

ARTICLE 1er : OBJET

Le présent règlement mutualiste a pour objet de définir les engagements réciproques entre la mutuelle et ses membres participants tels que définis dans ses statuts, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il décrit les conditions générales de ce régime et le bulletin d'adhésion à la mutuelle précise l'identité des personnes bénéficiaires ainsi que les garanties choisies.

Les garanties proposées par la mutuelle sont soumises aux dispositions du livre II du Code de Mutualité. L'autorité chargée du contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle, sise au 61 rue Taitbout 75436 Paris cedex 09.

Le présent Règlement peut être modifié dans les conditions prévues par les Statuts de la mutuelle.

ARTICLE 2 : ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Pour les membres participants ou ayants droit domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en œuvre dans la limite du territoire métropolitain.

Pour les membres participants ou ayants droit domiciliés dans un département d'outre mer, les garanties sont mises en œuvre dans la limite de ce département.

Les soins effectués à l'étranger sont pris en compte par la MIASC en complément de la Sécurité Sociale française sur une base de 100 % de la base de remboursement. Ces actes ne donnent pas lieu à un remboursement sur les dépassements d'honoraires.

TITRE I

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

SECTION 1 – LES BENEFICIAIRES

ARTICLE 3 :

1- LES CATEGORIES :

2 catégories : les actifs et les seniors

2- LES CONTRATS :

3 types : individuels
collectifs
obligatoires

3- LES GARANTIES:

Il existe différents niveaux de garanties adaptées aux isolés, aux groupes et aux entreprises.

4- LES OPTIONS :

Il existe différentes options sur complémentaires ou spécifiques adaptées aux différents besoins.

ARTICLE 3 bis : BENEFICIAIRES D'UNE COUVERTURE A 100% (ALD)

Les adhérents pris en charge à 100% par leur Régime Obligatoire et qui désireraient souscrire à une catégorie ou une option complémentaire, sont soumis aux mêmes conditions d'admission que tout autre bénéficiaire et ne peuvent prétendre à aucune réduction de cotisation en dehors des tarifs présentés.

ARTICLE 4 :

4.1 DEFINITION ISOLE-FAMILLE

- Isolé : un adhérent n'ayant personne à charge,
- Famille : un adhérent ayant 1 personne et + à charge.

4.2 DEFINITION DES SENIORS

Les adhérents passent automatiquement en garantie « Senior » le 1^{er} janvier de chaque année qui suit leur mise à la retraite.

Les adhérents qui bénéficient d'un départ anticipé dans le cadre de plans sociaux ne sont considérés comme « seniors » qu'à partir du 1^{er} janvier qui suit leur passage effectif à la retraite.

ARTICLE 5 : AYANTS DROIT AUX PRESTATIONS

1.1) Conjoint, pacsé ou concubin, ascendant ou descendant (notoire reconnu)

À l'exclusion des individuels, sont reconnus comme ayants droit, les conjoints, pacsés ou concubins (notoires reconnus), ascendants ou descendants ayant des revenus limités, et percevant un revenu inférieur ou égal au plafond annuel servant de référence à l'octroi de l'aide à la Couverture Maladie Universelle : plafond CMU complémentaire majoré de 30% (plafond ACS). Afin de pouvoir justifier cette dérogation, une copie de l'avis d'imposition devra être fournie annuellement le 1^{er} septembre.

Les conjoints (es), les pacsés ou concubins dont les revenus sont supérieurs à ce plafond, sont tenus de cotiser. La photocopie du contrat de PACS ou une attestation sur l'honneur accompagnée du RIB du concubin mentionnant le même lieu de résidence devront être joints à l'adhésion.

Ne pas fournir annuellement la copie de l'avis d'imposition de l'année précédente entraînera de droit :

- La perte du bénéfice de cette dérogation,
- Le refus de paiement des prestations,
- Le changement de cotisation prévu par les statuts,
- Et après un délai de trois mois, l'exclusion.

1.2) Enfant

Les enfants des adhérents reconnus par la Sécurité Sociale à charge. Les enfants célibataires de moins de 16 ans ou plus de 16 ans et moins de 27 ans poursuivant leurs études, sans emploi, placés sous contrat d'apprentissage et les enfants atteints d'une infirmité les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité et de percevoir un salaire imposable.

A compter de 16 ans révolus, une attestation annuelle de la situation de l'enfant devra être fournie par l'adhérent à chaque rentrée scolaire.

Une dérogation est accordée aux enfants de moins de 27 ans qui travaillent et ont des revenus limités, et percevant un revenu inférieur ou égal au plafond annuel servant de référence à l'octroi de l'aide à la Couverture Maladie Universelle. Une copie de l'avis d'imposition ou des trois derniers bulletins de paye devra être fournie annuellement le 1^{er} septembre.

