



Mutuelle soumise aux dispositions
du Livre II du code de la Mutualité
N° SIREN 339 420 226

Mutuelle Santé

Retraite
Epargne
Prévoyance



Règlement Mutualiste

Validé lors du C.A. du 12 octobre 2022

— SIEGE SOCIAL ET CENTRE ADMINISTRATIF —
53 Avenue de Senlis - B.P. 90307
60803 CREPY EN VALOIS Cedex
Tél : 03 44 59 00 80
<http://www.cmip.fr> — contact@cmip.fr

— C.M.I.P. CREIL —
13 Place du 8 Mai
60100 CREIL
Tél : 03 44 55 13 72

— C.M.I.P. PARIS —
1 bis Rue Fénelon
75010 PARIS
Tél : 01 48 78 70 76

— C.M.I.P. MONTPELLIER —
4 Avenue G. Clémenceau
34000 MONTPELLIER
Tél : 04 12 01 04 00

RECEPTION :
Du mardi au vendredi : 8h30 à 12h30
13h30 à 17h30
Le samedi matin : 8h30 à 12h00
FERME LE LUNDI

Article préliminaire : Définitions

Les termes et expressions inscrits dans le Règlement Mutualiste en majuscule pour les sigles ou avec la première lettre en majuscule ont la signification qui leur est attribuée ci-après :

Adhésion : le lien contractuel entre la Mutuelle et le Membre Participant, découlant de la souscription à titre individuel d'une Garantie complémentaire santé.

Affiliation : l'acte administratif permettant de rattacher les Ayants-Droit à l'Adhésion souscrite par le Membre Participant

Assuré : la personne physique sur laquelle pèse le risque. Il peut s'agir du Membre Participant et le cas échéant d'un ou plusieurs de ses Ayants-Droit.

Ayant-Droit : Les Ayants-Droit sont définis à l'article 8 des statuts; toutefois les précisions suivantes sont apportées :

- les dispositions dudit article sont applicables au partenaire du P.A.C.S.
- l'enfant handicapé qui détient une carte d'invalidité de 3^è catégorie sera considéré comme ayant droit, même s'il n'est plus à charge de ses parents au titre de la sécurité sociale, jusqu'à l'âge de 25 ans.

L'Affiliation de l'Ayant-Droit est subordonnée à l'Adhésion du Membre Participant.

En cas de décès du Membre Participant le ou les Ayants-droit peuvent devenir membres participants.

Bénéficiaire : La personne qui recevra la Prestation due par la Mutuelle en cas de réalisation du Risque frais de soins de santé garanti par l'Adhésion.

Bulletin d'Adhésion : Document destiné au Membre Participant et de nature à permettre son Adhésion au présent Règlement.

Garantie : Engagement de la Mutuelle, en contrepartie du paiement de la cotisation prévue à l'Adhésion, de verser une Prestation en cas de réalisation du Risque.

Membre Participant : La personne qui fait acte d'Adhésion, signataire du Bulletin d'Adhésion et acquittant les cotisations.

Mutuelle : la Mutuelle CMIP, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, mutuelle immatriculée au répertoire Sirène sous le numéro SIREN n° 339 420 226, dont le siège social est situé 53 Avenue de Senlis 60800 CREPY EN VALOIS

OPTAM et OPTAM-CO : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée et Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique. Il s'agit d'une convention signée entre la CNAMTS et les médecins secteur 2 ou les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement, afin de faire bénéficier leurs patients des remboursements appliqués pour les consultations et les actes des médecins Secteur 1 plus favorables. Dans les tableaux de Garanties, la mention « OPTAM et OPTAM-CO » désigne les médecins secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les médecins du secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO et la mention « NON OPTAM et OPTAM-CO » désigne ceux de ces médecins qui n'ont pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO.

La liste des médecins secteur 2 qui ont adhéré à l'OPTAM et à l'OPTAM-CO est consultable sur le site internet : <http://annuaire.sante.ameli.fr/>

Option : niveau de Garantie souscrit par le Membre Participant.

Prestation : elle correspond à l'exécution de la Garantie par la Mutuelle

Risque : Le Risque est un événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Membre Participant ou du Bénéficiaire.

Tiers payant : Système de paiement qui évite aux Assurés de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou par la Mutuelle pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

Article RM 1 : Objet

Le présent Règlement a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles la Mutuelle CMIP, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°339 420 226, dont le siège social est situé 53 Avenue de Senlis 60800 CREPY EN VALOIS, ci-après dénommée la Mutuelle, garantit les Assurés contre les Risques suivants :

- Frais de Soins de Santé ;
- Maternité conformément à l'article RM26 ;
- Assistance à Domicile – Téléconseil / Téléconsultation conformément à l'article RM28.

Le Règlement définit le contenu des engagements contractuels existant entre chaque Membre Participant et la Mutuelle c'est-à-dire les droits et obligations respectifs en ce qui concerne les Prestations et les cotisations.

Les Garanties effectivement souscrites par le Membre Participant sont définies au Bulletin d'Adhésion.

Elles répondent aux obligations résultant de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même Code.

ADHESION

Article RM 2 : Conditions d'Adhésion

Peuvent adhérer au présent Règlement, les personnes physiques âgées d'au moins 16 ans (article L 114-2 du Code de la Mutualité) à la condition que ceux-ci relèvent et justifient d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie français.

Dès que ces conditions ne seront plus respectées, les Garanties prendront fin.

Les personnes redevables d'une dette envers La Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle Adhésion.

Article RM 3 : Modalités d'Adhésion et choix de l'option

La personne souhaitant adhérer à l'une des options du présent Règlement complète et signe un Bulletin d'Adhésion qui précise notamment :

- l'Option souscrite ;
- les Assurés des Garanties souscrites ;
- la date d'effet des Garanties souscrites ;
- les conditions d'entrée en vigueur des Garanties.

Elle joint au Bulletin d'Adhésion les pièces justificatives suivantes :

- la copie de la pièce d'identité du Membre Participant, à jour au moment de l'Adhésion ;
- les attestations d'affiliation au régime obligatoire d'assurance maladie des Assurés ;
- un relevé d'identité bancaire pour les cotisations ;
- un relevé d'identité bancaire pour le versement des Prestations ;
- un mandat SEPA.

La signature du Bulletin d'Adhésion emporte acceptation des dispositions des Statuts, du Règlement Intérieur et du présent Règlement. La Mutuelle est tenue au respect des formalités prescrites par les textes en vigueur.

L'engagement réciproque du Membre Participant et de la Mutuelle résulte de la signature d'un Bulletin d'Adhésion.

En cas de rejet de l'Adhésion par la Mutuelle, la décision motivée est notifiée à l'intéressé dans un délai de 30 jours à compter de la réception du Bulletin d'Adhésion.

