'effacement prévu par une disposition légale, l'exercice du droit d'opposition de la personne, les données collectées auprès d'enfants,
- droit de limitation du traitement : toute personne concernée peut demander de geler temporairement l'utilisation de ses données personnelles dans certains cas déterminés, comme par exemple la contestation de l'exactitude des données,
- droit de retirer son consentement : toute personne concernée peut retirer le consentement donné antérieurement sauf s'il existe une autre base légale au traitement,
- droit d'opposition : ce droit peut s'exercer notamment en matière de traitement automatisé, y compris le profilage. Il s'agit d'un droit d'opposition à un traitement de données concernant la personne concernée, pour des raisons tenant à sa situation particulière, lorsque la mise en œuvre de ce traitement était justifiée par l'exécution d'une mission d'intérêt public, ou les intérêts légitimes poursuivis par le responsable de traitement,
- droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle : toute personne estimant que le traitement de ses données personnelles n'est pas conforme à la réglementation européenne de protection des données personnelles, peut déposer une plainte auprès de la CNIL dont les coordonnées sont les suivantes :
CNIL – Service des plaintes, 3 place de Fontenay – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07,
- droit post-mortem : toute personne concernée peut donner des directives au responsable de traitement quant à l'utilisation de ses données personnelles après son décès.

Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données personnelles (DPO) de la mutuelle, par mail (dpo@mutpio.fr) ou en adressant un courrier à l'adresse suivante (accompagné d'une copie d'un titre d'identité signé) :

Mutuelles du Pays-Haut

DPO – Données Personnelles

10 avenue de Saintignon

CS 51418

54414 Longwy

La mutuelle s'engage à fournir les informations demandées dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande. En fonction de la complexité de la demande, ce délai pourra être prolongé d'un mois supplémentaire.

Article 6.7 - Loi applicable

Conformément à l'article L. 225-2 du Code de la mutualité :

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française et que le souscripteur du contrat

a sa résidence principale ou son siège de direction sur le même territoire, la loi applicable est la loi française, à l'exclusion de toute autre.

Lorsque le risque est situé, au sens de l'article L. 225-3, sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le souscripteur du contrat n'y a pas sa résidence principale ou son siège de direction, les parties au contrat peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le souscripteur du contrat a sa résidence principale ou son siège de direction.

De même, lorsque le souscripteur a sa résidence principale ou son siège de direction sur le territoire de la République française, à l'exclusion de la Nouvelle Calédonie et de la Polynésie française, et que le risque n'y est pas situé au sens de l'article L. 225-3, les parties peuvent choisir d'appliquer soit la loi française, soit la loi du pays où le risque est situé.

On entend par souscripteur, pour l'application des règles ci-dessus, le membre participant car il s'agit d'une opération individuelle.



MUTUELLES
DU PAYS-HAUT



LES MUTUELLES DES 3 FRONTIÈRES

Siège social :
10, avenue de Saintignon
CS 51418
54414 LONGWY Cedex
Tél. : 03 82 24 37 05 - Fax : 03 82 23 92 77
contact@mutpio.fr - www.mutpio.fr

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, SIREN : 783 303 209, LEI : 9695 00 99FIFIWLADZH 02

Impression : février 2021, règlement applicable au 1^{er} janvier 2021