Ne pas fournir annuellement la copie de l'avis d'imposition de l'année précédente ou à défaut les trois derniers bulletins de paye entraînera de droit :

- La perte du bénéfice de cette dérogation,
- Le refus de paiement des prestations,
- Et après un délai de trois mois, l'exclusion au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Inscription d'enfants majeurs ou mineurs émancipés

Les enfants arrivant à leur majorité ou étudiant (date limite de couverture date anniversaire des 27 ans) peuvent demander leur inscription à titre personnel s'ils veulent continuer à être couverts. Ils deviennent adhérents dans la garantie de leur choix, sans stage préalable.

1.3) Décès de l'adhérent

En cas de décès de l'adhérent, les ayants droit bénéficient de la couverture gratuite **pendant 180 jours (6 mois) et ce uniquement** dans la même catégorie. **Les cotisations seront prises en charge par le fonds social de la Mutuelle.** S'ils souhaitent adhérer, aucun délai de carence ne sera appliqué.

SECTION 2 - PRISE D'EFFET des GARANTIES

ARTICLE 6 : DATE D'EFFET de l'ADHESION

Pour une demande d'adhésion complète et signée, la prise en compte bute le 1^{er} du mois qui suit la réception du bulletin par la mutuelle.

En ce qui concerne la cotisation, elle sera toujours due à partir de la date d'effet.

Si la demande d'adhésion est une mutation d'une autre mutuelle, selon la date de radiation mentionnée sur le certificat de mutation, les règles suivantes s'appliquent :

- radiation en cours de mois, la règle définie ci-dessus s'applique,
- radiation en fin de mois, la date d'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit la date de radiation.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions du règlement. Il peut être mis un terme à cette adhésion dans les conditions, formes et délais prévus aux articles 34 et 37 du présent règlement.

Changement de garantie ou d'option :

Tout adhérent peut modifier sa garantie ou option en cours d'année.

Toutefois l'adhésion à une garantie ou option inférieure ne sera prise en compte qu'après un minimum de 3 ans d'ancienneté dans la garantie ou option supérieure.

Modification des garanties :

Toute modification de garantie ou d'option doit être demandée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle. La modification prend effet au premier du mois suivant la date de réception de la lettre recommandée avec accusé de réception.

Délai de rétractation :

A compter de la prise d'effet de l'adhésion à une garantie ou une option, l'adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires pour renoncer à son adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

La renonciation doit être adressée à la mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception.

SECTION 4 - LOI APPLICABLE

Si des prestations ont été versées, l'adhérent est tenu de rembourser à la mutuelle les sommes éventuellement perçues dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, la mutuelle s'engage à les rembourser à l'adhérent dans un délai de 30 jours.

ARTICLE 7 : STAGE

A l'adhésion de chaque bénéficiaire, une période de stage est appliquée ; elle débute à la date d'effet de l'adhésion.

Il s'agit d'un délai d'attente durant lequel, l'adhérent quel que soit son âge, ne peut prétendre aux prestations servies par la mutuelle :

- 3 mois pour maladie,
 - 3 mois pour hospitalisation médicale,
 - 3 mois pour hospitalisation chirurgicale,
 - 3 mois pour les prothèses dentaires, auditives et l'optique,
 - 3 mois obligatoires pour l'option Indemnités Journalières Complémentaires,
 - Les options complémentaires RO14, RO15 pour les adhérents ayant une autre mutuelle complémentaire que la MIASC une carence dégressive est appliquée :
- 1^{ère} année : Remboursement maximum de 1 000 €
2^{ème} année : Remboursement maximum de 2 000€
3^{ème} année : Conditions générales de la MIASC

ARTICLE 8 : EXONERATION DE STAGE

Est exonéré de droits de stage statutaire, tout bénéficiaire pouvant justifier, par un certificat de mutation son appartenance à une mutuelle relevant de la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou d'une mutuelle d'entreprise.

Sont aussi exonérés les personnels des entreprises ayant un régime obligatoire si ceux-ci font leur adhésion dans le mois qui suit le départ de cette entreprise (plan social, FNE, ou toute autre forme de départ).

Cette exonération sera accordée au vu du certificat de radiation produit par la précédente mutuelle ou par une attestation de l'employeur.

Il ne dispose cependant que d'un mois, une fois sa radiation effective, pour bénéficier des conditions d'adhésions définies ci-dessus.

Est aussi exonéré, tout nouvel adhérent embauché dans une entreprise dont l'employeur participe au règlement de la cotisation, si le nouvel embauché fait son adhésion dans le mois qui suit son embauche.

Est aussi exonéré, tout nouvel adhérent bénéficiant d'une promotion, si celui-ci fait son adhésion dans le mois qui suit son changement de régime.

Un adhérent en CDD qui est embauché en CDI ne subit pas de carence s'il fait son adhésion dans les 15 jours qui suivent son embauche à moins que celui-ci ait adhéré pendant sa ou ses périodes en CDD.

