



Règlement Mutualiste : 525^{ème} Mutuelle

Table des matières

TITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1 - Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle	3
Article 2 - Objet de la garantie.....	3
Article 3 - Population assurée	4
Article 4 - Prise d'effet, renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion	5
Article 4-1 : Prise d'effet :	5
Article 4-2 : Délai d'attente	Erreur ! Signet non défini.
Article 4-3 : Durée et renouvellement de l'adhésion.....	6
Article 4-4 : Affiliation des ayants droit :	6
Article 4-5 : Changement de garantie	7
Article 4-6 : Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit	7
Article 5 - Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle	9
TITRE 2. COTISATIONS	9
Article 6 - Montant des cotisations	9
Article 7 - Détermination des cotisations	9
Article 8 - Modalité de paiement des cotisations	10
Article 9 - Révision des cotisations.....	10
Article 10 - Remboursement de cotisations	10
Article 11 - Incident de paiement.....	10
Article 12 - Défaut de paiement.....	10

Article 13 - Réintégration suite à défaut de paiement des cotisations.....	11
TITRE 3. GARANTIES	11
Article 14 - Définition.....	11
Article 15 - Frais Garantis	14
Article 16 - Respect des critères du contrat responsable et solidaire	15
Article 17 - Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.....	16
Article 18 - Prises en charge particulières	16
Article 18-1 : Prises en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire.....	16
Article 18-2: Établissements et services spécialisés	16
Article 18-3 : Chambre particulière	16
Article 18-4 : Cures thermales non remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire	16
Article 18-5 : Soins à l'étranger.....	17
Article 19 - Garantie en inclusion	17
Article 20 -Risques en cours au moment de l'adhésion.....	17
Article 21 - Territorialité.....	17
Article 22 - Cessation des garanties.....	17
TITRE 4- PRESTATIONS.....	18
Article 23 - Règlement des prestations.....	18
Article 24 : Télétransmission	18
Article 25 :Tiers payant	19
Article 26 Plafond de remboursement	19
Article 27 Pièces à fournir / délais de transmission	20
Article 27-1 : Pièces à fournir à l'adhésion.....	20
Article 27-2 : Pièces à fournir pour le versement des prestations	20
Article 27-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives	21
Article 28 – Contrôle médical	21
TITRE 5- DROITS, RECOURS ET OBLIGATIONS LEGALES	22
Article 29 - Subrogation	22
Article 30 - Fausse déclaration (intentionnelle et non intentionnelle)	22
Article 31 – Réclamation	22
Article 32 – Médiation	23
Article 33 - Prescription	23
Article 34 – Protection des données personnelles.....	24
Article 35 – Opposition au démarchage Téléphonique	25
Article 36 - Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.....	25
Article 37 - Autorité de contrôle	26

TITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Cadre réglementaire/ raison sociale de la Mutuelle

Le présent règlement mutualiste frais de santé est à adhésion facultative. Il est conclu d'une part entre le membre participant ou honoraire, ci-après dénommé « l'adhérent », et d'autre part la 525^{ème} Mutuelle, ci-après dénommée « la Mutuelle », dont le siège social se situe Cité Berliet - Avenue C - 4 et 5 place Steven Spielberg - 69800 SAINT PRIEST.

La Loi applicable au présent règlement est la Loi française.

525^{ème} Mutuelle est une Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité, et immatriculée au répertoire Sirene sous le n°779 926 294 et soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09).

La 525ème Mutuelle, est une Mutuelle substituée du fait de la convention de substitution conclue avec la Mutuelle substituante, Solimut Mutuelle de France, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, et au contrôle de l'A.C.P.R. Elle est immatriculée au répertoire SIRENE sous le numéro 383 143 617, et son siège social est situé : –Castel Office – 7 Quai de la Joliette - 13002 Marseille.

La convention de substitution prévoit notamment les mentions suivantes :

- « En application de l'article L.211-5 du code de la mutualité, la Mutuelle substituante se substitue intégralement à la substituée pour l'ensemble des opérations et des branches pratiquées par la Mutuelle substituante, à savoir au jour de la signature des présentes la constitution des garanties de remboursement des frais de santé en cas de maladie et accident offertes aux membres participants de la Mutuelle substituante et à leurs ayants droit relevant des branches 1 et 2. »
- « La Mutuelle substituante donne à la Mutuelle substituée sa caution solidaire pour l'ensemble de ses engagements financiers et charges, y compris non assurantiels, vis-à-vis des membres participants, ayants droit, bénéficiaires et de toute autre personne physique ou morale ».

En cas de retrait d'agrément de la Mutuelle substituée, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de publication de la décision de retrait de l'agrément. La portion de cotisation afférente à la période non garantie est alors restituée au souscripteur ou au membre participant qui a acquitté la cotisation.

Article 2 - Objet de la garantie

Conformément aux dispositions des statuts, il est institué un règlement mutualiste qui définit le contenu des engagements entre les adhérents et la Mutuelle en matière de prestations et de cotisations, et, tous les adhérents sont tenus de s'y conformer. Il est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en application de l'article L114-1 du Code de la mutualité.

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer à l'adhérent et à ses ayants droit tels que définis à l'article « Population assurée », en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance Maladie Obligatoire, et dans la limite des frais réellement engagés.

L'édit règlement définit le contenu, la durée, les prestations et les cotisations de la couverture complémentaire. Il est adopté par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée Générale.

Les prestations sont définies par le tableau de garantie correspondant à la garantie choisie par le membre participant.

Article 3 - Population assurée

Sont assurés au titre du présent règlement mutualiste, les adhérents ayant signé un bulletin d'adhésion, et étant affiliés à l'Assurance Maladie Obligatoire telle que définie à l'article « Définition ».

Peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, toute personne souhaitant devenir membre de la Mutuelle.

En tout état de cause, les personnes ayant atteint l'âge de cessation des garanties tel que prévu à l'article « Cessation des garanties » ne peuvent adhérer au présent règlement mutualiste. L'adhésion pour le compte d'un tiers est strictement interdite dans le cadre du présent règlement mutualiste en dehors du cadre légal des majeurs protégés.

Peuvent également bénéficier de la garantie les ayants droit de l'adhérent dès lors qu'ils remplissent les conditions fixées par le présent règlement mutualiste.

Les ayants droit de l'adhérent sont définis ci-après :

- **Conjoint**

On entend par conjoint la personne mariée civilement à l'adhérent et non séparée de corps judiciairement.

Est assimilé au conjoint :

- Soit le « concubin », le concubinage notoire étant justifié par une attestation sur l'honneur de vie commune. Est considéré comme étant concubin notoire, la personne vivant avec l'adhérent, sous condition d'être tous deux libres de tout lien matrimonial et pouvant apporter la preuve que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente depuis un an au moins avant la date de l'évènement mettant en jeu la garantie. Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux deux concubins au cours de cette période.
- Soit le « partenaire lié par un PACS », c'est-à-dire le partenaire lié à l'adhérent par le Pacte Civil de Solidarité (P.A.C.S.).