Article RM 4: Carte mutualiste

Une carte mutualiste est délivrée en début de période une fois par an. Sur cette carte dite « familiale », figurent les noms et prénoms du Membre Participant et de ses Ayants-Droit bénéficiaires de l'Adhésion.

Elle permet de faire valoir les droits des Bénéficiaires auprès des professionnels de santé.

Toute résiliation, suspension ou radiation implique la restitution immédiate de la carte mutualiste.

De même, en cas de modification de l'Adhésion, le membre devra restituer sa carte. Une nouvelle carte sera adressée dès réception.

Article RM 5 : Affiliation des Ayants-Droit

a) Conditions d’Affiliation des Ayants-Droit

Tous les Ayants-Droit doivent être ressortissants d’un régime obligatoire d’assurance maladie français.

Les Garanties des Ayants-Droit sont identiques à celles du Membre Participant.

L’Affiliation des Ayants-Droit est indissociable et indivisible de l’Adhésion du Membre Participant.

b) Modalités et date d’effet de l’Affiliation des Ayants-Droit

Le Membre Participant affine à l’Adhésion les Ayants-Droit qu’il souhaite.

Postérieurement à l’Adhésion, seul le Membre Participant peut demander par écrit l’Affiliation d’Ayants-Droit, accompagné de l’ensemble des pièces justificatives.

Les Garanties des Ayants-Droit prennent effet en même temps que celle du Membre Participant lorsqu’ils sont affiliés concomitamment à sa propre Adhésion.

En cas de naissance ou d’adoption d’un enfant postérieurement à l’Affiliation du Membre Participant, les Garanties prennent effet, pour l’intéressé, dès la date de l’événement en question, si la demande est reçue dans les 2 mois qui suivent l’évènement.

Dans tous les autres cas, les Garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la demande.

c) Cessation de l’Affiliation des Ayants-Droit

- Cessation de plein droit

La cessation des droits du Membre Participant entraîne automatiquement la cessation de ceux de ses Ayants-Droit.

Lorsqu’un assuré ne remplit plus les conditions pour bénéficier de la qualité d’Ayant-Droit, son affiliation cesse le 1^{er} jour du mois qui suit l’évènement.

A leur demande expresse faite auprès de la Mutuelle, les mineurs de plus de 16 ans peuvent être Membre Participant sans l’intervention de leur représentant légal.

- Résiliation à l’initiative du Membre Participant

L’Affiliation des Ayants-Droit peut être résiliée, au 31 décembre de l’année, à la demande du Membre Participant notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception à la Mutuelle, moyennant le respect d’un préavis de deux mois.

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si l’Ayant droit se trouve dans l’obligation d’adhérer à un contrat collectif obligatoire, il peut alors demander la résiliation de son Adhésion en cours d’année. Pour ce faire, le Membre Participant doit communiquer à la Mutuelle une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l’absence de dispense d’Affiliation. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite, sous réserve de produire l’attestation de l’employeur.

Article RM 6 : Déclarations du Membre Participant

Le Membre Participant certifie sincères et véritables les informations qu’il a fournies lors de l’établissement de son Adhésion. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut entraîner la nullité de l’Adhésion dans les conditions de l’article « RÉTICENCE ET FAUSSES DÉCLARATIONS » et les sanctions prévues aux statuts et présent Règlement.

Par ailleurs, le Membre Participant est tenu d’informer la Mutuelle, dans un délai de trois mois, de toutes les modifications concernant :

- son état civil ;
- l’adresse de son domicile ;
- sa situation familiale ;
- sa situation socioprofessionnelle ;
- son ouverture de droits au regard des régimes d’assurance maladie obligatoires ;
- ses coordonnées bancaires ;
- la couverture du Risque par un autre organisme assureur.

Et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour La Mutuelle.

Seules les informations et demandes de modifications fournies par le Membre Participant seront prises en compte par la Mutuelle.

Article RM 7 : Prise d’effet – durée - renouvellement de l’Adhésion

L’Adhésion ne peut prendre effet qu’à réception par la Mutuelle :

- du Bulletin d’Adhésion complété, daté, paraphé et signé ;
- de l’ensemble des pièces justificatives visées à l’article « MODALITÉ D’ADHÉSION ET CHOIX DE L’OPTION » ;
- du paiement du droit d’Adhésion et de la première cotisation.

Sous ces réserves, elle prend effet au plus tôt au premier jour du mois qui suit l'envoi du dossier complet.

L'Adhésion est souscrite pour une durée minimum d'un an et vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Dans le cas d'une adhésion en cours d'année civile, l'échéance interviendra au 31 décembre de l'année suivante. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année.

Article RM 8 : Faculté de renonciation/rétractation

Dispositions spéciales

- Vente à distance

Dans le cadre de la vente à distance au sens de l'article L 221-1 du Code de la consommation, le Membre Participant peut renoncer à l'Adhésion pendant un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la date prise d'effet de l'Adhésion. Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

- Démarchage

Dans le cadre du démarchage au sens de l'article L 221-1 du code de la consommation, le Membre Participant peut renoncer à l'Adhésion dans un délai de 14 jours calendaires révolus à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion. Il lui suffit d'envoyer une lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer. Cet envoi doit se faire par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

- Vente hors établissement

Dans le cadre de la vente hors établissement au sens de l'article L 221-1 du code de la consommation, le Membre Participant peut se rétracter dans un délai de 14 jours à compter de la signature du Bulletin d'Adhésion. Il lui suffit d'envoyer à la Mutuelle une simple lettre rédigée sur papier libre et dénuée de toute ambiguïté sur sa volonté de renoncer.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

- Foires et salons

En cas de distribution du présent Règlement à l'occasion de foires ou salons, les dispositions figurant à l'article « Faculté de renonciation » n'ont pas vocation à s'appliquer. Les articles L 224-59 à L224-62 du code de la consommation n'offrent aucune possibilité pour le consommateur de se rétracter.

Dispositions communes

Afin d'exercer sa faculté de renonciation ou de rétractation, le Membre Participant doit adresser sa demande à l'adresse suivante :

CENTRE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNEL
53 Avenue de Senlis
60800 CREPY EN VALOIS

Article RM 9: Modification d'Option

Après une année de sociétariat, le Membre Participant a la possibilité de changer d'Option, l'ensemble de ses Ayants-Droit étant soumis à ce changement.

La Mutuelle devra être avisée 30 jours avant la date d'effet choisie pour cette modification.

Pour toute demande de changement pour une option offrant des Garanties supérieures, pendant les 6 premiers mois, les Garanties de l'ancienne Option seront appliquées sur les postes suivants : hospitalisation, dentaire, optique, appareillage et cure thermique.

Toute demande de changement d'Option pour un niveau supérieur ne pourra être acceptée par la Mutuelle qu'après un sociétariat minimum d'un an (douze mois) dans le niveau en vigueur.

