

Règlement Mutualiste

Adopté par l'Assemblée Générale du 29 juin 2021
et applicable à partir du 1^{er} janvier 2022



Bien se soigner, doit rester à votre portée ...

S O M M A I R E

PREAMBULE

- ARTICLE 1 OBJET
ARTICLE 2 AFFILIATION AU CONTRAT MUTUALISTE
ARTICLE 3 RISQUES COUVERTS ET ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

TITRE I OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ET DE SES ADHERENTS

SECTION 1 - LES BENEFICIAIRES

- ARTICLE 4
1- LES CATEGORIES
2- TYPES D'ADHESION
3- LES GARANTIES
4- LES OPTIONS
- ARTICLE 5 BENEFICIAIRES D'UNE COUVERTURE A 100% (ALD)
- ARTICLE 6 AYANTS DROIT AUX PRESTATIONS
6.1 Conjoint, pacsé ou concubin, ascendant ou descendant (notoire reconnu)
6.2 Enfants

SECTION 2 - ADHESION ET PRISE D'EFFET DES GARANTIES

- ARTICLE 7 MODALITES D'ADHESION
ARTICLE 8 DATE D'EFFET DE L'ADHESION
ARTICLE 9 STAGE ET CARENCE
ARTICLE 10 EXONERATION DE STAGE

SECTION 3 - COTISATIONS

- ARTICLE 11 MONTANT DES COTISATIONS

SECTION 4 - LOI APPLICABLE

- ARTICLE 12 LOI FRANCAISE
ARTICLE 13 MEDIATION
ARTICLE 14 INFORMATIQUE ET LIBERTE
ARTICLE 15 ENGAGEMENT DE LA MUTUELLE

TITRE II OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

SECTION 1 - PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE

- ARTICLE 16 MODE DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS
ARTICLE 17 PRESTATIONS
ARTICLE 18 HONORAIRES DES MEDECINS ET DES PRATICIENS
ARTICLE 19 TIERS PAYANT MALADIE ET CHIRURGIE
ARTICLE 20 DEPASSEMENT D'HONORAIRES
ARTICLE 21 CHAMBRE PARTICULIERE

- ARTICLE 22 FRAIS D'ACCOMPAGNANT
ARTICLE 23 PROTHESES DENTAIRES
ARTICLE 24 CURE THERMALE
ARTICLE 25 OPTIQUE et AUDIOPROTHESE
ARTICLE 26 ORTHOPEDIE
ARTICLE 27 FRAIS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE
ARTICLE 28 HOSPITALISATION, CONVALESCENCE
ARTICLE 29 HOSPITALISATION A CARACTERE PERMANENT
ARTICLE 30 INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES (IJC) : DISPOSITIONS GENERALE
ARTICLE 31 COMMISSION D'ACTION SOCIALE ET DE SECOURS
ARTICLE 32 GARANTIES COMPLEMENTAIRES - OBSEQUES
ARTICLE 33 SERVICES COMPLEMENTAIRES

SECTION 2 - SUSPENSION DES GARANTIES

- ARTICLE 34 NON-PAIEMENT DE LA COTISATION
ARTICLE 35 DEFAUT DE PAIEMENT

SECTION 3 - RESILIATION DES GARANTIES PAR LA MUTUELLE

- ARTICLE 36 RESILIATION

SECTION 4 - SUBROGATION

- ARTICLE 37 SUBROGATION

SECTION 5 - PRESCRIPTION

- ARTICLE 38 PRESCRIPTION

TITRE III OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

- ARTICLE 39 RESILIATION
ARTICLE 40 DELAI DE RETRACTATION APPLICABLE A L'ADHESION MUTUALISTE, Y COMPRIS ADHESION CONCLUE A DISTANCE

SECTION 2 - COTISATIONS

- ARTICLE 41 PAIEMENT DES COTISATIONS

SECTION 3 - DIVERS

- ARTICLE 42 MODIFICATION DE SITUATION INFORMATIONS A TRANSMETTRE
ARTICLE 43 DELAI DE PRESENTATION DES DECOMPTEES
ARTICLE 44 FAUSSE DECLARATION OU FRAUDE
ARTICLE 45 DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

PREAMBULE

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 la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 785 280 884. L'autorité chargée du contrôle des Mutuelles est l'Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution, sise au 4 place Budapest 75436 PARIS cedex 09.