Les nouveau-nés **sont garantis à partir de la réception du certificat de naissance à la mutuelle sans délai de stage.**

Pas de stage pour les jeunes déjà adhérents ou déjà couverts par un adhérent MIASC.

SECTION 3 – COTISATIONS

ARTICLE 9 : MONTANT DES COTISATIONS

Le montant ou le taux des cotisations est proposé par le Conseil d'Administration et approuvé par l'Assemblée Générale.

Les modifications sont portées à la connaissance des adhérents suivant les modalités définies par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 10 : LOI FRANCAISE

La loi applicable au présent règlement est la législation française

ARTICLE 11 : MEDIATION

En cas de difficultés liées à l'application ou l'interprétation du présent règlement (en ce qui concerne les cotisations et les prestations), le membre participant peut avoir recours au service du médiateur de la Mutualité Française, 255 rue de Vaugirard à Paris.

ARTICLE 12 : ENGAGEMENT DE LA MUTUELLE

Les prestations proposées par la mutuelle s'entendent à législation et réglementation constante. En particulier, en cas de modification des prestations des régimes de base que la mutuelle vient à compléter, les prestations dues par la mutuelle se calculeront par rapport à la législation antérieure, sauf disposition contraire du Conseil d'Administration.

TITRE II

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

SECTION 1

PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

ARTICLE 13 : MODE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

Afin de simplifier les démarches administratives des adhérents en vue d'obtenir leurs remboursements (ex : envois de décomptes des régimes obligatoires), la mutuelle a mis en place un système de télétransmission de données, dans le respect de la loi « Informatique et Libertés » du 06 janvier 1978.

Tous les actes médicaux, prescriptions médicales ou chirurgicales pris en charge par la Sécurité Sociale donnent lieu à un complément de la part de la mutuelle.

La mutuelle effectuera ses remboursements soit au vu des originaux des décomptes du Régime Obligatoire de l'adhérent, soit sur les documents télétransmis par les CPAM, dans le cadre du respect du parcours de soins, accompagnés des factures originales acquittées si nécessaire, soit au vu du ticket modérateur transmis à l'adhérent lors du règlement de sa facture chez un praticien (ticket modérateur : facture correspondant à la part tiers payant réglée par l'adhérent), soit à la réception du courriel original transmis par l'organisme complémentaire.

Les adhérents ayant souscrit à l'une des options suivantes : RO12, RO13, Tranquillité 1 ou Sérénité 1, Tranquillité 2 ou Sérénité 2 et ceux ayant souscrit à l'option RO14 ou RO15, sont tenus de nous transmettre les décomptes originaux émanant de l'organisme payeur (IPECA ou autres organismes).

Si toutefois la mutuelle principale n'intervient pas car la Sécurité Sociale est déjà intervenue à 100% de la base de remboursement, l'adhérent doit envoyer l'original de son décompte Sécurité Sociale à la MIASC accompagné d'une attestation de non prise en charge par la mutuelle principale.

Aucun remboursement ne sera effectué sur **pro forma**, duplicata ou photocopie **non certifiée conforme**.

Une demande exceptionnelle peut être adressée à la commission du Fonds d'Action Social

Le règlement des prestations :

Les prestations sont réglées par virement bancaire.

Les paiements sont toujours établis au nom du souscripteur du bulletin d'adhésion (inscrit à la rubrique adhérent) ou aux héritiers légaux en cas du décès de celui-ci.

Dans le cas où le souscripteur le désire et en fait part à la mutuelle, les remboursements peuvent être effectués sur un autre compte à préciser expressément par écrit.

La MIASC s'autorise à réclamer les paiements indus auprès de ses adhérents dans un délai maximum de 24 mois après la date figurant sur le décompte concerné.

ARTICLE 14 : PRESTATIONS

Les prestations offertes par la Mutuelle sont les remboursements de frais en complément des prestations accordées par leur régime d'assurance maladie obligatoire et dans le respect des règles légales et réglementaires relatives aux contrats responsables ainsi que des conséquences liées aux dispositifs du Contrat d'Accès aux Soins (CAS) signés par les professionnels de santé.

Dans le cadre des règles légales et réglementaires relatives aux contrats responsables, la MIASC est soumise aux obligations des articles L.871-1, R.872-1 et R.871.2 du Code de la sécurité sociale, à savoir :

Interdictions de prise en charge :

- **Le non remboursement de la participation forfaitaire mentionnée à l'article L.322-2 II du Code de la Sécurité Sociale**
- **Le non remboursement des franchises médicales mentionnées à l'article L.322-2 III du Code de la Sécurité Sociale ;**
- **Le non remboursement des majorations du ticket modérateur lors du non respect du parcours de soins (article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale) et du refus de présentation du dossier médical personnel**
- **le non remboursement des dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques et de manière générale, tout acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par les règles légales et réglementaires relatives aux contrats responsables, ne seront pas pris en charge par la MIASC.**

Obligations de prise en charge :