Toute demande de changement d'Option pour un niveau inférieur ne pourra être acceptée par la Mutuelle qu'après un sociétariat minimum de deux ans (vingt-quatre mois) dans le niveau en vigueur.

Article RM 10: Cessation de l'Adhésion

A l'initiative du Membre Participant :

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10 du Code de la Mutualité, le Membre Participant peut mettre fin à son Adhésion en envoyant une lettre recommandée à la Mutuelle au moins deux mois avant l'échéance annuelle de l'Adhésion, soit avant le 31 octobre de l'année en cours, le cachet de la poste faisant foi. Cette résiliation prendra effet le 31 décembre à minuit de l'année en cours.

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité, le Membre Participant dispose également d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance annuel pour dénoncer le renouvellement de son Adhésion, le cachet de la poste faisant foi.

Dans le respect des dispositions de l'article L. 221-10-2 du Code de la Mutualité, le membre participant peut également résilier son adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La résiliation de l'adhésion prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant. La notification de la résiliation peut être effectuée, au choix du membre participant :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social de la mutuelle ou à une de ses agences ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

La mutuelle confirme par écrit la réception de la notification.

Lorsque la demande de résiliation est valable, le membre participant souscripteur n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant souscripteur dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où l'adhérent ou le participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent ou du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au même premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure.

A l'initiative de la Mutuelle :

La Mutuelle peut mettre fin à l'Adhésion du Membre Participant :

- en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article « NON-PAIEMENT DES COTISATIONS » du présent Règlement ;
- en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, dans les conditions de l'article « FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE » ;
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle conformément aux dispositions de l'article L. 221-15 du code de la mutualité, dans les conditions de l'article « FAUSSE DÉCLARATION NON INTENTIONNELLE » ;
- en cas de fraude ou de tentative de fraude dans le cadre de la procédure d'exclusion prévue aux statuts de la Mutuelle.

- Résiliations dérogatoires

- Si le Membre Participant se trouve dans l'obligation d'adhérer à un contrat collectif obligatoire, il peut demander la résiliation de son Adhésion en cours d'année. Pour ce faire, le Membre Participant doit communiquer à la Mutuelle une attestation de son employeur justifiant du caractère obligatoire et le cas échéant, familial, du régime de complémentaire santé de son entreprise ainsi que de l'absence de dispense d'affiliation. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite, sous réserve de produire l'attestation de l'employeur.
- Si le Membre Participant est admis au bénéfice de la Complémentaire Santé Solidaire, il peut demander la résiliation de son Adhésion. Celle-ci prend effet la veille de la date d'effet de la Complémentaire Santé Solidaire figurant sur l'attestation délivrée par le régime obligatoire et avec un effet rétroactif si nécessaire.

- Cas particulier des personnes décédées

L'Adhésion est résiliée de plein droit en cas de décès du Membre Participant lorsqu'il est seul bénéficiaire.

Une copie de l'acte de décès doit être transmise à La Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte.

Les cotisations versées par avance donneront lieu à remboursement prorata temporis, à compter de la date du décès :

- au notaire ou le gérant de l'indivision, s'il y a lieu ;
- à défaut, à tout membre de la famille sur présentation d'une attestation ou d'un acte de notoriété.

Conséquences de la cessation de l'Adhésion

Les cotisations des périodes antérieures à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement de l'Adhésion restent dues dans tous les cas.

Aucune Prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement de l'Adhésion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

En aucun cas, le Membre Participant exclu pour des faits ayant causé un préjudice à la Mutuelle ne pourra devenir Ayant-Droit d'un Membre Participant ou adhérer de nouveau à la Mutuelle, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Article RM 11: Réticence et fausses déclarations

RETICENCE ET FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

Conformément à l'article L. 221-14 du Code de la Mutualité, indépendamment des causes ordinaires de nullité, la Garantie accordée au Membre Participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Membre Participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

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 du Membre Participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la Garantie prévue au Bulletin d'Adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'Adhésion dans le cadre du présent règlement moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le Membre Participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'Adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée au Membre Participant par lettre recommandée.

La Mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la Garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la Prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le Membre Participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés

Article RM 12 : Révision du règlement mutualiste

Les dispositions du règlement sont établies en fonction de la réglementation et notamment celle relative à la Sécurité Sociale et à la fiscalité, en vigueur à la date d'effet du règlement.

La Mutuelle se réserve le droit de modifier le présent règlement, notamment en cas de changement de cette réglementation.

La modification du règlement est notifiée au Membre Participant et s'impose dès sa notification.

COTISATION

Article RM 13: Cotisations

La cotisation est annuelle et due pour l'année entière.

Elle figure dans les documents fournis lors de la demande d'Adhésion par le Membre Participant selon l'Option souscrite et le nombre d'Ayants-Droit.

Le montant de la cotisation est fixé forfaitairement en euros, le montant de son fractionnement mensuel pour chaque Membre Participant, en euro TTC, est mentionné dans les documents fournis lors de la demande d'Adhésion.

Les taxes, impôts et contributions grevant les cotisations sont calculés au jour de l'échéance des cotisations. Ils sont toujours à la charge du Membre Participant de manière à ce que la Mutuelle n'ait jamais à les supporter.

Si l'Adhésion est faite en cours d'année, la cotisation est calculée au prorata du temps à courir jusqu'au terme de l'année d'Adhésion.

Article RM 14 : Paiement des cotisations

Avis de paiement de cotisation

La cotisation est appelée par un avis de paiement de cotisations adressé à chaque Membre Participant annuellement. La non-réception de l'avis de paiement par le Membre Participant ne le dispense pas de l'obligation de cotiser. Il doit, dans cette hypothèse, contacter la Mutuelle.

Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation est payable d'avance. Elle est due au 1^{er} janvier pour tout Membre Participant inscrit au 31 décembre de l'année précédente ou, pour les nouveaux Membres Participants, à partir de la date d'effet de l'Adhésion.

Les modalités de paiement sont le prélèvement automatique, le paiement par carte bancaire, par chèque.

Pour faciliter le paiement de l'échéance annuelle, la Mutuelle permet son fractionnement. Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité peut être : mensuelle, trimestrielle ou semestrielle.

Le paiement mensuel de cotisations se fait obligatoirement par prélèvement bancaire ou postal le 6 de chaque mois, cette date n'étant pas contractuelle.

Le fractionnement ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au Membre Participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité.

Le non-paiement de l'une des échéances, sauf dispositions ayant reçu l'accord de la Mutuelle, entraîne automatiquement l'exigibilité immédiate du solde annuel non réglé.

Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L 221-7 du code de la mutualité, à défaut de 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 en justice, les Garanties seront suspendues trente jours après la mise en demeure du Membre Participant.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension des Garanties 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 l'Adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de l'Adhésion.

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

Article RM 15 : Frais de gestion bancaires

Les frais bancaires de rejet de prélèvement suite à un défaut de paiement seront portés au débit du Membre Participant à l'euro l'euro et figureront sur la lettre de rappel de la cotisation impayée.