Le présent Règlement peut être modifié, validé et ratifié dans les conditions prévues par les articles 23 et 33 des Statuts de la mutuelle.

ARTICLE 2 : AFFILIATION AU CONTRAT MUTUALISTE

Toute personne, quel que soit son régime d'affiliation à la Sécurité Sociale, sa profession, son statut social, son âge, sa nationalité, peut souscrire à un contrat mutualiste.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent également souscrire un contrat d'adhésion à titre individuel.

Le contrat mutualiste a pour objet de faire bénéficier l'adhérent et ses ayants-droit, pendant la période de garantie, du remboursement total ou partiel des frais de santé complémentaires ou sur-complémentaires en fonction de la garantie choisie.

Ce contrat est conclu pour une durée de 1 an minimum et renouvelable par tacite reconduction.

ARTICLE 3 : Risques couverts et étendue territoriale des garanties

Les garanties frais de santé ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des prestations versées par l'Assurance Maladie Obligatoire.

A ces garanties peuvent s'ajouter des adhésions à des garanties complémentaires facultatives ou services, notifiés aux articles 31 et 32 ci-après. D'autre part, pour les membres participants ou ayants droits domiciliés en France métropolitaine, les garanties sont mises en œuvre dans la limite du territoire métropolitain.

Pour les membres participants ou ayants droits 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 4 :

1- LES CATEGORIES :

2 catégories : les actifs et les seniors.

Définition des seniors :

Les adhérents doivent informer impérativement la Mutuelle dès leur passage à la retraite.

2- TYPES D'ADHESION :

3 types :

- Adhésion isolé
- Adhésion à un contrat collectif facultatif
- Adhésion à un contrat collectif obligatoire

Précisions sur les différentes situations :

- **Individuel** : un adhérent n'ayant aucun bénéficiaire autre que lui,

- **Couple** : adhérent + conjoint

Dans chaque situation, on peut avoir des enfants ou des personnes à charge.

3- LES GARANTIES :

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

4- LES OPTIONS SURCOMPLEMENTAIRES :

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

Elles interviennent sous déduction ou en complément des remboursements déjà effectués, dans la limite des frais réels déboursés.

ARTICLE 5 : BENEFICIAIRES D'UNE COUVERTURE A 100% (ALD)

Les adhérents pris en charge à 100% par leur Régime Obligatoire et qui désiraient 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 6 : AYANTS DROIT AUX PRESTATIONS

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

Les ayants droit sont les personnes qui bénéficient de la garantie frais de santé choisie par le membre participant auquel ils sont rattachés.

Sont considérées comme ayants droit :

- le conjoint, non séparé de corps judiciairement ni divorcé, exerçant ou non une activité professionnelle,
- le concubin, entendu comme la personne, exerçant ou non une activité professionnelle, et partageant le même domicile que le membre participant. Le concubinage est attesté par une déclaration sur l'honneur, adressée à la Mutuelle, indiquant le numéro de Sécurité sociale des deux concubins, certifiant que le concubinage est notoire et signé par chacun des intéressés.
- la personne ayant conclu un contrat de PACS avec le membre participant.
- Exceptionnellement, les ascendants ou descendants directs à la condition qu'ils soient à charge au sens de la législation de la Sécurité Sociale.

6.2) Enfants

Les enfants de l'adhérent reconnus à charge par la Sécurité Sociale. Les enfants 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 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 entraîneront de droit :

- La perte du bénéfice de cette dérogation,
- Le refus de paiement des prestations.

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.

SECTION 2 – ADHESION et PRISE D'EFFET des GARANTIES

ARTICLE 7 : MODALITES D'ADHESION

L'adhésion à la Mutuelle est soumise à la fourniture d'un certain nombre d'éléments, à savoir :

- compléter scrupuleusement et signer un bulletin d'adhésion,
- fournir la photocopie de la Carte Nationale d'Identité ou du Passeport,
- joindre un relevé d'identité bancaire, postal ou IBAN,
- joindre un mandat (SEPA) d'autorisation de prélèvement bancaire,
- joindre une photocopie de l'attestation Vitale de la Sécurité sociale pour chaque bénéficiaire assuré.

Selon la situation, joindre également pour :

-le concubin : l'attestation sur l'honneur, certifiant que le concubinage est notoire et signé par chacun des intéressés.