- **La prise en charge d'au moins 30% du tarif opposable des consultations du médecin traitant mentionné à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale, tel que prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale.**
- **La prise en charge d'au moins 30% du tarif servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie pour les médicaments autres que ceux mentionnés aux 6° et 7° de l'article R322-1 du Code de la Sécurité Sociale, prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale.**

- **La prise en charge d'au moins 35% du tarif servant de base de calcul des prestations d'assurance maladie pour les frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant mentionné à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale.**
- **Le cas échéant les taux de prise en charge minimale définis ci-dessus sont réduits afin que la prise en charge de la participation des assurés ou de leurs ayants droit, au sens du I de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité Sociale ne puisse excéder le montant des frais exposés à ce titre.**
- **La prise en charge de deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.**
- **de manière générale, toutes nouvelles obligations de prise en charge prévues par les règles légales et réglementaires relatives aux contrats responsables, seront prises en charge par la MIASC dans les conditions fixées par la législation en vigueur particulièrement les plafonds et plannings fixés en matière de remboursements optiques ainsi que la prise en charge des montures de lunettes une fois tous les deux ans. (prise d'effet de ces dispositions 1^{er} avril 2015).**

Les remboursements sont fixés selon le barème de la garantie choisie par l'adhérent.

Pour les personnes n'ayant jamais adhéré ou été couvertes par un adhérent MIASC ou l'ayant quitté depuis plus de 3 mois, il est important de noter que pour l'ensemble des prestations sous les rubriques DENTAIRE, OPTIQUE, ORTHOPEDIE et AUDIO-PROTHESE, il sera appliqué un plafond annuel de remboursement de soins par adhérent comme suit :

1^{ère} année d'adhésion : 1 000 €

2^{ème} année d'adhésion : 2 000 €

3^{ème} année d'adhésion : conditions générales MIASC

ARTICLE 15 : HONORAIRES DES MEDECINS ET DES PRATICIENS

Les dispositions de l'article 12 s'appliquent pour les consultations et visites des médecins conventionnés SECTEUR I ou SECTEUR II.

Le montant des remboursements des consultations hors parcours de soins sont pris en charge dans la limite du ticket modérateur.

Pour les médecins hors convention dits « NON CONVENTIONNES », le remboursement de la mutuelle se fera sur la base du remboursement de la Sécurité Sociale avec le ticket modérateur correspondant.

Les actes des praticiens non reconnus par la Sécurité Sociale ne sont pas indemnisés.

ARTICLE 16 : TIERS PAYANT MALADIE ET CHIRURGIE

La mutuelle pratique le tiers payant pour ses adhérents à jour des cotisations, possédant une attestation de droits.

Le tiers payant est accordé dans la limite des sommes ou des pourcentages fixés dans les tableaux des

prestations et aussi en fonction de l'option choisie par le membre participant.

La mutuelle pratique le tiers payant pour les adhérents aux options, en complément de l'organisme principal.

L'adhérent transmet à la MIASC le devis mentionnant la participation de la mutuelle principale pour avoir le détail du remboursement de son option. Aucun tiers payant ne pourra être accordé sans ces informations.

ARTICLE 17 : DEPASSEMENT D'HONORAIRES

Les dépassements tarifaires sont remboursés à hauteur du taux et du plafond de la catégorie ou de l'option choisie et dans le respect des dispositifs liés à l'application des règles de remboursements des contrats dits responsables (cf. article 14).

Pour les adhérents bénéficiant du remboursement à 100 %, le dépassement d'honoraires est pris en charge à hauteur de **sa catégorie ou de son option** (fournir le décompte Sécurité Sociale). Les dépassements sur les médicaments ne sont pas pris en compte par la mutuelle.

En application de la législation en vigueur, la mutuelle ne prend pas en charge la franchise de 1 euro ou plus par acte ainsi que les dépassements d'honoraires en cas de consultation directe hors parcours de soins.

ARTICLE 18 : CHAMBRE PARTICULIERE

Lors d'une hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais de chambre particulière sont remboursés **selon la catégorie ou l'option choisie par l'adhérent déterminant l'indemnisation et la durée de prise en charge.**

Dans tous les cas, l'adhérent doit faire la demande de prise en charge à la mutuelle.

ARTICLE 19 : FRAIS d'ACCOMPAGNANT

Lors de l'hospitalisation d'un bénéficiaire âgé de moins de 12 ans ou de plus de 70 ans ou encore d'une personne handicapée titulaire d'une attestation d'invalidité délivrée par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, une allocation journalière **est versée selon la catégorie choisie par l'adhérent**, et dans la limite des frais engagés. Les repas ne sont pas pris en charge. Un justificatif des frais devra impérativement être fourni à la MIASC.

ARTICLE 20 : PROTHESES DENTAIRES

Le niveau de remboursement des prothèses dentaires est fonction du niveau de prestations correspondant à la garantie et éventuellement à l'option choisies.