Article RM 16 : Révision des cotisations

Les cotisations sont réexaminées par la Mutuelle en fin d'année et peuvent être modifiées en fonction notamment des résultats du compte technique d'exploitation du présent Règlement mutualiste et de l'évolution de l'indice de la consommation médicale.

La révision des cotisations est notifiée au Membre Participant et s'impose dès la notification.

Les cotisations sont établies sur la base de la législation de l'Assurance Maladie et de la réglementation fiscale et sociale en vigueur au moment de la signature du Bulletin d'Adhésion.

Toute modification pourra faire l'objet d'une répercussion immédiate sur les cotisations de l'année en cours.

GARANTIES

Article RM 17 : Objet des Garanties frais de soins de santé

Les Garanties ont pour objet d'assurer au Membre Participant et éventuellement à ses Ayants-Droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à Prestations en complément des remboursements effectués par la Sécurité Sociale au titre des Prestations en nature de l'assurance maladie.

Les frais de santé concernés par la Garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sous réserve des dispositions de l'article « FRAIS DE SOINS DE SANTE A L'ETRANGER ».

La date des soins est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'Assurance Maladie, sauf cas spécifiques.

Concernant l'orthodontie, le fait générateur est réputé être la date portée sur le décompte de remboursement du régime obligatoire.

Sont également couvertes les Prestations ne donnant pas lieu à une prise en charge par le régime d'Assurance Maladie et indiquées expressément au descriptif de la Garantie choisie. Pour ces Prestations, la date des soins est réputée être celle indiquée sur les justificatifs adressés.

Les frais de santé doivent correspondre à des soins reçus, quelle que soit la date d'apparition de la maladie, postérieurement à la date d'effet de l'Adhésion ou à l'Affiliation de l'Ayant droit, et en tout état de cause, avant toute cessation de l'Adhésion. Les Prestations donnent lieu à un remboursement selon l'Option souscrite par le Membre Participant dans les conditions et au taux ou montant mentionnés annexé au présent Règlement.

Article RM 18 : Bénéficiaires des Garanties

Membre Participant et Ayants-Droit

Les Bénéficiaires des Garanties sont le Membre Participant ainsi que les Ayants-Droit pour lesquels il a demandé l'Affiliation à la Mutuelle et acquitte les cotisations correspondantes.

Les Ayants-Droit affiliés bénéficient obligatoirement de la même Garantie que le Membre Participant.

Article RM 19 : « Contrat responsable »

Les Prestations servies dans le cadre du présent Règlement sont conformes aux dispositions des articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité Sociale qui définissent les « Contrats responsables ».

La Mutuelle prend ainsi en charge :

1°/ L'intégralité de la participation des Assurés définie à l'article R. 160-5 du Code de la Sécurité Sociale, sauf pour les prestations de santé mentionnées aux 6°, 7°, 10° et 14° du même article, mais qui peuvent, le cas échéant, être prises en charge selon l'Option choisie par le Membre participant ;

2°/ Si cette Garantie est prévue dans l'Option choisie par le Membre participant, des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO prévue par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité Sociale, dans la double limite de 100 % du tarif de responsabilité et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant égal à 20 % du tarif de responsabilité ;

3°/ Si l'Option choisie par le Membre participant comporte la couverture des frais exposés par l'Assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition des dispositifs médicaux d'optique médicale à usage individuel soumis au remboursement, les dépenses d'acquisition de ces dispositifs, à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant la participation des Assurés définie au 1°/ et dans les conditions suivantes :

a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;

b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à +6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;

d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f) ;

e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f) ;

f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de - 4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés ci-dessus, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 100 euros.

Cette Garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

4°/ Le forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 174-4, sans limitation de durée.

La Mutuelle exclut par ailleurs la prise en charge de certains actes conformément aux dispositions de l'article « EXCLUSIONS ».

En outre, conformément aux dispositions de l'Arrêté du 17 avril 2012 pris en application de l'article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et modifié par l'Arrêté du 8 juillet 2013, la Mutuelle communique annuellement au souscripteur le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de la Mutuelle affectés aux Garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque.

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

Article RM 20 : Bases de remboursement des Prestations

La Mutuelle garantit le versement des Prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité Sociale en tenant compte, pour l'ensemble des Garanties, du respect par le Membre Participant et/ou ses Ayants-Droit du parcours de soins coordonnés.

Les Garanties sont exprimées :

- en pourcentage des bases de remboursement de la Sécurité Sociale ;
- sous forme de plafond en euros. Ces plafonds peuvent être fixés par acte ou pour un ensemble d'actes selon l'Option choisie par le Membre Participant.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :

- si la Garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires, la Mutuelle n'est débitrice d'aucune Prestation ;
- si la Garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la Mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.

Les Prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins.

Les frais non remboursés par la Sécurité sociale ne donnent lieu à aucun versement de Prestations de la part de la Mutuelle, sauf indication contraire dans le tableau des Garanties selon l'Option choisie par le Membre Participant.

Le remboursement des consultations et des actes des médecins non conventionnés est calculé sur la base du tarif d'autorité.

Article RM 21 : Exclusions de Garantie

Conformément à l'article L 871-1 du Code de la Sécurité sociale et à ses textes réglementaires d'application, définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire (article L. L160-13-II du code la Sécurité sociale) et la franchise médicale laissée à la charge des Assurés (article L160-13-III du code la Sécurité sociale), pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé pris en charge par l'assurance maladie et visée ci-après :
 - 1) les médicaments mentionnés aux articles L.5111-2, L.5121-1 et L.5111-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
 - 2) les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de la santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;
 - 3) le transport mentionné au 2) de l'article L.321-1 du code la Sécurité sociale effectué en véhicule sanitaire terrestre ou taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- la majoration du ticket modérateur imposée au patient qui consultera un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (hors Parcours de soins) ;
- la majoration de participation de l'Assuré qui refusera à un professionnel d'accéder ou de compléter son dossier médical personnel ;
- la franchise appliquée aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques en application du 18°) de l'article L.162-5 du code la Sécurité sociale à hauteur, au moins, du dépassement autorisé sur les actes cliniques lorsqu'ils sont réalisés hors Parcours de soins.

Pour les dépassements au-delà de cette franchise, le remboursement s'effectuera dans les limites des Garanties souscrites.

- Et de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration, ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L871-1 du Code de la Sécurité Sociale et par ses textes d'application.

La Mutuelle ne garantit pas les dépenses, les soins ou les interventions non pris en charge par la Sécurité Sociale, sauf cas particuliers prévus au tableau de garanties annexé au présent Règlement selon l'Option choisie par le Membre participant.