- **Enfants à charge**

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants de l'adhérent, et ceux de son conjoint, de son partenaire de PACS ou de son concubin :

- Affiliés en tant qu'ayant droit au régime de base de l'Assurance Maladie Obligatoire ;
- Ou s'ils sont âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans :
 - Qui poursuivent leurs études dans un établissement secondaire, supérieur ou professionnel, sur présentation d'un certificat de scolarité,
 - Qui sont au-Pôle Emploi, sur présentation de l'attestation d'inscription,
 - Qui poursuivent une formation professionnelle en alternance (apprentissage, professionnalisation...) sur présentation du contrat d'alternance.

Les justificatifs nécessaires devront être produits annuellement.

Dans le cas mentionnés ci-dessus, une participation financière additionnelle à la cotisation, par ayant droit adulte, peut être demandée.

Lorsque les enfants à charge de plus de 18 ans ne respectent plus les conditions mentionnées ci-dessous, ou qu'ils ont atteint l'âge de 26 ans, la qualification d'ayant droit perdure jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Les conditions d'âge prévues ci-dessus ne sont pas exigées si l'enfant est titulaire de la carte mobilité inclusion prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles ou s'il perçoit une allocation pour les personnes handicapées, et que son état d'invalidité est survenu avant son 21ème anniversaire.

Remarque : Les majeurs protégés peuvent adhérer au présent règlement mutualiste, sous réserve de la cosignature de leur mandataire, de leur tuteur, ou de leur curateur **lorsque cela est nécessaire**.

Le cas échéant, l'adhérent s'engage à communiquer, tout au long de la durée de son adhésion, toutes modifications portant sur les informations communiquées à la Mutuelle, notamment au sein du bulletin d'adhésion.

À titre d'exemple l'adhérent doit fournir son nouveau RIB avec BIC et IBAN en cas de changement de domiciliation bancaire ainsi que sa nouvelle adresse en cas de changement d'adresse (postale ou email).

À défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

Article 4 - Prise d'effet, renouvellement, modification et résiliation de l'adhésion

Article 4-1 : Prise d'effet :

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion sous réserve de la réception par la Mutuelle du dossier complet d'adhésion.

La date renseignée par la Mutuelle sur le bulletin d'adhésion est au plus tôt le lendemain de la signature du bulletin d'adhésion.

En l'absence de date de prise d'effet mentionnée sur le bulletin d'adhésion, la prise d'effet de l'adhésion est fixée au lendemain de la réception du bulletin d'adhésion par la Mutuelle, le cachet de la poste faisant foi.

Quel que soit le mode d'adhésion, l'adhésion ne pourra pas être antérieure à la date fixée par les règles de principe énoncées ci-dessus.

En tout état de cause, la prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à la réception de l'intégralité des pièces nécessaires à l'adhésion, telles que définies à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement mutualiste.

L'adhésion ou la ré adhésion à la Mutuelle peut être subordonnée à un droit d'adhésion dont le montant est fixé à l'article « Droits d'adhésion » des statuts de la Mutuelle

La date d'adhésion des ayants droits est en principe déterminée selon les mêmes règles qu'énoncées ci-dessus concernant les adhérents, sauf mentions contraires indiquées dans l'article « Affiliation des ayants droit ».

En tout état de cause, la prise d'effet de l'adhésion est subordonnée à la réception de l'intégralité des pièces nécessaires à l'adhésion, telles que définies à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission ».

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et du règlement mutualiste.

L'adhésion ou la réadhésion à la Mutuelle peut être subordonnée à un droit d'adhésion dont le montant est fixé à l'article « Droits d'adhésion » des statuts de la Mutuelle.

Article 4-2 : Délai de stage / délai de carence / délai de franchise

> **Délai de stage / délai de carence : Période au cours de laquelle la garantie ne s'applique pas, ou s'applique de manière limitée, bien que l'adhérent cotise.**

Sous réserve de l'encaissement effectif des premières cotisations par la Mutuelle, la date d'effet de l'adhésion est le point de départ pour le calcul du délai de stage.

> **Délai de franchise :**

Période suivant la date du sinistre au cours de laquelle la prestation n'est pas encore due par la Mutuelle. Pour autant les cotisations doivent être payées pour ouvrir droit aux prestations dues après le délai de franchise. Le délai de franchise est constitué de jours continus ou discontinus d'arrêt de travail.

Article 4-3 : Durée et renouvellement de l'adhésion

Le règlement mutualiste est souscrit pour une période prenant fin au 31 décembre de l'année en cours. La couverture se renouvelle chaque année par tacite reconduction à effet du 1^{er} janvier, sauf résiliation effectuée conformément à l'article L.221-10 du Code de la mutualité ou dans les conditions de la Loi Châtel, reprise dans l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, et de l'article L.221-17 du Code de la mutualité ; dans les conditions de la Résiliation Infra-Annuelle, reprise dans l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité, ou de l'article L. 221-17 du Code de la Mutualité.

L'adhérent est tenu d'informer dans les meilleurs délais la Mutuelle de toute modification :

- De sa situation administrative concernant son régime obligatoire ;
- De sa situation familiale en cas d'affiliation des ayants droit.
- **De ses coordonnées personnelles (adresse postale et adresse email).**

Le cas échéant, un justificatif peut être exigé pour la prise en compte de ces modifications.

Article 4-4 : Affiliation des ayants droit :

En dehors de l'hypothèse d'une naissance, ou d'une adoption, en cas d'affiliation éventuelle d'un ayant droit supplémentaire postérieurement à l'adhésion de l'adhérent principal, l'affiliation dudit ayant droit prend effet : **Au premier jour du mois suivant la réception de la demande par la Mutuelle.**

En cas d'adoption d'un enfant, l'adhésion de cet enfant prend effet au premier jour du mois où l'enfant est confié en vue d'adoption à la famille, si l'adhérent communique à la Mutuelle l'acte d'adoption, ainsi que l'attestation Sécurité sociale comportant le rattachement de l'enfant à l'un de ses parents, dans les deux premiers mois suivant l'adoption. À défaut, l'adhésion prend effet au premier jour du mois de la date de déclaration de l'enfant adopté à la Mutuelle.

Article 4-5 : Changement de garantie

L'adhérent peut demander un changement de niveau de garantie à l'expiration d'un délai de douze mois suivant la date d'effet de son adhésion, ou le cas échéant, suivant la date d'effet du précédent changement de niveau de garantie. La demande doit être formulée par tout support durable (courrier ou envoi électronique).

Le changement de niveau de garantie prend effet le 1er jour du mois suivant la réception du bulletin modificatif (avenant au bulletin d'adhésion) par la Mutuelle.

Tout changement de niveau de garantie concernera l'ensemble des bénéficiaires de la garantie prévue au présent règlement mutualiste.

Pour tout changement de garantie, l'adhérent a le droit au montant des forfaits de sa nouvelle garantie déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de son ancienne garantie.