Ne donnent pas lieu à remboursement tous les actes hors nomenclature Sécurité Sociale (prothèses provisoires, etc...).

Le remboursement des prothèses non prises en charge par la Sécurité Sociale ne peut être effectué que sur présentation de la facture originale et de l'avis de refus de la Sécurité Sociale ou d'un autre organisme complémentaire.

ARTICLE 21 : CURE THERMALE

Pour les adhérents bénéficiant de cette prestation, en complément des frais médicaux, un forfait « cure thermale » est versé. Dans le cas où plusieurs membres d'une même famille effectuent une cure au même lieu et aux mêmes dates un seul forfait est versé.

Les remboursements ne s'effectueront que sur présentation des décomptes du Régime Obligatoire et des factures originales acquittées justifiant des frais de séjour engagés (loyer, voyage,...).

Le remboursement forfaitaire ne pourra pas dépasser le montant des frais engagés.

ARTICLE 22 : OPTIQUE

Les remboursements ne s'effectueront que sur présentation des décomptes du Régime Obligatoire, accompagnés des factures acquittées justifiant les dépenses engagées.

Une seule paire de lunette (une monture + deux verres) ou une seule paire de lentilles cornéennes est accordée tous les deux ans, par personne conformément aux dispositions liées aux contrats responsables sauf exception prévue par la loi selon la nomenclature du Contrat Responsable.

Le niveau de remboursement des équipements optiques est fonction des garanties et éventuellement des options choisies.

La mutuelle prend en compte le remboursement d'une monture ou d'un verre cassé dès lors qu'il y a prise en charge par la Sécurité Sociale accompagnée du refus d'indemnisation de la Compagnie d'Assurance, pour une valeur maximale de :

- 150 € pour les adhérents aux catégories Activ'A, Brio et Tempo, ainsi qu'aux options Sérénité (1 ou 2).

- 50 € pour les adhérents en catégorie Équilibre Santé.

Dans le cas où l'adhérent ne peut avoir d'attestation de sa compagnie d'assurance, une photocopie du contrat d'assurance mentionnant la non prise en charge de cette prestation sera exigée.

Dans le cas, où un adhérent bénéficie d'un montant forfaitaire pour le remboursement de son poste optique, la règle de 3 s'applique pour bénéficier du remboursement MIASC.

Exemple : 400 € de remboursement de la garantie principale = 400 € / 3 soit 133.33 € pour la monture et 133.33 € par verre.

ARTICLE 23 : ORTHOPEDIE

Ne sont pris en compte que les matériels remboursés par la Sécurité Sociale dans la limite de 3 000 euros par an et par bénéficiaire.

Le niveau de remboursement des équipements orthopédiques est fonction de la garantie et éventuellement de l'option choisies.

La maintenance et l'entretien des appareils ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

ARTICLE 24 : FRAIS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

Les produits pharmaceutiques prescrits telle que l'homéopathie et achetés en pharmacie ou parapharmacie mais non remboursés par la Sécurité Sociale à 100% sont pris en charge par la mutuelle dans la limite des plafonds fixés dans le forfait ou la garantie complémentaire choisie sur présentation d'une facture Subrogatoire du pharmacien mentionnant :

- La date de la facture,
- Le nom du médecin,
- Le numéro finess du médecin,
- Les nom et prénom du patient,
- Le prix du produit avec la mention NR ou PHN

Les consultations à visée thérapeutique non conventionnelles telles que l'ostéopathie, nutritionniste, etc... et les examens prescrits mais refusés par la Sécurité Sociale sont pris en charge dans la limite des plafonds fixés dans le forfait ou la garantie complémentaire choisie.

Les vaccins anti-grippe sont pris en charge à 100% des frais réels à hauteur maximale de 10 € par bénéficiaire.

ARTICLE 25 : HOSPITALISATION, CONVALESCENCE

Convalescence : si celle-ci est prise en charge par la Sécurité Sociale, le ticket modérateur sera remboursé par la mutuelle.

1) En établissement non conventionné, plafond annuel de remboursement fixé à 10 000 € par bénéficiaire pour les frais de séjour, les actes médicaux associés.

2) Le forfait journalier est versé sans limitation de durée.

ARTICLE 26 : HOSPITALISATION A CARACTERE PERMANENT

La mutuelle ne rembourse pas les hospitalisations à caractère permanent (non prises en charge par la Sécurité Sociale ou prises en charge à 100 %).

ARTICLE 27 : INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES (IJC) : DISPOSITIONS GENERALES

27.1 Objet de l'option Indemnités Journalières Complémentaires :

L'option Indemnités Journalières Complémentaires a pour objet le versement d'indemnités journalières complémentaires en cas d'arrêt de travail de l'adhérent cotisant au contrat collectif pour cause de maladie ou accident relevant de la vie privée, dans les conditions et limites fixées ci-après.