Le fait que la Mutuelle ait payé des Prestations correspondant à la réalisation d'un Risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

Article RM 22 : Principe indemnitaire et pluralité d'assureurs

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 :

« Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale. »

« 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. »

Si le Bénéficiaire a effectué pour un même soin une ou plusieurs demandes de remboursements auprès d'autres organismes assureurs sans en informer la Mutuelle, celle-ci se réserve le droit de poursuivre le Bénéficiaire.

Article RM 23 : Frais de soins de santé à l'étranger

La Mutuelle garantit les dépenses, soins ou interventions engagés à l'étranger dans le cadre de l'Union Européenne ou dans les pays ayant signé une convention de réciprocité avec le régime obligatoire d'assurance maladie français.

Séjours temporaires à l'étranger - Membre Participants détachés - Résidents à l'étranger : la Mutuelle intervient dès lors que le Membre Participant bénéficie d'une prise en charge par le régime obligatoire français ou par le régime de Sécurité Sociale du pays d'accueil. Dans les deux cas, elle intervient en complément des tarifs théoriques de la Sécurité Sociale française éventuellement reconstitués et selon les Garanties prévues au présent règlement.

La Mutuelle prend en charge les soins à l'étranger sous réserve de recevoir les factures détaillées des soins, traduites en langue française, précisant au minimum la nature et le montant de chaque dépense engagée et le remboursement auquel elle a donné lieu.

Article RM 24 : Montant et condition des Garanties

Suivant le tableau des Garanties annexé au présent règlement, peuvent donner lieu à remboursement, si les Garanties correspondantes sont prévues dans l'option souscrite par le Membre Participant, les frais suivants :

Maladie :

- les consultations, visites, actes de radiologie, honoraires médicaux remboursés par la Sécurité Sociale selon les taux en vigueur ;
- les examens de laboratoire remboursés par la Sécurité Sociale selon les taux en vigueur ;
- les actes des auxiliaires médicaux remboursés par la Sécurité Sociale selon les taux en vigueur.

Hospitalisation :

- Hospitalisation chirurgicale :
 - frais chirurgicaux proprement dits (intervention chirurgicale, frais de salle d'opération, assistance-aide opératoire, frais de séjour...) ;
 - soins pré-opératoires : ils doivent intervenir avant l'opération et comprennent une consultation ou visite auprès d'un médecin généraliste, une consultation ou une visite auprès d'un chirurgien, une analyse ;
 - soins post-opératoires : ils interviennent après suivant l'opération, ils comprennent : une visite ou une consultation auprès d'un médecin généraliste et/ou d'un chirurgien, une analyse, la rééducation, les massages, la gymnastique médicale et l'appareillage provisoire.

- Hospitalisation médicale :

Pour tout séjour en hôpital, clinique, sanatorium, maison de convalescence pris en charge par le régime obligatoire ne donnant pas lieu à intervention chirurgicale, la prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.

- Hospitalisation à domicile :

Hospitalisation donnant lieu à une facturation forfaitaire selon un prix de journée et consécutive, sans interruption, à un séjour hospitalier indemnisé par le règlement. La prise en charge commence au 1^{er} jour d'hospitalisation.

- Frais pouvant être pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation :

- frais d'hospitalisation liés au séjour (Prestations forfaitaires, hébergement) ;
- honoraires médicaux et paramédicaux, actes de laboratoires ;
- frais de chambre particulière dans le cadre d'une hospitalisation médicale ou chirurgicale : selon l'option souscrite dans la limite de 60 jours / an ;
- forfait hospitalier : sans limitation de durée ;
- frais d'accompagnement en cas d'hospitalisation d'un enfant de moins de 12 ans : selon l'option souscrite par le Membre Participant ;
- séjours en établissements non conventionnés : la base de remboursement retenue par la Mutuelle sera celle déclarée par le Régime Obligatoire sur la base des tarifs en vigueur ;
- séjours en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et Maisons pour enfants à caractère sanitaire (MECS) : forfait journalier limité à 60 jours par an.

Pharmacie :

Les médicaments remboursés par la Sécurité Sociale selon les taux en vigueur

Optique :

- Monture et verres : pour les adultes (plus de 18 ans), le remboursement est limité à un équipement (monture avec deux verres) pour une période de deux ans calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments dans la limite du plafond prévu à la Garantie. En cas d'évolution de la correction visuelle constatée par la nouvelle prescription

d'un ophtalmologue ou par la prescription initiale d'un ophtalmologue comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R165-1 du Code de la Sécurité Sociale, et pour les enfants, le remboursement est limité à un équipement pour une période d'un an calculée à compter de la date d'achat de l'équipement ou de l'un de ses éléments dans la limite du plafond prévu à la Garantie.

- Lentilles : les lentilles sont remboursées par la Mutuelle dans la limite d'un plafond exprimé par année civile et par Assuré, selon l'Option souscrite par le Membre Participant. Les lentilles non prises en charge par le régime obligatoire peuvent être remboursées à condition qu'elles soient inscrites sur la liste des produits et des Prestations remboursables (LPPR) et délivrées par un opticien agréé par la Sécurité sociale. Ce remboursement s'effectue sur présentation des factures originales, détaillées et acquittées.

Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la Mutuelle.

- Chirurgie réfractive : l'intervention chirurgicale réfractive peut être prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un plafond exprimé par œil et par bénéficiaire, selon l'Option souscrite par le Membre Participant.

Dentaire :

Les actes dentaires sont remboursés selon leur codification dans la « classification commune des actes médicaux (CCAM) pour l'activité bucco-dentaire » et leur association aux différentes «Garanties DENTAIRE».

Les Prestations de la Mutuelle peuvent dépendre du détail du type de l'acte réalisé (soins, prothèses ou implants)

Les remboursements au titre des soins dentaires pris en charge par l'assurance maladie obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par l'Option.

Les soins d'orthodontie remboursés par l'assurance maladie obligatoire, peuvent être pris en charge par la Mutuelle selon l'Option choisie par le Membre Participant.

Les soins d'orthodontie non remboursés par l'assurance maladie obligatoire, peuvent être pris en charge par la Mutuelle selon l'Option choisie par le Membre Participant, dans la limite d'un plafond par bénéficiaire et par semestre.

La Mutuelle ne rembourse pas les prothèses dentaires transitoires ou provisoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

Prothèses et appareillage

Les prothèses et les appareillages sont remboursés selon leur nature et leur association aux différentes Garanties « APPAREILLAGE » telles que mentionnées au Tableau de Garanties annexé au présent Règlement, dans la limite d'un plafond par année civile ou par acte selon l'Option choisie par le Membre Participant.

Cure thermique

- Les cures thermales en hospitalisation : lorsqu'elles sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, elles sont remboursées par la Mutuelle dans le cadre de la Garantie « HOSPITALISATION » dans la limite du plafond par année civile prévu à ladite Garantie selon l'Option choisie par le Membre Participant ;

- Les cures thermales en externat : la Mutuelle peut rembourser, s'il y a lieu, le ticket modérateur pour les frais de transport, d'hébergement, de surveillance médicale et les soins pris en charge par le régime obligatoire du bénéficiaire, dans la limite du plafond par année civile par bénéficiaire prévu à la Garantie selon l'Option choisie par le Membre Participant.