Article 4-6 : Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit

• Résiliation de l'adhésion ou radiation de l'ayant droit à l'échéance annuelle

La demande par l'adhérent de la résiliation de l'adhésion ou de la radiation de l'ayant droit s'effectue par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, avant le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. La résiliation de l'adhésion prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. **Votre couverture perdure donc jusqu'au 31 décembre inclus. Après expiration d'un délai d'un an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, la résiliation peut être formulée à tout moment et prendra effet un mois après réception de la demande.**

La radiation de l'adhérent concerne l'ensemble des ayants droit affiliés au présent règlement mutualiste.

La résiliation peut aussi être demandée dans les conditions de l'article L.221-10 du Code de la mutualité, de la Loi Châtel, reprise dans l'article L.221-10-1 du Code de la mutualité, et de l'article L221-17 du Code de la mutualité.

Seul l'adhérent peut demander la radiation des ayants droit en tant que souscripteur de la couverture. Ainsi, la demande de radiation émanant d'un ayant droit sera de nul effet.

Cependant la résiliation peut également émaner du futur organisme assureur de l'adhérent. Toutefois pour que cette demande soit recevable elle devra :

- Être accompagnée du mandat attestant que l'adhérent a effectivement mandaté ledit organisme afin d'effectuer la demande de résiliation ;
- Respecter les mêmes conditions que les demandes émanant directement de l'adhérent.

• Résiliation de l'adhésion ou radiation de l'ayant droit en cours d'année :

Conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties, **lorsque l'objet de la couverture est en lien direct avec la situation antérieure qui ne se retrouve plus dans la nouvelle situation découlant :**

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

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

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

Par ailleurs, en cours d'année, il peut être mis fin à l'adhésion de manière anticipée, pour les cas mentionnés ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants :

- **Perte du régime d'Assurance Maladie Obligatoire par l'adhérent :**

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent la date de l'évènement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- **Attribution de la Complémentaire Santé Solidaire :**

La résiliation prend effet à la date d'ouverture des droits à la **Complémentaire Santé Solidaire**, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- **Décès de l'adhérent :**

La résiliation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle. La Mutuelle s'engage à rembourser aux personnes concernées la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation conformément aux dispositions de l'article « remboursement des cotisations » du présent règlement mutualiste.

- **Perte du régime d'Assurance Maladie Obligatoire par l'ayant droit :** La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel l'évènement est survenu, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent l'évènement, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.

Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- **Attribution de la Complémentaire Santé Solidaire à l'ayant droit :** La radiation prend effet à la date d'ouverture des droits à la Complémentaire Santé Solidaire, telle que figurant sur l'attestation de droit, sous réserve que la demande ait été reçue dans les trois mois qui suivent cette date, et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date. Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande.

- **Décès de l'ayant droit :** La radiation prend effet le dernier jour du mois au cours duquel le décès est survenu. Un acte de décès devra être transmis à la Mutuelle.

- **Divorce ou séparation :** La radiation prend effet le dernier jour du mois suivant la réception de la demande sur justificatif.

Si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet le premier jour du mois suivant la dernière prestation versée.

En tout état de cause, les garanties cessent au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition de l'ayant droit présent à l'article « Population assurée » du présent règlement mutualiste.

Article 5 - Modification de garantie à l'initiative de la Mutuelle

L'ensemble des garanties définies au présent règlement mutualise ont été fixées compte tenu des dispositions légales et réglementaires en vigueur au jour de sa prise d'effet.

Ainsi, les garanties pourront être modifiées afin de prendre en compte l'équilibre technique du contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, et les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Toute modification du présent règlement mutualiste décidée par le Conseil d'Administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance des membres participants.

Chaque garantie pouvant être modifiée à tout moment dans les conditions prévues aux statuts.

Le Règlement Mutualiste applicable est le Règlement Mutualiste en vigueur au jour du fait génératrice entraînant la prise en charge du sinistre par la Mutuelle. L'indemnisation s'effectuera selon les conditions prévues au sein de ce Règlement Mutualiste.

TITRE 2. COTISATIONS

Article 6 - Montant des cotisations

Les cotisations sont établies par année civile dans les conditions prévues aux statuts conformément aux articles L.114-9 et L.114-11 du Code de la mutualité. L'ensemble des frais, notamment les frais de gestion, inhérents au présent règlement mutualiste sont inclus dans la cotisation. Par ailleurs, les cotisations peuvent également intégrer des frais d'échéance.

Le montant des cotisations est mentionné en annexe au tableau de garantie communiqué à l'adhérent avec son bulletin d'adhésion. Le montant indiqué est celui en vigueur à la date de signature du bulletin d'adhésion.

En cas d'adhésion à effet du 1^{er} janvier de l'année suivante, le montant des cotisations pourra évoluer conformément à l'article relatif « révision des cotisations » du présent règlement.

Deux catégories de cotisations sont retenues : individuel - famille. Cette information est précisée dans le bulletin d'adhésion.

Les cotisations intègrent les taxes et contributions au taux en vigueur au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Tout changement du taux des taxes applicables à l'adhésion, toute instauration de nouvelle imposition applicable ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable à l'adhésion entraînera une modification du montant de la cotisation.

Article 7 - Détermination des cotisations

Les modes de calcul des cotisations sont déterminés conformément au Code de la mutualité, notamment par son article L.110-2.

Dans le cadre des opérations individuelles relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais de santé (occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident), la Mutuelle ne peut pas moduler le montant des cotisations qu'en fonction :

- du revenu,
- de la durée d'appartenance à la Mutuelle,
- du régime de sécurité sociale d'affiliation,
- du lieu de résidence,
- du nombre d'ayants droit
- de l'âge des membres participants.

Article 8 - Modalité de paiement des cotisations

La cotisation est annuelle, payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier de chaque année ou pour les nouveaux adhérents à partir de la date d'affiliation.

Elle peut être acquittée par prélèvement automatique bancaire, chèque ou mandat.

Si l'adhérent choisit de régler les cotisations par prélèvement automatique bancaire, le compte bancaire devra être domicilié **dans un Etat appartenant à la zone SEPA**.

Le paiement peut être fractionné par mois, par trimestre ou par semestre. Les modalités de règlement des cotisations sont précisées sur le mandat SEPA annexé au bulletin d'adhésion.

Le règlement des cotisations s'effectue toujours en euros.

Article 9 - Révision des cotisations

Les cotisations peuvent être révisées chaque année par la Mutuelle, afin de prendre en compte l'équilibre technique du contrat, les évolutions des dispositions réglementaires ou législatives, les modifications des remboursements de l'Assurance Maladie Obligatoire, et le cas échéant les évolutions de la taxation des contrats d'assurance.

Article 10 - Remboursement de cotisations

En cas de résiliation en cours d'année prévue à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit », la part de cotisation correspondant au trop perçu encaissé est remboursée à la personne qui l'a réglée, ou à défaut à ses héritiers, sous réserve du remboursement des éventuels indus restants.