-Les personnes pacées :

La photocopie du contrat ou de l'attestation de PACS.

-L'enfant scolarisé de plus de 16 ans et de moins de 27 ans :
Certificat de scolarité, d'apprentissage ou de professionnalisation.

-L'enfant de moins de 27 ans à la recherche d'un premier emploi en sortie d'étude, domicilié chez l'assuré :
Attestation Pôle Emploi.

-L'enfant handicapé de moins de 27 ans :
Copie d'un justificatif de versement d'une allocation handicapé.

ARTICLE 8 : DATE D'EFFET de l'ADHESION

Pour une demande d'adhésion complète et signée, la prise en compte débute le 1^{er} du mois qui suit la réception du bulletin par la mutuelle (cachet de la Poste faisant foi) ou la date d'envoi du courriel.

La garantie est acquise à cette même date, à l'exception des éventuels délais de stage prévus à l'article 9 suivant.

Dans le cas d'une adhésion à distance, conformément à l'article L. 221-18 du Code de la Mutualité et à l'article 39 de notre présent règlement, la garantie ne pourra être acquise qu'après un délai de 14 jours calendaires révolus, sauf demande d'exécution anticipée exprimée par écrit par l'adhérent.

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 35, 38 et 39 du présent règlement.

Durée et renouvellement de l'adhésion

Le contrat mutualiste vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il est renouvelé annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation dans les conditions définies au présent règlement

Changement de garantie ou d'option

Tout adhérent peut modifier sa garantie ou option en cours d'année, pour adhérer à une option ou à un niveau de garantie supérieur.

Par contre l'adhésion à une option ou à un niveau de garantie inférieur ne pourra se faire qu'après une durée minimale de 1 an dans la garantie en cours.

Par dérogation, et sur présentation d'un justificatif aucun délai ne sera imposé dans les cas suivants :

- changement de situation personnelle ou familiale (mariage, PACS ou concubinage, naissance ou adoption, divorce ou séparation, décès),
- changement de situation professionnelle (retraite, chômage, couverture santé collective complémentaire obligatoire, conditions permettant l'octroi de la Complémentaire Santé Solidaire),
- changement du régime maladie obligatoire.

Dans tous les cas, la souscription à la nouvelle garantie ou option est irrévocable pendant une période de 24 mois à compter de sa date d'effet.

Toutefois, après un changement de garantie ou d'option, l'adhérent bénéficie du montant des forfaits de sa nouvelle garantie, déduction faite des forfaits consommés au cours de l'année civile au titre de son ancienne garantie.

Modification des garanties :

Toute modification de garantie ou d'option doit être demandée par écrit ou courriel adressée à la mutuelle. La modification prend effet au premier du mois suivant la date de réception de la demande

ARTICLE 9 : STAGE ET CARENCE

A l'adhésion de chaque bénéficiaire, non couvert par une complémentaire santé, 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,
- CARENCE :**

- Concernant 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 10 : EXONERATION DE STAGE

Est exonéré de droits de stage, tout bénéficiaire pouvant justifier, par un certificat de mutation, son appartenance à une complémentaire santé.

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 couverts dès leur naissance. Le certificat de naissance doit être transmis à la mutuelle sous un délai de 2 mois maximum. Passé ce délai, la date de couverture débutera à la date de réception du certificat.

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

SECTION 3 – COTISATIONS

ARTICLE 11 : 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.

SECTION 4 - LOI APPLICABLE

ARTICLE 12 : LOI FRANCAISE

La loi applicable au présent règlement est la législation française.

ARTICLE 13 : 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.

Les saisines se feront uniquement sur le site du Médiateur : correspondant@mediateur-mutualite.fr ou par voie postale à :

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

ARTICLE 14 : INFORMATIQUE ET LIBERTE

En vertu du « Règlement (UE) 2016/679 - RGPD (*Règlement Général sur la Protection des Données*) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données et qui a pour raison de renforcer la protection des libertés et

droits fondamentaux des personnes physiques, et en particulier leur droit à la protection des données à caractère personnel ».

La mutuelle ajuste son mode de fonctionnement et ses pratiques afin de mettre en œuvre les nouvelles directives européennes, en particulier : En termes d'échange de données informatisées, le membre participant et ses ayants droit ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie obligatoire et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la mutuelle et leur Caisse d'Assurance Maladie obligatoire dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes. Les membres participants ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance Maladie obligatoire en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Et sur l'aspect « Informatique et libertés » où conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant et ses ayants droit, ainsi que toute personne objet d'une gestion pour compte de tiers, peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de données les concernant. Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser à la Mutuelle.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle conformément à son objet. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant.