Le forfait hébergement peut faire l'objet d'un remboursement. Auquel cas, la cure doit être prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et ce, même si cette dernière ne prend pas en charge l'hébergement.

Prévention

- la densitométrie osseuse non remboursée par la sécurité sociale : selon l'Option souscrite, dans la limite d'un plafond par année civile et par bénéficiaire, sur présentation d'une facture originale et acquittée précisant la nature de l'acte ;

- le sevrage tabagique remboursé par la sécurité sociale dans la limite d'un plafond par année civile par bénéficiaire selon l'Option choisie par le Membre Participant ;

- le détartrage dentaire annuel remboursé par la sécurité sociale selon l'Option choisie par le Membre Participant ;

- la Mutuelle peut rembourser les actes des ostéopathes, des chiropracteurs, des Etiopathes, des hypnothérapeutes et les actes de pédicurie, sur présentation d'une facture originale du praticien mentionnant la possession du diplôme d'état dans la spécialité afférente à l'acte pratiqué, dans la limite de 3 actes par année civile et d'un plafond par acte et par bénéficiaire selon l'Option retenue ;

- les vaccins non remboursés par la Sécurité Sociale.

Aides auditives :

Les aides auditives sont remboursées selon les garanties mentionnées au Tableau de Garanties annexé au présent règlement, dans la limite d'un renouvellement tous les 4 ans (par oreille).

Article RM 25 : Délai d'attente

Un délai d'attente partiel d'une durée de 12 mois courant à compter de la date d'effet de l'Adhésion est appliqué aux garanties « DENTAIRES »

Le remboursement des actes et des soins dentaires est ainsi plafonné à la somme de 500 euros durant cette période, hors le ticket modérateur auquel le délai d'attente ne s'applique pas.

Article RM 26 : Garantie « maternité »

Une indemnité définie suivant le tableau des garanties est accordée pour chaque naissance déclarée à l'Etat Civil ou pour l'adoption d'un enfant. La Mutuelle est souscriptrice d'un contrat allocation naissance en inclusion au contrat complémentaire santé, auprès de l'U.N.M.I. Union Nationale Mutualiste Interprofessionnelle, union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité immatriculée sous le SIREN 784718207 dont le siège social est sis au 50 avenue Daumesnil 75012 PARIS

Pour obtenir le paiement de cette Prestation, il faut :

- que le nouveau né ou adopté soit inscrit sur l'Adhésion en tant qu'Ayant-Droit ;
- que la déclaration de naissance ou d'adoption intervienne dans un délai de deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption ;
- que le nouveau né ou adopté bénéficie du Régime Obligatoire du Membre Participant sur le territoire national.

Les pièces à fournir sont :

- acte de naissance ou d'adoption ;
- carte mutualiste de Membre Participant pour mise à jour ;
- copie de l'attestation de sécurité sociale.

Les nouveaux nés ou adoptés seront garantis sans délai d'attente et la cotisation sera modifiée éventuellement.

Déclaration tardive : dans le cas où l'inscription intervient après le délai de deux mois prévu au présent article, le Membre Participant ne pourra prétendre à bénéficier du forfait naissance.

La Garantie Maternité est incluse dans les Garanties du présent Règlement. L'Adhésion à cette Garantie est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L221-3 du code de la mutualité.

Article RM 27 :- Néant (article supprimé)

Article RM 28 : Garantie assistance à domicile - Téléconseil / Téléconsultation

La Mutuelle est souscriptrice de la Garantie assistance à domicile, pour l'ensemble des Membres Participants et de leurs Ayants-Droit auprès de FILASSISTANCE INTERNATIONAL, SA immatriculée au RCS sous le n° 433012689 dont le siège social est sis au 108 bureaux de la colline 92213 ST CLOUD CEDEX, et de la garantie téléconseil / téléconsultation, pour l'ensemble des Membres Participants et de leurs Ayants-Droit auprès de MEDAVIZ, SAS Podalire immatriculée au RCS sous le n° 807414024 dont le siège social est sis Place Albert Einstein, le Prisme 56038 VANNES CEDEX, par l'intermédiaire de COGEMUT, SARL immatriculée au RCS sous le n° 408184208 dont le siège social est sis 26 bis Boulevard de Strasbourg 94130 NOGENT SUR MARNE.

Le Membre Participant qui bénéficie de la Garantie santé a droit, pour lui-même et ses Ayants-Droit, à la Garantie d'assistance « ASSISTANCE A DOMICILE » et au service téléconseil / téléconsultation.

Le service d'assistance peut intervenir au bénéfice du Membre Participant ou de ses Ayants-Droit, en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile, consécutivement à un accident ou à une maladie soudaine et imprévisible. Ces Garanties sont assurées par FILASSISTANCE INTERNATIONAL, SA immatriculée au RCS sous le n° 433012689 dont le siège social est sis au 108 bureaux de la colline 92213 ST CLOUD CEDEX dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice de ses Membres participants.

Le service téléconseil / téléconsultation peut mettre en relation le Membre Participant ou ses Ayants-Droit avec des professionnels de santé. Cette garantie est assurée par MEDAVIZ, SAS Podalire immatriculée au RCS sous le n° 807414024 dont le siège social est sis Place Albert Einstein, le Prisme 56038 VANNES CEDEX, dans le cadre d'un contrat collectif souscrit par la Mutuelle, au bénéfice de ses Membres participants.

La Garantie assistance et le téléconseil / téléconsultation sont inclus dans les Garanties du présent Règlement. L'Adhésion à ces Garanties est obligatoire conformément aux dispositions de l'article L221-3 du code de la mutualité.

Les Prestations d'assistance et de téléconseil / téléconsultation, leurs modalités de mise en œuvre, sont définies dans les notices d'information remises au Membre Participant.

Article RM 29 : Révision annuelle des Garanties

Les niveaux des Garanties sont réexaminés par la Mutuelle en fin d'année, et peuvent être modifiés notamment en fonction des résultats techniques du présent Règlement, et de l'évolution des dépenses de santé.
La révision des niveaux de Garanties est notifiée au Membre Participant et s'impose dès la notification.

MODALITES DES PRESTATIONS

Article RM 30 : Droit aux Prestations

Les Prestations prises en charge par les régimes obligatoires (sécurité sociale, mutualité sociale agricole, régimes des travailleurs non-salariés...) donnent lieu à remboursement suivant les conditions déterminées à l'article « MONTANT ET CONDITION DES GARANTIES ».

Elles sont calculées sur la base du tarif conventionnel de remboursement de ces régimes obligatoires, tel qu'il est fixé par arrêté ministériel.