Le remboursement éventuel des cotisations est soumis à l'obligation préalable de restitution de la ou des carte/s mutualiste/s de tiers-payant délivrée/s par la Mutuelle

Article 11 - Incident de paiement

En cas d'incident de paiement, la Mutuelle se réserve le droit :

- d'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- d'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

Article 12 - Défaut de paiement

Conformément à l'article L.221-7 du Code de la mutualité, à défaut du paiement d'une cotisation, ou fraction de cotisation, due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée à l'adhérent. Dans le cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-

paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au premier alinéa

Lors de l'envoi de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Article 13 - Réintégration suite à défaut de paiement des cotisations

Pour pouvoir être réintégré dans la Mutuelle, l'adhérent devra adresser une demande à la Mutuelle dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de radiation, et régler l'arriéré de ses cotisations. La réintégration a un effet rétroactif depuis la date de radiation.

Par conséquent, l'adhérent devra également s'acquitter des cotisations correspondant à la période de réintégration.

Dans le cas où le délai de 6 mois est dépassé, la demande d'adhésion d'un ancien adhérent radié de la Mutuelle pour non-paiement des cotisations, ou ayant demandé la résiliation de sa garantie sans avoir payé tout ou partie de la cotisation y afférant, ne pourra être acceptée qu'après régularisation des sommes dues à la Mutuelle, si l'action n'est pas prescrite, conformément aux dispositions de l'article « Prescription » du présent règlement.

Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

TITRE 3. GARANTIES

Article 14 - Définition

Adhérent :

Personne physique qui a adhéré au règlement mutualiste. Les ayants-droit peuvent également bénéficier de ces mêmes garanties dans les conditions définies audit règlement.

Ayant droit :

Personne qui n'a pas signé de bulletin d'affiliation mais qui bénéficie des garanties de la Mutuelle en raison de ses liens avec un adhérent.

Assurance Maladie Obligatoire :

Régimes obligatoires français et monégasque couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

L'assurance Maladie Obligatoire permet de couvrir en partie la prise en charge des frais de santé engagés et/ou de compenser une perte de revenu liée à une incapacité physique de travail.

Assurance Maladie Complémentaire :

Ensemble des garanties, proposées par les différents organismes complémentaires d'assurance maladie, assurant la prise en charge, à titre individuel ou collectif, pour une personne et/ou sa famille, de tout ou partie des frais liés à la santé, en complément ou en supplément des prestations de l'assurance maladie obligatoire.

Auxiliaires Médicaux :

Professionnels paramédicaux – à savoir principalement les infirmiers, Masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes... – dont les actes sont remboursés, sous certaines conditions, par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Base de remboursement :

Tarif de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Le prix facturé au patient peut, dans certaines situations, être supérieur à la base de remboursement. Exemple : consultation réalisée par un médecin de secteur 2

On parle de :

- Tarif de Convention (TC) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession,
- Tarif d'Autorité (TA) : lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention,
- Tarif de Responsabilité (TR) : pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

Forfait journalier :

Il s'agit de la somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24 heures dans un établissement de santé (ou pour les séjours inférieurs à 24 heures si le patient est présent dans l'établissement à minuit).

Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un accident du travail ou pour une maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, etc.).

Forfait Patient Urgences :

Il s'agit de la somme due pour tout passage dans une structure des urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie.

Ce forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire.

Certains patients peuvent bénéficier d'un forfait minoré (personnes en affection de longue durée, etc.) ou d'une dispense totale (femmes au cours des derniers mois de leur grossesse, bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, etc.) »

Hospitalisation :

L'hospitalisation désigne généralement un séjour d'au moins 24 heures dans un établissement de santé en vue du traitement médical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

L'hospitalisation de jour ambulatoire recouvre les séjours de moins de 24 heures sans nuitée tant pour de la chirurgie que pour des actes de médecine (dialyse...)

L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient. Elle est encadrée par le Code de la santé publique. L'ad-

hérent doit justifier du versement de prestations par la sécurité sociale au titre de l'hospitalisation à domicile. Le médecin hospitalier ou le médecin traitant de l'adhérent doit l'avoir orienté en faveur du dispositif d'Hospitalisation à domicile. L'accord du médecin traitant est toujours nécessaire. Dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, la notion de domicile n'est pas uniquement restreinte au domicile personnel de l'adhérent, mais peut également concerner des établissements de santé certifiés par la Haute Autorité de Santé (HAS). »

Parcours de soin :

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursés normalement sans diminution du montant de leur remboursement. Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans. Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant). Entre également dans le parcours de soins tout acte auprès :

- > D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- > D'un autre médecin dit "correspondant" auquel le patient est adressé par son médecin traitant,
- > D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004 à savoir : les ophtalmologues les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

Est considérée comme étant dans le parcours de soins coordonné une personne qui :

- a déclaré un médecin traitant auprès de l'assurance maladie obligatoire et consulte celui-ci (ou son remplaçant) en première intention ;
- consulte un autre médecin, appelé "médecin correspondant", après lui avoir été adressée par son médecin traitant.

Une personne est considérée comme étant toujours dans le parcours de soins même si, se trouvant dans un cas d'urgence et/ou d'éloignement géographique, elle n'a pas consulté préalablement son médecin traitant.

De même, pour certains soins, les gynécologues, ophtalmologues et stomatologues, ainsi que les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans, peuvent être consultés directement, sans passer par le médecin traitant. On parle alors d'accès direct autorisé.

Lorsqu'une personne âgée de plus de 16 ans est en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'assurance maladie obligatoire est diminué

La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats de complémentaire santé « responsables ».

Prescription médicale :

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Prestations :

Il s'agit des montants remboursés à un adhérent ou ses ayants droit par l'organisme d'Assurance Maladie Complémentaire en application de ses garanties (et des éventuels services associés qu'elles prévoient).

Séances d'accompagnement réalisées par un psychologue (MonSoutienPsy) :

Dispositif permettant la prise en charge jusqu'à 12 séances d'accompagnement par an, réalisées par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie.

L'Adhérent devra obtenir au préalable un courrier d'adressage de son médecin traitant.

La Mutuelle intervient en complément du remboursement opéré par l'Assurance Maladie.

La prise en charge s'effectue dans le cadre du contrat responsable. »

Ticket modérateur :

Le montant du ticket modérateur varie selon les actes ou traitements, la nature du risque concerné (maladie, maternité, accident du travail, etc.), ou selon que les soins sont dispensés à l'assuré dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)...

Le ticket modérateur peut être forfaitaire pour certains actes dits « lourds ».

La participation forfaitaire d'un euro, les franchises et des dépassements d'honoraires s'ajoutent au ticket modérateur, constituant l'ensemble de ces frais restant à la charge de l'assuré social avant intervention de l'assurance maladie complémentaire.

Le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge par les contrats d'assurance maladie complémentaire responsables (sauf exceptions).

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise.

Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable, cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillage) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

Article 15 - Frais Garantis

Un tableau de garanties définissant les prestations assurées conformément à la couverture choisie est remis à l'adhérent avec le bulletin d'adhésion.

Les prestations de la Mutuelle versées au titre du présent règlement mutualiste interviennent sous déduction du remboursement opéré par l'Assurance Maladie Obligatoire, et en cas de pluralité d'assureur sous déduction des remboursements opérés au titre d'une autre couverture complémentaire.

Elles sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire ou sous forme de forfait selon la garantie choisie. Elles peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'un plafonnement de remboursement.