Il est rappelé en outre que l'ensemble des informations transmises par le membre participant, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la Mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

ARTICLE 15 : 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 16 : 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 de la MIASC, bénéficiant déjà d'une couverture complémentaire d'un autre organisme, sont tenus de nous transmettre les décomptes émanant de l'organisme payeur et éventuellement les originaux sur demande de la Mutuelle.

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 **ou devis**.

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 17 : 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 d'Option de Pratique Tarifaire Maitrisée (OPTAM), 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 planchers 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 et les plafonds sont fixés selon le barème de la garantie, et éventuellement de l'option choisi par l'adhérent.

ARTICLE 18 : HONORAIRES DES MEDECINS ET DES PRATICIENS

Les dispositions de l'article 14 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.

Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle, lorsque le niveau de garantie choisi par le membre participant le prévoit.

La qualification de nos contrats « responsables » nous impose de différencier la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérents à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) et les médecins n'adhérant pas au dispositif. Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, le membre participant bénéficie d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale. Pour connaître les médecins adhérents à un DPTAM, il est possible de consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO). Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2).

L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique ;

ARTICLE 19 : 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 MIA SC 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 20 : 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 16).

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 21 : CHAMBRE PARTICULIERE

Les frais de chambre particulière sont remboursés en fonction du type d'hospitalisation et de la garantie choisie par l'adhérent.

ARTICLE 22 : 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 **participation aux frais d'accompagnant 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 MIA SC.

ARTICLE 23 : PROTHESES DENTAIRES

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

Ne donnent pas lieu à remboursement tous les actes hors nomenclature Sécurité Sociale.

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.

23.1 Classification des soins prothétiques dentaires et obligations des contrats responsables

Les soins prothétiques dentaires font l'objet de trois (3) paniers de soins créés par la convention dentaire entrée en vigueur le 1er avril 2019 : le panier 100 % Santé, le panier à tarifs maîtrisés et le panier à tarifs libres, paniers dont les contenus, les bases de remboursement, les honoraires limites de facturation vont évoluer au cours des années 2020 à 2023.

Le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, complété par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 concernant l'encadrement des contrats responsables impose la prise en charge intégrale des frais des soins prothétiques dentaires faisant partie du panier 100 % santé.

23.1.1 Panier 100 % santé

Pour les soins et prothèses dentaires du panier 100 % santé définis réglementairement par l'arrêté du 24 mai 2019 qui énumère les soins prothétiques dentaires faisant partie de ce panier : la Mutuelle prend en charge intégralement, en complément du remboursement par le Régime obligatoire, quelle que soit la couverture de santé choisie, le montant des frais engagés par le membre participant pour l'ensemble des soins prothétiques dentaires composant ce panier, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) définis par la convention dentaire.

23.1.2 Panier à tarifs maîtrisés

Pour les soins et prothèses dentaires faisant partie du panier à tarifs maîtrisés à compter des 1er janvier 2020 et 2021, dont le contenu est défini réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu par la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties, dans la limite des honoraires limites de facturation (HLF) définis par la convention dentaire.

23.1.3 Panier à tarifs libres

Pour l'année 2021, pour les soins et prothèses dentaire du panier à tarifs libres, définis réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu par la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties

ARTICLE 24 : 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 25 : OPTIQUE ET AUDIOPROTHESE

25.1 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 lunettes (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 de la garantie 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 correspondant à la garantie et éventuellement à l'option choisie.

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 MIA SC.

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

25.1.1 Classification des équipements d'optique médicale et obligations des contrats responsables

Les équipements d'optique médicale sont répartis en deux classes, une classe A faisant l'objet du 100 % santé dont les prix de vente (PLV) sont plafonnés et une classe B dont les prix de vente sont libres. Le décret 2014-1374 du 18

novembre 2014, complété par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 concernant l'encadrement des contrats responsables imposent la prise en charge intégrale des frais d'acquisition des équipements d'optique médicale de classe A composant le panier 100 % santé.