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de l'acte médical (consultation, acte technique, achat de médicament, équipement optique, prothèse dentaire...).

La date de l'acte médical est réputée être celle indiquée sur les décomptes du régime d'Assurance Maladie, sauf cas spécifiques.

Sont pris en charge les actes médicaux consécutifs à des maladies ou des accidents dont la date est postérieure à la date d'effet de l'Adhésion du Membre Participant ou de l'Affiliation de l'Ayant droit et antérieure à la date de cessation de l'Adhésion ou de l'Affiliation.

Le bénéfice des Prestations n'est accordé que si le Membre Participant est à jour des cotisations dues à la Mutuelle au titre de son Adhésion.

A titre exceptionnel, en cas de cotisation impayée, la Mutuelle pourra déduire des Prestations dues au Membre Participant le montant de son arriéré.

Article RM 31 : Règlement des Prestations

Sauf usage du tiers payant, la Mutuelle procède au règlement de Prestations par virement direct sur le compte bancaire, sur présentation des originaux des décomptes fournis par les régimes obligatoires (sécurité sociale, M.S.A., régimes T.N.S...).

Le choix du moyen de règlement est généralisé pour l'ensemble des Membres Participants de la Mutuelle. Toute modification appartient au conseil d'administration.

Les Membres Participants peuvent recevoir un décompte de Prestations ou avoir accès à un fichier informatique des Prestations réglées par la Mutuelle.

Article RM 32 : Délai de versement des Prestations

La Mutuelle verse ses Prestations généralement :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie) ;
- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives en cas de traitement manuel des remboursements, délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

L'acheminement des décomptes, le crédit des virements est fonction des délais de transmission de partenaires administratifs (PTT, banques...), en aucun cas la Mutuelle ne pourra être tenue responsable des retards éventuels, la date d'envoi faisant foi.

Article RM 33 : Déclaration de sinistre et formalités

Les Assurés sont tenus, pour bénéficier des Prestations, de fournir à la Mutuelle les déclarations et les pièces justificatives listées en annexe selon le type de Prestation et les modalités de remboursement de la Sécurité Sociale.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des Prestations sont à la charge du Membre Participant.

Avant ou après le paiement des Prestations, afin d'éclairer sa décision et de vérifier l'exactitude des renseignements qui lui sont fournis, la Mutuelle peut demander la production de toute pièce justificative.

Article RM 34 : Déchéance des droits aux Prestations

Les demandes de Prestations Frais de santé accompagnées des documents justificatifs doivent, sous peine de forclusion, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de deux ans suivant la date de l'acte médical, sous peine de déchéance des droits à indemnisation en cas d'intention frauduleuse dans le respect des dispositions de l'article L 221-16 2° du Code de la mutualité.

Même en l'absence d'intention frauduleuse, la Mutuelle se réserve le droit de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

L'Assuré peut également être déchu de ses droits en cas de violation d'une loi ou d'un règlement constituant un crime ou un délit intentionnel. Tel est notamment le cas lorsque l'Assuré présente une demande de remboursement correspondant à un soin ou à un achat inexistant.

Article RM 35 : Prestations indues

En cas de Prestation indûment versées à un Membre Participant ou à un Ayant droit, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte de Membre Participant par un Membre Participant postérieurement à la suspension de ses Garanties ou à la résiliation de son Adhésion entraînant le versement de Prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition et notamment par voie de compensation avec des Prestations futures auxquelles les Assurés pourraient avoir droit.

À défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit.

AUTRES DISPOSITIONS

Article RM 36 : Recours contre tiers

Conformément aux dispositions de l'article L 224-9 du Code de la mutualité, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions du Membre Participant ou de ses Ayants-Droit victimes d'un accident ou d'une maladie contre le tiers qui en est responsable, que sa responsabilité soit entière ou partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la Prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants-Droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le Membre Participant ou ses Ayants-Droit s'engagent à déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victimes.

Article RM 37 : Divers – Pièces administratives

Les modifications concernant un Membre Participant ou ses Ayants-Droit devront être effectuées par écrit à la Mutuelle, accompagnées des pièces justificatives nécessaires au traitement des dossiers.

La Mutuelle conservera en archives les originaux des bordereaux de règlement des Prestations aux Membres Participants par les différents régimes obligatoires.

Aucun original de ces bordereaux ne sera retourné aux Bénéficiaires ou à d'autres organismes après le traitement du règlement effectué par la Mutuelle.

Article RM 38 : Réclamations et médiation

Pour toute réclamation ou litiges, le Membre Participant adresse sa demande écrite accompagnées des pièces justificatives nécessaires au traitement des dossiers à :

CENTRE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNEL
53 Avenue de Senlis
60800 CREPY EN VALOIS

La Mutuelle rend un avis motivé dans un délai maximum de 45 jours.

Dans un délai d'un an, à compter de la réclamation écrite effectuée auprès de la mutuelle, le Membre participant, qui n'a pas encore saisi les tribunaux, peut saisir le Médiateur externe.

La saisine du médiateur peut se faire par voie postale à l'attention de :

CNPM-MEDIATION-CONSUMMATION, 23 rue Terrenoire 42100 SAINT ETIENNE, ou par voie électronique sur le site du médiateur : <http://cnpm-mediation-consommation.eu>

L'avis des médiateurs ne préjuge pas des droits du Membre Participant et de la Mutuelle d'intenter une action en justice.

En application de l'article 2238 du Code civil, ce recours à la médiation suspend le délai de prescription.

Article RM 39 : Informations aux Membres Participants

A l'occasion de l'envoi de l'avis d'échéance annuel le Membre Participant est informé de la date limite d'exercice de son droit à dénonciation de l'Adhésion.

Les Membres Participants sont informés des décisions prises en assemblée générale ou par le conseil d'administration par circulaires d'informations ou à l'occasion des envois de la carte mutualiste, des décomptes de Prestations, ou par tout autre moyen adapté.

Article RM 40: Prescription

Toutes actions dérivant de l'Adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance dans les conditions et sous les réserves prévues à l'article L 221-11 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action d'un Assuré 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 envers l'Assuré, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du créancier ;
- la signification d'une citation en justice, même en référé, un commandement ou une saisie ;
- la citation en conciliation lorsqu'elle est suivie d'une assignation en justice signifiée dans les délais de droit,

et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un Risque.

En outre, l'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée :

- par la Mutuelle au souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ;
- par l'Assuré à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la Prestation.

Article RM 41 : Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle par ordre décroissant :

- le Bulletin d'Adhésion dûment complété, daté et signé par le Membre Participant ;
- le présent Règlement mutualiste ;
- le règlement intérieur ;
- les statuts de la Mutuelle.

En cas de contradiction entre les dispositions du Bulletin d'Adhésion et celles du présent Règlement, ce sont celles du Bulletin d'Adhésion qui l'emportent.