Seuls les adhérents à un contrat collectif santé et cotisant à l'option IJC peuvent prétendre à cette prestation, à l'exclusion des ayants-droits.

27.2 Conditions pour bénéficier de la garantie :

Etre sous contrat de travail à durée indéterminée ou déterminée (mais pas en intérim) et être cotisant au contrat collectif et à une option sur complémentaire MIASC spécifique au contrat collectif et proposant les Indemnités Journalières Complémentaires.

La prestation cesse en cas de rupture du contrat de travail quelle qu'en soit la cause.

Les salariés non adhérents à un contrat collectif ou rémunérés par des chèques emploi service, de même que les salariés en intérim ne peuvent pas adhérer à cette option.

Les arrêts en accident du travail, les mi-temps thérapeutiques et les congés de maternité ou de paternité ne sont pas pris en compte.

27.3. Modalités et durée de versement :

Le versement par la MIASC des Indemnités Journalières Complémentaires de pertes de salaire intervient **uniquement** après versement des indemnités journalières du régime obligatoire de la Sécurité Sociale, des éventuels salaires versés par l'employeur et de toutes sommes ou prestations versées par des organismes assureurs. La durée de versement est limitée à 36 mois et cesse lors du passage du salarié en invalidité ou en mi-temps thérapeutique.

Un délai de carence de 3 mois est appliqué à toute demande d'adhésion.

En aucun cas, les Indemnités Journalières Complémentaires versées par la MIASC ne peuvent, en s'ajoutant aux sommes versées ci-devant (indemnités journalières de la Sécurité Sociale, salaires versés par l'employeur et toutes sommes, indemnités ou prestations versées par des organismes assureurs) permettre à l'adhérent cotisant de recevoir des sommes supérieures à la rémunération nette qu'il aurait perçue s'il avait continué à travailler. En cas de dépassement de cette limite, les Indemnités Journalières

Complémentaires versées par la MIASC sont réduites à due concurrence de ce dépassement.

27.4 Conditions de versement des Indemnités Journalières Complémentaires :

Pour percevoir les Indemnités Journalières Complémentaires, l'adhérent doit fournir obligatoirement :

- Une copie de l'arrêt de travail (formulaire employeur) ainsi que le formulaire MIASC transmis,

- les décomptes originaux de la Sécurité Sociale relatifs aux indemnités journalières perçues,

- une attestation patronale de non-paiement du salaire de la période de référence,

- à chaque arrêt de travail, il est demandé de produire les 12 derniers bulletins de salaire précédant le mois de l'arrêt de travail,

- une déclaration relative à l'existence ou non de garanties ou contrats souscrits auprès d'autres organismes assureurs lui garantissant le versement de toutes sommes, indemnités ou prestations en cas d'arrêt de travail ainsi que leur montant.

La MIASC se réserve le droit de demander tout autre justificatif nécessaire au paiement des indemnités. De même en cas de multiples relances, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des frais de gestion administrative (exemple coût d'un courrier recommandé).

27.5 Montant de l'indemnité, limitations et règles appliquées par la MIASC :

Le montant de l'indemnité est fonction de la rémunération perçue par l'adhérent en activité. La méthode de calcul est la suivante

La méthode de calcul de l'IJC est la suivante :

a) Détermination du salaire brut de référence :

C'est le brut moyen (brut de base + ancienneté + « 13° » mois, hors tout autre élément de salaire) des 12 mois précédents le mois du début de l'arrêt de travail.

S'il n'y a pas 12 mois de travail dans l'entreprise ayant souscrit le contrat collectif donnant droit à ces IJC, alors le calcul s'effectuera sur la moyenne des mois depuis l'entrée dans l'entreprise.

b) Détermination du salaire net de référence :

Il est égal aux trois-quarts du brut de référence. Ce salaire net de référence reste valable pour toute la durée de l'arrêt de travail.

c) Détermination de l'IJC :

On calcule la différence entre le salaire net de référence correspondant à la période d'arrêt de travail et toutes les sommes « nettes » perçues par le cotisant sur la

période considérée, soit la différence entre le brut de référence correspondant à la même période et toutes les sommes brutes perçues sur ladite période d'arrêt de travail, ce résultat, affecté d'un coefficient de 0,75, correspond au montant des IJC pour la période considérée. Divisée par le nombre de jours calendaires d'arrêt de travail, nous obtenons le montant journalier de l'IJC.

Le montant de référence, pour toute la durée de l'indemnisation, est celui précédant l'arrêt de travail. En tout état de cause l'indemnisation ne peut excéder 35% du plafond mensuel de la sécurité sociale ainsi que le montant net de référence.

Le versement des indemnités journalières par la mutuelle s'effectue sur la base d'un mois calendaire complet en fin de mois.

Pour un même arrêt, la durée d'indemnisation ne peut excéder 1095 jours.

La MIASC cesse toute intervention dès lors que le service de la rente d'invalidité Sécurité Sociale prend le relais.