25.1.1.1 Optique de classe A - 100 % santé :

Pour les verres et monture de classe A, définis réglementairement, la Mutuelle prend en charge intégralement, en complément du remboursement par le Régime obligatoire, quelle que soit la couverture de santé choisie, le montant des frais engagés par le membre participant, dans la limite des prix limites de vente (PLV).

25.1.1.2 Optique de classe B :

Pour les verres et montures de classe B, définis réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu par la couverture de santé choisie et compte tenu des planchers et plafonds de garantie prévus.

25.1.1.3 Optique comportant un élément de classe A et un élément de Classe B :

Le Membre participant ou ses ayants droit pourra choisir un équipement qui peut être composé de deux (2) verres et d'une (1) monture n'appartenant pas à la même Classe (A ou B) à l'exception des verres qui devront nécessairement répondre à la même classe.

Dans ces cas :

- Lorsque le bénéficiaire choisit une monture de classe A et des verres de classe B, seule la monture est sans reste à charge et les verres de classe B sont remboursés dans la limite des planchers et plafonds des contrats responsables, incluant la part du Régime Obligatoire pour l'équipement complet.

- Lorsque le bénéficiaire choisit une monture de Classe B et des verres de classe A, seuls les verres sont sans reste à charge et la prise en charge de la monture au sein de l'équipement est limitée à cent (100) euros incluant la part du Régime obligatoire.

- En cas d'achat dissocié des verres et de la monture, le montant de la prise en charge des verres et de la monture se cumulent jusqu'à saturation du plafond qui s'applique, fixé par les textes relatifs aux contrats responsables ; la composante de Classe B sera remboursée conformément au niveau de garanties souscrit, dans la limite du plafond applicable, déduction faite du coût de la composante de Classe A.

Conditions de prise en charge du renouvellement :

Les garanties de la Mutuelle s'appliquent au renouvellement de la prise en charge des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux (2) verres et d'une (1) monture ou d'éléments séparés dans les conditions suivantes :

Pour les bénéficiaires adultes et enfants à partir de seize (16) ans, par période de vingt-quatre (24) mois à compter de la date d'acquisition du précédent équipement. Si l'acquisition de la monture et des verres se fait de manière distincte, l'appréciation du délai de deux (2) ans s'effectue à compter de la date d'acquisition du dernier élément.

Ce délai est ramené à un (1) an en cas d'évolution de la vue due à une variation de correction justifiée soit par la production d'une nouvelle prescription médicale qui sera comparée à la prescription médicale précédente, soit par la prescription médicale adaptée par l'opticien-lunetier lors d'un renouvellement de délivrance en application de l'article D. 4362-12-1 du Code de la santé publique.

Dans ce cadre, le forfait est reconstitué dans son intégralité et est reconduit pour une période de 24 mois. Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres complexes ou très complexes (progressifs ou multifocaux), la garantie du présent Règlement couvre une prise en charge de deux équipements sur une période adaptée au cas du bénéficiaire concerné, corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. La règle de couverture est alors applicable à chacun des équipements considérés individuellement (plancher, plafond, délai de renouvellement, etc.).

Pour les bénéficiaires enfants de moins de seize (16) ans, par période d'un (1) an à compter du dernier remboursement d'un équipement. Toutefois, en cas de renouvellement de l'équipement dû à une évolution de la vue en cas de dégradation des performances justifiée par une nouvelle prescription médicale, le renouvellement peut s'effectuer sans délai.

Pour les bénéficiaires enfants jusqu'à six (6) ans, au terme d'une période minimale de six (6) mois uniquement en cas d'inadaptation de la monture à la morphologie du visage entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'un an reste applicable.

Quel que soit l'âge du bénéficiaire, aucun délai de renouvellement minimal n'est appliqué en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières listées à l'arrêté du 3 décembre 2018 portant modification des modalités de prise en charge d'équipement d'optique médicale et justifiée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.

À tout moment, la Mutuelle peut réclamer la facture acquittée par le membre participant.

ARTICLE 25.2 : AUDIOPROTHESE prise en charge par la S.S.

Le niveau de remboursement de ou des prothèses est fonction de la garantie et éventuellement de l'option choisie.

Les piles remboursées par la S.S sont également prises en charge.