Selon la garantie choisie, la Mutuelle peut également prendre en charge des prestations non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire.

La Mutuelle peut proposer dans son offre des différences de niveaux de prestations notamment lorsque l'adhérent choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé avec lequel les Mutualités, unions ou fédérations ont conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

Seuls les frais de santé dont la date de soins est postérieure à la date d'affiliation des adhérents peuvent donner lieu à prise en charge au titre du règlement mutualiste.

Aucune prestation ne sera servie après la date de cessation des garanties des adhérents, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

Le niveau des garanties proposées par la Mutuelle ne peut être modulé qu'au regard :

- des cotisations payées,
- de la situation de famille des bénéficiaires,
- du choix du bénéficiaire de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé (réseau sanitaire et social mutualiste partenaire) avec lequel la Mutuelle a conclu une convention dans les conditions mentionnées à l'article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

Article 16 - Respect des critères du contrat responsable et solidaire

Le contrat est dit « solidaire » lorsqu'aucune sélection médicale n'est effectuée lors de l'adhésion et que le tarif n'évolue pas en fonction de l'état de santé de l'adhérent, ni de celui de ses ayants droit.

Le contrat est dit « responsable » lorsque les garanties proposées par la Mutuelle s'inscrivent dans le cadre des dispositions de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale.

Les garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable prennent obligatoirement en charge :

- Le remboursement minimum du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins pris en charge par l'Assurance Maladie, à l'exception des frais de cures thermales, les médicaments remboursés à 30 % et à 15 %, et les spécialités et préparations homéopathiques, sauf précision contraire dans le tableau des prestations ;
- Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements de santé sans limitation de durée ;
- **Le forfait patient urgence facturé par les établissements de santé ;**
- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.
- L'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée ;
- Les frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des prestations et équipements appartenant à une classe à prise en charge libre, dans le respect des plafonds de remboursement et des délais de renouvellement des équipements.
- **Les séances d'accompagnement réalisées chez un psychologue conventionné avec l'Assurance**
- **Maladie dans le cadre du dispositif « "MonSoutienPsy" », dans la limite de 12 séances par année civile.**

Exclusions liées au caractère responsable du règlement mutualiste :

Ne sont pas couverts au titre du présent règlement mutualiste :

- **La participation forfaitaire acquittée par l'adhérent ou ses ayants droit pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'Assurance Maladie ;**
- **Les franchises médicales mises à la charge de l'adhérent ou ses ayants droit par la Sécurité sociale concernant les frais relatifs aux médicaments, actes d'un auxiliaire médical et transports sanitaires ;**
- **La prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux adhérents ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;**
- **Les dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés sans prescription préalable du médecin traitant, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques.**

Article 17 - Dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (ou OPTAM – OPTAM CO)

Les dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, désignent des contrats mis en place entre les professionnels de santé et la Caisse nationale d'Assurance Maladie afin d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable.

En adhérant à ce dispositif, le professionnel de santé s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, la convention médicale de 2016 permet aux professionnels de santé d'adhérer :

- ❖ Au DPTAM ou Option Pratique TArifaire Maîtrisée – CO (dite OPTAM–CO) pour les chirurgiens et obstétriciens ;
- ❖ Au DPTAM ou Option Pratique TArifaire Maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Le caractère « responsable » de la couverture a une incidence sur le remboursement des prestations de frais de santé si le professionnel de santé a adhéré, ou non, à un dispositif de pratiques tarifaires maîtrisées.

Ainsi, les adhérents et les ayants droit dont le médecin a adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée.

Article 18 - Prises en charge particulières

Article 18-1 : Prises en charge des médecines complémentaires non prises en charge par le régime obligatoire

Les médecines complémentaires doivent être pratiquées par des professionnels de santé enregistrés sur le répertoire Adeli (système d'information national sur les professionnels de santé), ou sur le RPPS (répertoire partagé des professions de santé), pour être remboursées par la Mutuelle selon la garantie souscrite.

Article 18-2: Établissements et services spécialisés

Sauf dispositions particulières prévues dans le tableau de garanties, ne sont pas considérés comme des établissements spécialisés, au sens du présent Règlement Mutualiste, et n'ouvrent donc pas droit aux garanties les établissements listés aux articles L. 312-1 du Code de l'action sociale et des familles et L. 174-6 du Code de la Sécurité sociale. Le tableau de garantie précise les conditions et limites de prise en charge pour les établissements couverts par la Mutuelle.

Article 18-3 : Chambre particulière

Le remboursement de la chambre particulière n'est accordé, si la garantie le prévoit, que pour les hospitalisations d'au moins une nuit et dans la limite prévue par ladite garantie

Article 18-4 : Cures thermales non remboursées par l'Assurance Maladie obligatoire

Si les cures sont justifiées par l'existence d'une pathologie ORL ou par la nécessité de bénéficier de soins de rhumatologie, elles sont prises en charge par la Mutuelle au titre du « forfait cure thermale » sous réserve d'un accord spécifique entre la Mutuelle et l'établissement thermal concerné.

Article 18-5 : Frais d'accompagnant ou d'accompagnement

Les frais d'accompagnant ou d'accompagnement sont les frais engagés (lit, plateau repas) par une personne accompagnante, dans un établissement de santé ou dans une Maison des parents, dans le cadre de l'hospitalisation de l'adhérent ou d'un ayant droit. On entend par Maison des parents, les lieux d'accueil situés dans l'hôpital ou à proximité et permettant l'hébergement des familles des enfants malades.

Ces frais sont remboursés sur présentation du certificat d'hospitalisation et d'une facture acquittée de l'établissement de santé ou de la Maison des parents au nom du bénéficiaire hospitalisé (adhérent ou ayant droit) et dans la limite prévue par la garantie.

Article 18-6 : Soins à l'étranger

Les frais de soins de santé engagés en dehors de France seront pris en charge par la Mutuelle sur la base des garanties prévues par la couverture souscrite, sous réserve de la prise en charge préalable par l'Assurance Maladie Obligatoire à laquelle les bénéficiaires sont affiliés.

Les soins engagés à l'étranger, n'ayant pas fait l'objet d'un remboursement par l'Assurance Maladie Obligatoire, ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

Article 19 - Garantie en inclusion

Conformément à l'article L.221- 3 du Code de la mutualité, la Mutuelle peut permettre à ses adhérents de bénéficier de garanties supplémentaires en inclusion, en complément de ses garanties frais de santé.

Des documents contractuels distincts (notices d'information notamment) seront remis à l'adhérent et définissent la nature des prestations fournies, ainsi que les conditions d'attribution de ces garanties.

Article 20 -Risques en cours au moment de l'adhésion

Les prestations en cas de frais médicaux, chirurgicaux et d'hospitalisation ne sont dues, que si les soins sont postérieurs à la date d'effet de l'adhésion.

Aucune prestation ne sera versée dans le cadre d'une hospitalisation si la date du début de séjour est antérieure à la date d'effet de l'adhésion.