27.6 Exclusions :

Les Indemnités Journalières ne seront pas versées si l'arrêt de travail résulte de l'un des cas ci-après :

Les accidents ou maladies relevant d'un fait de guerre civile ou étrangère.

Les conséquences des insurrections, des émeutes ou mouvements populaires, des attentats, des actes de terrorisme ou de sabotage ainsi que des rixes, sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger, d'accomplissement du devoir professionnel et dont il appartient au participant de faire preuve.

Les conséquences d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation lorsque ceux-ci proviennent de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité ainsi que des effets de la radiation provoqués par l'accélération artificielle de particules.

Les courses, matches, paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles le participant prendrait part à titre d'amateur.

Les compétitions aériennes et celles comportant l'utilisation d'engins motorisés.

Ivresse : Accidents au participant en état d'ivresse manifeste ou s'il est relevé qu'au moment de l'accident, celui-ci avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux légal prévu par la réglementation en vigueur en matière routière, sauf s'il est établi que le sinistre est sans relation avec l'état d'ivresse du participant.

Opération chirurgicale : conséquence d'une opération chirurgicale non nécessitée par un accident couvert par le présent règlement.

Stupéfiant : Accidents consécutifs à l'usage par le participant de stupéfiants non prescrits médicalement.

27. 7 Cessation de la garantie et du versement des Indemnités Journalières Complémentaires :

La garantie cesse :

- En cas de démission, radiation, exclusion ou résiliation, que qu'en soit le motif, conformément aux dispositions des Statuts de la MIASC et du présent Règlement Mutualiste.
- En cas de rupture du contrat de travail quelle qu'en soit la cause.
- En cas de suppression de la catégorie ou option incluant cette prestation décidée par la Conseil d'Administration conformément à l'article 25 des statuts de la MIASC.
- Lorsque le membre participant perçoit une pension d'invalidité ou vieillesse de la Sécurité Sociale.

Les Indemnités Journalières Complémentaires cessent immédiatement d'être versées en cas de cessation de la garantie et pour les causes suivantes : (accident du travail, mi-temps thérapeutique, congés de maternité ou de paternité).

Les Indemnités Journalières Complémentaires cessent également immédiatement d'être versées lorsque l'adhérent cotisant ne remplit plus les conditions exigées pour en bénéficier.

Toute demande d'indemnisation faite après un délai de plus de 24 mois après le début de l'arrêt de travail ne sera pas prise en compte.

ARTICLE 28 : ACTION SOCIALE

Dans le cadre de la solidarité et de son action sociale, des secours exceptionnels ainsi que des aides en cas de besoin **peuvent être accordés par la Commission d'Action Sociale sur un budget révisable et voté annuellement par l'Assemblée Générale.**

Ce type de secours ne sera accordé qu'après la constitution d'un dossier et sa présentation à la **Commission d'Action Sociale** pour examen.

Constitution du dossier :

- une demande écrite,
- l'original de la facture acquittée,
- la photocopie de l'avis d'imposition.

Aucun recours ne pourra être envisagé dans le cas d'un refus dudit dossier.

Un rapport détaillant la nature des sommes versées est présenté à l'Assemblée Générale.

ARTICLE 29 : GARANTIE OBSEQUES

Une proposition d'adhésion facultative à des garanties obsèques est faite aux adhérents de la mutuelle.

Un contrat est souscrit auprès de la Garantie Obsèques du Groupe Henner assurée par la CNP.

ARTICLE 30 : SERVICES COMPLEMENTAIRES

L'adhérent qui a souscrit une garantie ou une option complémentaire proposée par la mutuelle, bénéficie pour lui et ses ayants droit, des services

complémentaires que la mutuelle met à sa disposition. A titre d'exemple le Contrat d'Assistance inclus dans la garantie complémentaire.

SECTION 2 – SUSPENSION DES GARANTIES

ARTICLE 31 : NON-PAIEMENT DE LA COTISATION

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle d'en demander le paiement en justice, les garanties proposées peuvent être suspendues trente jours après la mise en demeure adressée au membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle aurait 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 garantie suspendue, sous réserve des stipulations de l'article 33 ci-après, reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure, les fractions de cotisations venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les frais de rejets dus au non règlement de la cotisation sont de **10 €** et seront à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 32 : DEFAUT DE PAIEMENT

Tout défaut de paiement entraînera une relance puis une mise en demeure, éventuellement suivie d'une injonction de paiement.

Pendant cette période, aucune prestation ne sera payée.

Les frais financiers engagés par cette procédure seront à la charge de l'adhérent.

SECTION 3 – RESILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

ARTICLE 33 : RESILIATION

La mutuelle peut résilier les garanties fournies au membre participant, dans les cas suivants :

- défaut de paiement des cotisations, 40 jours après l'envoi d'une mise en demeure adressée par lettre recommandée avec accusé de réception,

- modification de la situation du membre participant, c'est-à-dire :

- lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplis (changement de situation ou de régime matrimonial, de profession, de départ en retraite ou de cessation définitive d'activité professionnelle),

- lors d'un changement de garantie de risques.