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

25.2.1 Classification des aides auditives et obligations des contrats responsables

Les aides auditives sont réparties en deux classes, une classe I faisant l'objet de 100 % santé dont les prix de vente (PLV) sont plafonnés et une classe II dont les prix de vente sont libres. Le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014, complété par le décret n°2019-21 du 11 janvier 2019 concernant l'encadrement des contrats responsables, imposent la prise en charge intégrale des frais d'acquisition des aides auditives de classe I composant le panier 100 % santé.

25.2.1.1 Aides auditives de classe I

A partir de 2021, pour les appareillages de classe I, tels que définis réglementairement, la Mutuelle rembourse les frais engagés, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu par la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties et sans pouvoir dépasser des prix limites de vente (PLV) par oreille de 950 € pour le membre participant ayant plus de 20 ans et de 1 400 € pour le membre participant ayant au plus 20 ans,

25.2.1.2 Aides auditives de classe II

A partir de 2021, pour les appareillages de classe II, tels que définis réglementairement dont les prix limites de vente ne sont pas plafonnés, la Mutuelle rembourse les frais engagés dans la limite de la garantie et option choisie, par oreille incluant la part des dépenses prises en charge par le Régime Obligatoire, au-delà du remboursement du ticket modérateur (TM), conformément au montant prévu de la couverture de santé choisie dans le tableau des garanties.

Conditions de prise en charge du renouvellement

Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir avant une période de quatre (4) ans suivant la date de facturation de l'aide auditive précédente. Ce délai de renouvellement s'entend pour chaque oreille indépendamment. Toutefois, pour un enfant de moins de six (6) ans, le renouvellement peut se faire par simple prescription médicale d'un ORL. De même, pour un adulte ou un enfant de plus de six (6) ans le renouvellement peut se faire de la même manière par simple prescription médicale d'un ORL ou d'un médecin généraliste, s'il est attesté en oncologie médicale par le collège de médecine générale.

ARTICLE 26 : ORTHOPEDIE

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

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

ARTICLE 27 : FRAIS NON REMBOURSES PAR LA SECURITE SOCIALE

Les médicaments **prescrits** 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 ou non par un médecin** sont pris en charge dans la limite des plafonds fixés dans le forfait ou le niveau de la garantie choisie sur présentation d'une **facture ou d'une note d'honoraires acquittée**.

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

ARTICLE 28 : 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 29 : 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 %).
Sont exclus, les structures d'hébergement médicalisées (USLD, EHPAD...)

ARTICLE 30 : INDEMNITES JOURNALIERES COMPLEMENTAIRES (IJC) : DISPOSITIONS GENERALE

Les IJC ne concernent que certaines options surcomplémentaires associées à des contrats collectifs spécifiques (Voir les notices associées).

ARTICLE 31 : COMMISSION D'ACTION SOCIALE ET DE SECOURS

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 et de Secours 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 et de Secours** pour examen.

Constitution du dossier :

- Une demande écrite,
- Devis
- Ordonnance
- Photocopie de l'avis d'imposition.

La Mutuelle se réserve le droit de demander d'éventuels documents complémentaires.

Après accord de la commission le versement de l'aide sera conditionné par la présentation de l'original de la facture acquittée.

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.

Décès de l'adhérent(e) ou de son ou sa conjoint(e)

Après 1 an d'ancienneté à la Mutuelle, en cas de décès de l'adhérent(e) ou de son conjoint(e), les ayants droit, et éventuellement l'adhérent(e), 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.

ARTICLE 32 : GARANTIES COMPLEMENTAIRES

- 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 33 : 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 34 : 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 35 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 35 : DEFAT 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 36 : 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 remplies (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'évènement.

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 37 : 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 38 : PRESCRIPTION

En application de l'article L.221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant des opérations régies par le présent règlement pour les adhésions individuelles et par un contrat (adhésion collective) sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

- 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 39 - 1 : FACULTE DE RESILIATION ANNUELLE

-Le membre participant, pour des opérations individuelles, peut mettre fin à son adhésion chaque année civile en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au moins :

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

- Le membre participant, l'employeur ou la personne morale, pour les contrats collectifs à adhésion facultative, peuvent mettre fin à leur adhésion dans les mêmes conditions que celles citées précédemment.

-L'employeur, ou la personne morale signataire d'un contrat à adhésion obligatoire, peut mettre fin en cours d'année à l'adhésion d'un membre participant, ou procéder à la résiliation du contrat uniquement chaque année à la date anniversaire de sa signature en envoyant une lettre recommandée avec accusé de réception à la mutuelle au moins :

2 mois avant la fin de l'année (au plus tard le 31 octobre de chaque année) par lettre ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 221-10-3 du Code de la Mutualité.