Article 21 - Territorialité

Les prestations sont dues dans le monde entier sous réserve de l'intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire Française ou Monégasque et sur la base de remboursement de celle-ci, quelle que soit la dépense engagée.

Article 22 - Cessation des garanties

La garantie cesse d'être accordée en cas de résiliation de l'adhésion, ou de radiation des ayant droits. Ainsi, la carte mutualiste doit être remise à la Mutuelle, et en tout état de cause ne plus être utilisée par son ancien titulaire.

La cessation des garanties pour l'adhérent entraîne la cessation des garanties pour les ayants droit.

- Résiliation de l'adhérent :**

En cas de résiliation de l'adhérent, les garanties cessent :

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la radiation est demandée par lettre, tout support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité.
- Un mois après réception par la Mutuelle de la demande de radiation, formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande de radiation soit formulée après l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.
- Au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle a reçu la demande de l'adhérent en cas de résiliation anticipée prévue à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit.

- **Radiation d'un ayant droit :**

En cas de radiation des ayants droit de l'adhérent, les garanties cessent pour les ayants droit.

- Au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la radiation est demandée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.221-10-3 du code de la Mutualité.
- Un mois après réception par la Mutuelle de la demande de radiation, formulée par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité, sous réserve que la demande de radiation soit formulée après l'expiration d'un délai d'1 an à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.
- Au dernier jour du mois au cours duquel le bénéficiaire de la garantie ne répond plus à la définition de l'ayant droit, ou au dernier jour du mois au cours duquel la Mutuelle a reçu la demande de radiation anticipée prévue à l'article « Résiliation de l'adhésion ou radiation d'un ayant droit ».

TITRE 4- PRESTATIONS

Article 23 - Règlement des prestations

La Mutuelle s'engage à verser les prestations telles que définies dans le tableau de garantie correspondant au produit souscrit, dès lors que l'adhérent lui a fourni l'ensemble des pièces justificatives nécessaires, conformément à l'article « Pièces à fournir / délais de transmission » du présent règlement mutualiste.

Les remboursements sont effectués par virement sur le compte bancaire indiqué par l'adhérent **dans un Etat appartenant à la zone SEPA »**

La date des soins prise en compte pour le remboursement des prestations dues par la Mutuelle (y compris pour les forfaits versés en supplément du remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire) est celle portée sur le document émis par l'Assurance Maladie Obligatoire intervenant pour sa part.

Dans le cas de prestations versées hors intervention de l'Assurance Maladie Obligatoire, la date des soins prise en compte sera celle portée sur la facture, à défaut la date de facturation.

Article 24 : Télétransmission

Sauf refus de l'adhérent, les remboursements de la Mutuelle sont effectués selon les informations transmises par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE.

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire.

À défaut d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'Assurance Maladie Obligatoire.

Article 25 : Tiers payant

Les prestations garanties par la Mutuelle peuvent être versées directement aux professionnels ou aux établissements de santé dans le cadre de la pratique du tiers payant.

Cette modalité de règlement de la prestation ne s'oppose pas à ce que des vérifications soient réalisées par la Mutuelle avant tout règlement, dans le cadre des dispositions prévues à l'article 40. En cas de suspicion de fraude, ou de fraude avérée, la Mutuelle se réserve le droit de suspendre le tiers-payant.

Dans ce cadre, dans le mois suivant l'affiliation, l'adhérent recevra une carte mutualiste attestant de son affiliation à la Mutuelle. Cette carte est également valable pour les ayants droit, lorsqu'ils bénéficient de la garantie. Les cartes sont délivrées annuellement et sont renouvelées automatiquement.

Le tiers payant est effectué, pour les prestations suivantes :

- radiologie, pharmacie, laboratoire, auxiliaires médicaux sur présentation au professionnel de santé de la carte mutualiste remise par la Mutuelle à ses adhérents,
- hospitalisation, dentaire et optique sur délivrance au préalable d'une prise en charge obligatoirement demandée par un établissement ou un professionnel de santé.

La Mutuelle se réserve le droit de poursuivre toute personne qui utiliserait frauduleusement la carte mutualiste.

L'usage frauduleux s'entend notamment de l'utilisation par l'adhérent de la carte mutualiste alors qu'il n'est plus bénéficiaire des garanties, ou que ses garanties ont été suspendues suite au non-paiement de ces cotisations, ou de toute autre personne agissant en connaissance de cause, dans le but d'obtenir indûment le paiement de prestations par la Mutuelle.

En tout état de cause, en cas de modification ou de cessation des garanties, l'adhérent doit cesser d'utiliser la carte mutualiste.

Article 26 Plafond de remboursement

• Caractère indemnitaire

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

L'adhérent s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations à percevoir ou bien perçues au cours des douze derniers mois.

En cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, l'adhérent s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

• Prestations indues

L'adhérent s'oblige à rembourser à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations perçues à tort.

Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence au titre de la répétition de l'indu sur les prestations ultérieures dues par la Mutuelle.

En tout état de cause, la Mutuelle sera fondée à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'adhérent par toute voie de droit.

- **Pluralité d'assureurs pour un même risque**

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

L'adhérent qui bénéficie pour le même risque d'une garantie auprès d'un autre organisme assureur, doit en informer la Mutuelle.

L'adhérent s'engage à fournir les originaux des décomptes de prestations payées par l'Assurance Maladie Obligatoire ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des autres organismes assureurs ayant pris en charge le remboursement des soins de santé en premier lieu, pour obtenir le remboursement intégral des prestations, dans la limite des frais réellement engagés.

Le remboursement des contrats surcomplémentaires interviennent sous déduction du remboursement opéré par le régime d'assurance maladie obligatoire et le (ou les) contrat(s) d'assurance maladie complémentaire, dans la limite des frais réels. Pour être qualifiés de "responsable", ces contrats doivent respecter les plafonds (maximal et minimal) de prise en charge définis par l'article R. 871-2 du Code de la sécurité sociale.

Article 27 Pièces à fournir / délais de transmission

Article 27-1 : Pièces à fournir à l'adhésion

A l'adhésion, l'adhérent s'engage à fournir toutes les pièces nécessaires, il s'agit notamment d'un document d'identité, en cours de validité, l'attestation de carte vitale, le relevé d'identité bancaire, et le cas échéant le mandat de prélèvement SEPA en cas de paiement des cotisations par prélèvement bancaire.

A défaut l'adhésion ne pourra pas prendre effet. De même, il pourra être demandé toute pièce pouvant justifier de la qualité d'ayant droit lors de son adhésion tel que le certificat de mariage, la convention de PACS ou l'attestation de Sécurité sociale.

Article 27-2 : Pièces à fournir pour le versement des prestations

Sauf si l'adhérent le refuse, les remboursements de la Mutuelle sont effectués au vu des informations transmises par l'Assurance Maladie Obligatoire ou par les professionnels de santé dans le cadre du procédé de la télétransmission et notamment du procédé d'échanges informatiques NOEMIE, lorsque votre caisse d'Assurance Maladie le permet.

Dans ce cas, la Mutuelle effectue ses remboursements sans avoir recours aux originaux des décomptes de l'Assurance Maladie Obligatoire.