Les titres des articles du présent Règlement n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le Bulletin d'Adhésion, le Règlement et les statuts de la Mutuelle, expriment l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Ils prévalent sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet de l'Adhésion.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions du Bulletin d'Adhésion, du Règlement ou des statuts de la Mutuelle, serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du règlement.

Article RM 42 : Autorité de contrôle

Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution dont les coordonnées sont 4 Place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09 (www.acpr.banque-france.fr)

Article RM 43: Loi applicable

La loi applicable est la loi française à l'exclusion de toute autre.

Article RM 44: Contrôle médical

Lors d'une demande de Prestation ou ultérieurement en cours de service, la Mutuelle peut procéder à un contrôle médical. Si le contrôle médical déclenché par la Mutuelle conclut à une demande injustifiée, elle peut refuser ou interrompre le paiement des prestations.

En cas de contestation des conclusions du médecin de la Mutuelle, les parties choisissent un médecin tiers pour qu'il se prononce définitivement. En l'absence d'accord entre les parties sur le choix du troisième médecin, il est demandé au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins du domicile du participant de nommer l'expert.

Les honoraires du médecin conseil ou du médecin choisi par la Mutuelle restent à la charge de la Mutuelle ainsi que les honoraires et les frais de nomination du tiers expert. Cependant, dans l'hypothèse où le tiers expert confirmerait la décision médicale du médecin conseil de l'Institution à l'égard du membre, les honoraires et les frais de nomination du tiers expert seront à la charge du participant.

En cas de refus d'un membre de se soumettre à un contrôle médical, le paiement des Prestations est refusé ou interrompu. En cas de régularisation de la situation, le paiement des Prestations reprend sans effet rétroactif à la date de la régularisation.

Article RM 45 : Informatique et libertés

Le responsable du traitement est la Mutuelle CMIP 53 Avenue de Senlis BP 90307 60803 CREPY EN VALOIS CEDEX.

Le délégué à la protection des données (désignation CNIL n° DPO-55642) est Monsieur Christophe BOISSONNADE.

Les informations nominatives concernant les Assurés qui sont recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé dont la finalité est de :

- gérer l'Adhésion et les Affiliations des Assurés ;
- d'interroger les Membres participants sur leur niveau de satisfaction des services de la Mutuelle ;
- de leur proposer des Garanties complémentaires à titre individuel.

Les données personnelles collectées au titre de la gestion du contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude et plus généralement la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, afin de prévenir, de détecter ou de gérer des opérations, actes ou omissions à risques, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ou de blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les données sont exclusivement communiquées à

- CENTRE MUTUALISTE INTERPROFESSIONNEL (CMIP), mutuelle régie par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, immatriculée au répertoire SIRENE sous le n°339 420 226, dont le siège social est situé 53 Avenue de Senlis 60800 CREPY EN VALOIS et le cas échéant, à leurs mandataires, leurs réassureurs, leurs partenaires ou aux organismes professionnels concernés par le présent contrat.

Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

La durée de conservation des données personnelles après une résiliation du contrat ne pourra excéder 10 dix ans.

Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi n°2016-1321 du 7 octobre 2016, le Membre Participant ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ses droits d'opposition, d'accès, de portabilité, de limitation du traitement, de rectification et d'effacement en adressant une demande par lettre simple au Délégué à la Protection des Données de la Mutuelle, (désignation CNIL N° DPO-55642) Mutuelle CMIP, 53 Avenue de Senlis 60800 CREPY EN VALOIS ou par courrier électronique à l'adresse suivante : dpo@fdpm.fr

Vous pouvez également adresser une réclamation concernant le traitement de vos données personnelles auprès de la Commission Nationale de l'Informatiques et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au Membre Participant ou, le cas échéant, aux Ayants-Droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique.

L'exigence de fourniture de données à caractère personnel a un caractère contractuel et conditionne la conclusion du contrat. La non-fourniture de ces données personnelles peut avoir pour conséquence l'impossibilité de poursuite de l'Adhésion.

Conformément à l'article L. 223-1 et suivants du Code de la Consommation, dans le cas où il serait recueilli auprès des Assurés des données téléphoniques, il est rappelé qu'ils disposent d'un droit d'inscription sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique en s'inscrivant sur le site www.bloctel.gouv.fr/.

Article RM 46 : Tiers payant

En principe, les Prestations sont réglées aux Membres participant après acquittement par eux des dépenses engagées. Toutefois, pour faciliter l'accès aux soins, la Mutuelle délivre à chaque Membre Participant une carte de Membre Participant nominative portant mention de ses Ayants-Droit et des actes susceptibles de bénéficier du tiers payant. Le Membre Participant s'engage à restituer à la Mutuelle la carte mutualiste et duplicata en sa possession et à informer les professionnels de santé avec lesquels il bénéficie d'une procédure de dispense d'avance des frais. L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute Prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à disposition de la Mutuelle. La Mutuelle se réserve également le droit d'engager des poursuites pénales contre tout contrevenant. En présence d'une prise en charge hospitalière, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à la Mutuelle. Le Membre Participant bénéficie ainsi d'une dispense d'avance de frais dans la limite des Garanties souscrites. La Mutuelle rembourse alors les frais engagés par le Membre Participant ou, le cas échéant, par ses Ayants-Droit au professionnel de santé. Dans le cas où le tiers payant ne serait accordé que sur la part du remboursement du régime d'Assurance Maladie, l'Assuré doit adresser à la Mutuelle une facture acquittée des frais avancés, établie par le praticien, le fournisseur ou l'établissement de santé dont le remboursement ne pourra intervenir que si la Mutuelle a reçu la preuve du remboursement par le régime d'Assurance Maladie.

ANNEXE 1 : PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Libellé de la garantie	Décompte Assurance Maladie (*)	Facture acquittée Originale	Prescription médicale	Autre / Observations
Honoraires médicaux	OUI	OUI	-	-
Honoraires chirurgicaux	OUI	OUI	-	Facture avec date et cotation CCAM
Dentaire Prothèse	OUI	-	-	
Dentaire Implant	-	OUI	-	
Optique monture et/ou verres	OUI	OUI	OUI	
Optique lentilles	OUI	OUI	OUI	
Chirurgie réfractive	-	OUI	-	
Appareillage	OUI	OUI		
Aide auditive	OUI	OUI		
Cure thermique	OUI	OUI	-	Tout justificatif original daté d'hébergement et de transport
Vaccins non remboursés	-	OUI	-	
Traitement anti-tabac	OUI	OUI	-	
Médecine douce	-	OUI	-	
Maternité	-	-	-	Extrait d'acte de naissance ou copie du livret de famille et carte d'adhérent
Aide auditive	OUI	OUI	-	

(*) L'original du décompte de l'Assurance Maladie est à fournir si les échanges NOEMIE n'ont pas été réalisés.