La résiliation se fait par lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de la révélation de l'événement.

Dans ce cas, la résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification (article L.221-17 du Code de la Mutualité). Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

- En cas de fausse déclaration intentionnelle, d'omission d'informations ou d'inexactitude des informations fournies et de mauvaise foi (articles L. 221-15 et L. 221-17 du Code de la Mutualité), pour les éléments visés à l'article du présent règlement.

La mutuelle adresse les mises en demeure et notifie valablement les résiliations au dernier domicile connu du membre participant.

SECTION 4 – SUBROGATION

ARTICLE 34 : SUBROGATION

La mutuelle est subrogée dans les conditions prévues par l'article L.224-9 du Code de la Mutualité et jusqu'à concurrence des prestations qu'elle a versées, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

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

SECTION 5 – PRESCRIPTION

ARTICLE 35 : PRESCRIPTION

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.

- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant-droit à la mutuelle, en ce qui concerne le règlement de la prestation.

TITRE III

OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

SECTION 1 – RESILIATION DES GARANTIES PAR LES MEMBRES PARTICIPANTS

ARTICLE 36 : RESILIATION

Le membre participant, pour les opérations individuelles, le membre participant ou l'employeur ou la personne morale, pour les opérations collectives à adhésion obligatoire ou **facultative**, peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat collectif à la fin de chaque année civile en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au moins :

SECTION 3 – DIVERS

- 2 mois avant la fin de l'année (au plus tard le 31 octobre de chaque année cachet de la Poste faisant foi) pour les adhérents individuels,

- 2 mois avant la fin de l'année (au plus tard le 31 octobre de chaque année (cachet de la Poste faisant foi) pour les contrats collectifs.

La résiliation est aussi possible lors d'une modification de sa situation (lorsque les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ne sont plus remplies, de situation matrimoniale, de régime matrimonial et de profession ou en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle), lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle, en adressant une lettre recommandée dans les trois mois suivant la date de l'événement.

De même en cas de perte du bénéficiaire de son contrat complémentaire, l'adhérent est en droit de demander la radiation de son contrat sur complémentaire en fournissant une attestation de radiation de son adhésion principale complémentaire santé (si ce n'est pas un contrat de la Miasc).

Dans ce cas, la fin de l'adhésion prend effet un mois après la réception de sa notification (article L. 221-17 du Code de la Mutualité).

Dans cette hypothèse, la mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

SECTION 2 – COTISATIONS

ARTICLE 37 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, *fonction de l'option choisie*, affectée à la couverture des prestations. Elle est payable par avance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Le règlement de la cotisation peut s'effectuer par prélèvement sur salaire, par chèque ou par prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou similaire.

Le montant ou le taux des cotisations est proposé par le Conseil d'Administration et approuvé à chaque Assemblée Générale.

Les modifications sont portées à la connaissance des adhérents suivant les modalités définies par le Conseil d'Administration.

L'adhérent signant le bulletin d'adhésion est responsable du paiement des cotisations de tous les membres bénéficiaires inscrits sur ledit bulletin.

Toutes cotisations volontairement acquittées par les adhérents et régulièrement encaissées par la mutuelle demeurent acquises à cette dernière et ne feront l'objet d'aucun remboursement pour quelque motif que ce soit.

Deux exceptions à ce principe :

- Lors du décès de l'adhérent la radiation prend effet à la fin du mois où le décès est intervenu, et les cotisations sont dues jusqu'à cette même date.

Toutefois, les ayants droit, couverts par l'adhérent, continuent à bénéficier du contrat souscrit à titre gracieux pendant une période de 6 mois à compter du 1^{er} jour du mois suivant.

- Si erreur de la mutuelle, remboursement des sommes indûment perçues dans les deux ans.

ARTICLE 38 : MODIFICATION DE SITUATION

INFORMATIONS A TRANSMETTRE

Les modifications de situation d'un membre participant ou de ses ayants droit (changement de profession, de cessation ou de changement d'affiliation d'un ayant droit, naissance d'un enfant, changement de domicile, de compte bancaire, etc...) doivent être obligatoirement portées à la connaissance de la mutuelle, par lettre ou par déclaration dans les bureaux d'accueil de la mutuelle.

La déclaration d'un nouveau-né doit être effectuée au plus tard **30** jours après la date de naissance de l'enfant et confirmée par l'envoi d'un acte de naissance. Passé ce délai, la prise en compte des remboursements de prestations débutera à la date de réception de l'acte de naissance.

ARTICLE 39 : DELAI DE PRESENTATION DES DECOMPTES

Les feuilles de soins présentées au-delà d'un délai de 2 ans suivant la date de soins figurant sur la feuille ne seront plus prises en compte.

* * *