À défaut, d'application du procédé NOEMIE, les remboursements sont effectués sur présentation des décomptes originaux établis par l'Assurance Maladie Obligatoire et des factures acquittées.

Les documents justificatifs doivent être adressés à la Mutuelle dans un délai maximum de 2 ans, courant à partir de la date d'émission du décompte ou de la facture. Passé ce délai, ils n'ouvriront plus droit à remboursement.

En cas de réalisation du sinistre, et selon la prestation, les pièces justificatives à fournir sont notamment les suivantes :

- L'original, ou la version dématérialisée, de la facture nominative portant la mention « acquittée », et avec le cachet et la signature du professionnel de santé,
- La prescription médicale,
- L'original, ou la version dématérialisée, du décompte du régime obligatoire,
- L'original, ou la version dématérialisée, du décompte de prestation délivré par tout autre organisme complémentaire.
- **Toutes autres pièces que la Mutuelle jugerait nécessaires pour le règlement de la prestation.**

Article 27-3 : Adresse de traitement des pièces justificatives

Les justificatifs sont à adresser à la Mutuelle par courrier à l'adresse suivante :

**525^{ème} Mutuelle
Cité Berliet Avenue C 5 place Steven Spielberg 69800 SAINT PRIEST**

Sous réserve d'accord de la Mutuelle, les pièces justificatives pourront être adressées sous format dématérialisé via la boite : contact@525eme-mutuelle.fr.

Article 28 – Contrôle médical

La Mutuelle peut avoir recours à une expertise médicale effectuée par son médecin conseil ou tout autre professionnel de santé, en cas de dépenses anormalement élevées ou répétées, ou encore en cas de suspicion de fraude. De même, la Mutuelle se réserve le droit de demander toute pièce justificative, avant ou après le paiement des prestations, afin de vérifier la réalité des dépenses engagées.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle ou lorsque les résultats de ce contrôle n'apportent pas la justification médicale de la demande de prestation ou ne correspondent pas à la réalité des dépenses engagées, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle.

Dans l'hypothèse d'un contrôle a posteriori, dont le résultat serait défavorable à l'adhérent, ce dernier devra restituer à la Mutuelle l'intégralité des prestations indûment perçues.

En cas de contestation d'ordre médical, les litiges peuvent être soumis à une commission comprenant le médecin traitant ou un médecin désigné par l'adhérent, un médecin désigné par la Mutuelle et un médecin choisi en accord avec les deux premiers.

Les honoraires du médecin désigné par la Mutuelle et ceux du tiers expert sont à la charge de la Mutuelle. Toutefois, au cas où le tiers expert confirmerait la décision de suspension prise à l'égard de l'intéressé, les honoraires du tiers expert seraient supportés par moitié par la Mutuelle et l'adhérent.

En cas de fraude avérée, l'adhérent supportera la totalité des honoraires du tiers expert.

L'avis rendu dans le cadre du rapport d'expertise revêt dès lors, un caractère obligatoire pour la Mutuelle et l'adhérent.

TITRE 5- DROITS, RE COURS ET OBLIGATIONS LEGALES

Article 29 - Subrogation

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions des adhérents, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables du sinistre ayant entraîné le versement par la Mutuelle des prestations au titre des remboursements de soins de santé.

A cette fin, l'adhérent est tenu d'informer la Mutuelle lorsqu'un dommage, ayant entraîné le versement de prestation par la Mutuelle, a été causé par un tiers. Il pourra être demandé à l'adhérent, ou le cas échéant à l'ayant droit majeur concerné, de remplir un questionnaire fournissant à la Mutuelle les informations nécessaires à l'exercice d'un recours subrogatoire.

En tout état de cause, en l'absence de déclaration spontanée, et en cas de suspicion, la Mutuelle, ou un prestataire dûment habilité à cet effet, pourra contacter l'adhérent ou, le cas échéant l'ayant droit majeur, afin de l'interroger sur l'éventuel intervention d'un tiers dans l'évènement ayant conduit à la prise en charge de la Mutuelle.

Article 30 - Fausse déclaration (intentionnelle et non intentionnelle)

• Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.221-14 du Code de la mutualité, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur ou de l'adhérent, ces derniers sont informés des fautes qui leurs sont reprochées, et invités à fournir des explications. En fonction des informations fournies, la Mutuelle se réserve le droit, lorsque la fausse déclaration intentionnelle ou la réticence modifie l'objet du risque ou en diminue l'opinion, de prononcer la nullité de la garantie souscrite.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la Mutuelle, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts nonobstant les actions pouvant être diligentées en réparation des préjudices subis par la Mutuelle.

• Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie.

- Si elle est constatée avant toute réalisation du risque : la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation.
À défaut d'accord de l'adhérent, la garantie prend fin dix jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus
- Si elle est constatée après la réalisation du risque : la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 31 – Réclamation

La 525^{ème} Mutuelle met à la disposition de ses Adhérents et de leurs ayants droit la possibilité de contacter le service « Réclamations » pour apporter une réponse à toute réclamation relative à l'application du présent régime, à l'adresse postale suivante :

525^{ème} Mutuelle

Cité Berliet Avenue C - 5 place Steven Spielberg 69800 SAINT PRIEST

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de dix jours ouvrés. Ce service est en principe gratuit, cependant en cas d'abus, les coûts de gestion seront à la charge de l'assuré.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait pas être fournie dans ce délai, la Mutuelle lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Article 32 – Médiation

En cas de désaccord persistait après la réponse donnée par la Mutuelle conformément à l'article « Réclamation », et après épuisement de ses voies de recours internes, ou à défaut de réponse de la part de la Mutuelle dans un délai de deux mois, l'adhérent ou son ayant droit peut saisir gratuitement le Médiateur de la Mutualité Française.

Pour être recevable, la saisine de l'adhérent doit se faire dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès de la Mutuelle, et être accompagnée du justificatif de cette réclamation. Le Médiateur de la Mutualité Française peut être saisi :

- soit par courrier à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française (FNMF)
255 rue de Vaugirard 75719 PARIS cedex 15

- soit directement par le dépôt d'une demande en ligne sur le site internet du Médiateur :
<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce recours ne peut être exercé si une action contentieuse a déjà été engagée. La saisine du Médiateur interrompt la prescription.

Le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas trois mois, dont les parties à la médiation seront informées.

L'avis du Médiateur ne préjuge pas du droit des parties à saisir la justice.

Article 33 - Prescription

En application des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Par exception, le délai de prescription concernant des prestations indues est de 5 ans à compter du jour où la Mutuelle a connu les faits ayant entraîné l'indu.

En tout état de cause, le délai de prescription ne court :

- **en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'adhérent, qu'à partir du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;**
- **en cas de réalisation du risque, qu'à partir du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.**

Quand l'action de l'adhérent, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du Code civil, à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice (même en référé) ;
- un acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue 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 ou envoi recommandé électronique avec accusé réception adressée par la Mutuelle à l'adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. L'interruption de la prescription peut également résulter de la saisine du médiateur, telle que prévue par l'article « Réclamation – médiation » du présent règlement.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

En tout état de cause, pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

Ni l'adhérent, ni la Mutuelle ne peuvent, même d'un commun accord, modifier la durée de la prescription, ou ajouter des causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 34 – Protection des données personnelles

Dans le cadre de l'exécution du présent règlement mutualiste, les données à caractère personnel recueillies font l'objet d'un traitement par 525^{ème} Mutuelle (ci-après dénommée « la Mutuelle »), conformément à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016.