ARTICLE 39 - 2 : RESILIATION LORS D'UN CHANGEMENT DE SITUATION

La résiliation est aussi possible lors d'une modification de la situation du souscripteur (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.

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.

Par ailleurs, à partir du moment où un adhérent perd le bénéfice d'un contrat complémentaire lui-même complété par un contrat sur complémentaire spécifique à ce contrat complémentaire, cet adhérent ne peut plus de facto bénéficier de ce contrat sur complémentaire. Par conséquent, il est de son ressort d'avertir la MIA SC dès la perte du bénéfice de son contrat complémentaire si celui-ci est assorti d'un contrat sur complémentaire spécifique. La MIA SC remboursera évidemment un éventuel trop-perçu de cotisation dans la limite d'un délai de 3 mois.

ARTICLE 39 - 3 : FACULTE DE RESILIATION INFRA-ANNUELLE

Seul, l'adhérent souscripteur de son contrat couvrant des personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, peut mettre fin à son adhésion après expiration d'un délai d'un an à compter de la date d'effet de son adhésion.

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.

Passé ce délai, il peut à tout moment, par lettre recommandée ou tout autre support durable tels que prévus à l'article L. 221-10-3 du code de la Mutualité, le notifier à la MIA SC.

Un contrat collectif obligatoire ou facultatif souscrit par un employeur ou une personne morale au profit de ses salariés, bénéficie des mêmes dispositions citées à l'alinéa ci-dessus du présent article. Concernant ce droit de résiliation, il n'est octroyé aux membres participants (salariés) que dans le cadre des opérations collectives facultatives – Article L210-10-2 du code de la Mutualité.

La date d'effet de la résiliation est d'un mois après que la Mutuelle en a reçu notification, le cachet de la poste faisant foi si la demande émane directement du souscripteur ou du nouvel organisme assureur auquel il souhaite adhérer.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions permises au précédent alinéa du présent article, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice 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 dénonciation ou de la résiliation.

ARTICLE 39 - 4 : DENONCIATION DANS LE CADRE DE LA LOI CHATEL

Le souscripteur peut également dans certains cas ne pas reconduire son adhésion à réception de son échéancier annuel, conformément aux dispositions de l'article L. 221-10-1 du Code de la Mutualité.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de 15 jours avant l'échéance ou lorsqu'il est adressé après cette date, le souscripteur dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer par courrier recommandé, la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions des alinéas ci-dessus, le souscripteur peut également, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au règlement, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction selon les modalités visées au présent article.

ARTICLE 40 : DELAI DE RETRACTATION APPLICABLE A L'ADHESION MUTUALISTE, Y COMPRIS ADHESION CONCLUE A DISTANCE

Pour une adhésion à une garantie ou à une option, y compris complétée et signée à distance, par le membre participant, dans les conditions prévues aux articles L. 221-18 et L. 221-18-1 du Code de la Mutualité, le nouvel adhérent dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion.

Ce délai commence à courir :

- Soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet
- Soit à compter du jour où le membre participant reçoit par écrit ou sur un autre support durable les conditions d'adhésion et les informations mentionnées à l'article L.121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée précédemment.

Il lui suffit, pour ce faire, d'envoyer à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception, libellée comme suit :

« Je soussigné(e)... (nom et prénom) ..., (adresse complète) ...déclare renoncer à mon adhésion...(préciser la garantie)..., fait à ...(lieu)..., le ...(date)..., et demande à recevoir le remboursement des cotisations déjà versées.

SECTION 2 – COTISATIONS

ARTICLE 41 : PAIEMENT DES COTISATIONS

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle, en 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.

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

SECTION 3 – DIVERS

ARTICLE 42 : 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.

ARTICLE 43 : DELAI DE PRESENTATION DES DECOMPTE

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.

ARTICLE 44 : FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE OU FRAUDE

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 fausse déclaration intentionnelle ou de fraude de la part de celui-ci, quand cette fraude 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 pour le temps où la garantie ne court plus demeurent alors acquises à la mutuelle à titre de dommages et intérêts.

ARTICLE 45 : DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le membre participant en cas de relations contractuelles préexistantes, conformément à l'article L223-1 du Code de la consommation.