Les données recueillies sont nécessaires à des fins de prospection commerciale, de préparation et gestion des adhésions, de l'exécution du règlement mutualiste, de réalisation de traitements statistiques (dans un souci d'adaptation des garanties, de mesure d'audience, et d'amélioration de nos outils métiers et de prospection), de collecte et de traitement du numéro de sécurité sociale, d'organisation d'actions de prévention conformément à l'article 2 - VII des Statuts de la Mutuelle, d'analyse de l'historique du dossier adhérent dans le cadre de la lutte contre la fraude, d'exercice des recours, de gestion des réclamations et des contentieux, et de gestion des difficultés sociales.

Ces données sont également traitées pour satisfaire les obligations légales ou réglementaires (comme la lutte contre le blanchiment, la lutte contre la fraude ou les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux) de la Mutuelle, et pour assurer la gestion de la vie institutionnelle de la Mutuelle.

Ces traitements sont fondés sur le consentement de la personne ou leurs nécessités dans le cadre de l'exécution des mesures précontractuelles et contractuelles, ainsi que dans le cadre du respect des obligations légales auxquelles la Mutuelle est soumise.

Les destinataires des données sont les services de la Mutuelle en charge des opérations de prospection, préparation et suivi des adhésions et de l'exécution des contrats, les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé, les sous-traitants, partenaires, réassureurs et co-assureurs, les services administratifs et judiciaires définis par la loi et les autorités de contrôle de la Mutuelle, tel que l'ACPR.

Pour la réalisation de ce traitement, la Mutuelle pourra faire appel à un sous-traitant, lié par contrat, qui présentera les garanties suffisantes afin de répondre aux exigences de sécurité et de confidentialité des données, ainsi qu'au respect des instructions de traitement définies par la Mutuelle.

Les destinataires pourront également être, en dehors de la Mutuelle, le ou les assureurs en inclusion s'il y en a, les administrations pour les déclarations et prélèvements sociaux et fiscaux.

Les données sont conservées pendant une durée limitée, déterminée en fonction de la finalité du recueil et du traitement des données. Les données utilisées à des fins de prospection et d'information commerciale sont conservées pendant une durée de trois ans après le dernier contact à l'initiative de l'adhérent ou la fin de la relation contractuelle.

Les données nécessaires à la gestion du contrat sont conservées pendant toute la durée d'affiliation et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légales applicables à l'activité de la Mutuelle. Il est également précisé qu'en cas de contestations et de contentieux la durée de conservation de données sera susceptible d'être allongée.

L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition, de limitation, de définition de directives et de portabilité (restitution ou transfert) quant aux données les concernant. Ils peuvent, à cette fin, contacter le Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle :

- soit par mail à dpo.smf@solimut.fr
- soit par courrier à DPO – SMF, UGM Solimut, Castel Office 7 quai de la Joliette, 13002 Marseille.

Le délai de réponse est d'un mois à compter de la réception de la demande.

Dans l'hypothèse où l'adhérent souhaiterait faire valoir son droit d'opposition et où les données visées seraient nécessaires à l'exécution du règlement mutualiste et des garanties attachées, nous lui rappellerons par lettre recommandée avec accusé de réception les conséquences de ce que l'exercice de ce droit peut induire une difficulté, voire une impossibilité, d'exécuter les dispositions du règlement mutualiste, voire les statuts de la Mutuelle.

L'adhérent peut également, le cas échéant, introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) à l'adresse suivante : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Article 35 – Opposition au démarchage Téléphonique

En application de l'article L.223-1 et suivants du Code de la consommation, il est rappelé que si, en dehors de la relation avec la Mutuelle, l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il peut gratuitement s'inscrire sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en adressant un courrier à la société OPPOSETEL, Service Bloctel, 6 rue Nicolas Siret, 10 000 Troyes, ou sur le site www.bloctel.gouv.fr

L'adhérent peut également s'opposer à tout démarchage commercial de notre part en faisant la demande auprès de la 525^{ème} Mutuelle.

Article 36 - Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme

Conformément aux obligations relatives à la Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme (LCB-FT), l'adhérent s'engage à fournir toute information et toute pièce justificative nécessaire au respect de ses obligations par la Mutuelle.

La Mutuelle se réserve le droit de demander des justificatifs complémentaires au professionnel de santé le cas échéant. Dans ce cadre, les services spécialisés de la Mutuelle sont habilités à contacter l'adhérent et les professionnels de santé afin d'obtenir des précisions sur les informations et les justificatifs fournis.

Ces dispositions sont notamment prévues au sein de l'ordonnance 2009-104, codifiée aux articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Les informations recueillies permettent notamment la vérification :

- De l'identité des bénéficiaires des prestations (adhérent, ayants droits, et bénéficiaires désignés) et des souscripteurs (personne morale et personne physique);
- Le cas échéant, de l'identité de la personne s'acquittant des cotisations lorsqu'il ne s'agit pas de l'adhérent ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées, de l'origine des fonds versés au titre du paiement des cotisations ;
- En cas de suspicions objectives et justifiées sur la destination des fonds reçus au titre du versement des prestations.

Dans le cadre d'une souscription par une personne morale, la vérification de l'identité portera également sur les personnes physiques mentionnées à l'article L561-2-2 du Code monétaire et financier. Cet article fait référence aux représentants légaux assurant la direction de la personne morale.

En tout état de cause, les demandes d'information et de pièces justificatives peuvent être formulées par la Mutuelle au moment de la souscription et durant toute la durée de la relation contractuelle. Lorsque des prestations doivent être réglées postérieurement à la date de cessation de la couverture, lesdites demandes peuvent également être formulées par la Mutuelle.

Les documents transmis par l'adhérent peuvent faire l'objet d'un traitement ou de contrôles, mis en place par la mutuelle dans le cadre des dispositifs de Lutte Contre le Blanchiment d'argent et le Financement du Terrorisme et de Lutte Contre la Fraude.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaire au moment de la souscription du contrat, la Mutuelle peut refuser l'adhésion sauf si l'adhésion au contrat a un caractère obligatoire.

En cas de refus de fournir les informations et les documents justificatifs nécessaire au moment du versement des prestations, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à ce que les éléments lui soient transmis, et qu'ils soient vérifiés.

En cas de refus ou d'opposition de l'Adhérent du prélèvement des cotisations et dès lors que la Mutuelle soupçonne une potentielle fraude quant à une demande de prestation, la Mutuelle peut mettre en suspens le règlement desdites prestations jusqu'à régularisation. »

Le traitement des données est conforme à la loi n°78-17 Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et au règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 tel que rappelé à l'article « Protection des données personnelles »

Article 37 - Autorité de contrôle

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.