



**SYSTÈME
MODULAIRE
OPTIIONNEL**

[RÈGLEMENT MUTUALISTE]

PRÉAMBULE

La « **Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé** » (**MIS Santé**) est établie à Marseille (13008) au 452- 456 avenue du Prado. Elle est régie par le Code de la Mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-8 du Code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 438 601 932.

« **Groupe France Mutuelle** » est établi à Paris (75011) au 9, boulevard Jules Ferry. Il s'agit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité et soumise notamment aux dispositions du livre II dudit Code. Conformément à l'article R.414-8 du Code de la Mutualité, elle est inscrite au Registre National des Mutuelles sous le numéro 784 492 084.

Ces deux organismes mutualistes agissent en vertu d'une convention de coassurance et assurent conjointement l'ensemble des risques garantis dans le présent règlement mutualiste. Les engagements issus du présent contrat mutualiste sont co-assurés par **Groupe France Mutuelle et MIS Santé** à l'exception toutefois des **modules 3, 6, 9** qui sont assurés intégralement par **Groupe France Mutuelle**. Les deux co-assureurs sont solidaires pour l'intégralité des engagements pris à l'égard des membres participants (ou de leurs ayants droit).

MIS Santé est désignée mutuelle apéritrice et à ce titre a en charge la bonne exécution et la gestion des garanties du présent règlement mutualiste. **MIS Santé** est l'interlocuteur unique des membres participants (et de leurs ayants droit).

CHAPITRE 1 : OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE

• Article 1 : Objet

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, il est établi un règlement mutualiste pour la gamme « **Système modulaire optionnel** » qui définit les engagements contractuels existants entre chaque membre participant et les mutuelles co-assureurs, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

Celui-ci s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion, c'est-à-dire tant au membre participant qu'à ses ayants droit, cotisants ou non.

• Article 2 : Définition des opérations individuelles

Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la mutuelle. A la date de son adhésion, la personne acquiert la qualité de membre participant si elle bénéficie des garanties du contrat mutualiste, ou de membre honoraire, si elle n'en bénéficie pas.

CHAPITRE 2 : ADHESION

• Article 3 : Gamme « **Système modulaire optionnel** »

La gamme « **Système modulaire optionnel** » permet à chaque adhérent de composer la garantie mutualiste la mieux adaptée à ses besoins.

Les prestations sont classées en trois catégories :

- > Médicales ;
- > Médico-chirurgicales ;
- > Primes et participations.

Pour chacune de ces catégories, il existe trois modules de prestations différents. L'adhérent peut ainsi choisir à l'intérieur de chacune des catégories désignées, le module de son choix :

- > **Modules 1, 4 ou 7** pour la catégorie « **prestations médicales** »,
- > **Modules 2, 5 ou 8** pour la catégorie « **prestations médico- chirurgicales** »,
- > **Modules 3, 6 ou 9** pour la catégorie « **primes et participations** ».

Les catégories sont optionnelles, l'adhérent peut ne choisir qu'une seule catégorie de prestations, à l'exception toutefois de la catégorie « **primes et participations** » qui ne peut être choisie seule.

L'âge limite à l'adhésion est de 75 ans inclus pour pouvoir bénéficier des prestations des modules 7, 8, 9.

L'âge limite à l'adhésion est de 85 ans inclus pour pouvoir bénéficier des prestations des modules 4, 5, 6.

• **Article 4 : Devoir d'information**

La mutuelle fournit gratuitement au futur membre participant, avant la signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts et règlements qui décrivent précisément les droits et obligations réciproques.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par les règlements. Toute modification des statuts et règlements est portée à la connaissance des membres participants.

• **Article 5 : Délai de réflexion**

Les membres participants disposent d'un délai de réflexion entre la remise des documents et la signature du bulletin d'adhésion.

En l'absence de décret d'application, le délai est fixé à 7 jours.

• **Article 6 : Délai de rétractation**

En application des dispositions légales, le souscripteur peut renoncer à sa demande d'adhésion, par lettre recommandée avec avis de réception, pendant un délai de trente jours à compter de la date de demande d'adhésion, en obtenant la restitution intégrale des cotisations versées. Cette faculté de renonciation n'est valable que dans le cas où le souscripteur n'a pas fait jouer sa garantie ou celles de ses ayants droit.

• **Article 7 : Date d'effet de l'adhésion**

La date d'effet correspond au premier jour du mois de la souscription indiqué par le membre participant sous réserve de la réception par nos services, du bulletin d'adhésion dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives et du paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation en cas de paiement fractionné. L'adhésion est valable jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours.

• **Article 8 : Contrats aidés**

Dispositions communes

• Les garanties proposées par Groupe France Mutuelle le sont dans le respect des dispositions de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et de son décret d'application du 29 septembre 2005 précisant « le contenu des dispositifs d'Assurance Maladie complémentaires bénéficiant d'une aide » sous la forme d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) frappant tous les contrats d'assurance santé. En outre, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créée dans le cadre de la loi pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU et ce plafond majoré de 15 %. Cette aide vient en déduction du montant de la cotisation versée à la mutuelle par les personnes qui en font usage.

• Pour bénéficier de l'exonération de la TCA et éventuellement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les contrats des mutuelles doivent satisfaire aux obligations suivantes :

- la non prise en charge de la participation forfaitaire obligatoire (1 euro),
- la non prise en charge par les garanties de la majoration du Ticket Modérateur en cas de non respect du parcours de soins,
- la non prise en charge d'une franchise de 7 euros sur les dépassements d'honoraires sur les actes techniques et cliniques des spécialistes à hauteur au moins du dépassement autorisé en cas de non respect du parcours de soins,
- la prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des consultations du médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 30 % du tarif opposable des médicaments à vignette blanche prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge d'au moins 35 % du tarif opposable des frais d'analyses ou de laboratoires prescrits par le médecin traitant,
- la prise en charge totale, au plus tard le 1er juillet 2006, de la participation de l'assuré pour au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et choisies parmi la liste établie après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Unocam.

Tous les contrats proposés par Groupe France Mutuelle respectent cette obligation.

• Cependant, lorsque certaines de nos garanties prévoient la prise en compte ou en charge ou excluent certaines des

prestations et actes susvisés, la précision en est apportée par la documentation spécifique attachée à ces garanties qui subissent la taxe.

• **Les cotisations mensuelles 2008 :**

		Cotisations mensuelles en €		
Tranches d'âges		1	4	7
PRESTATIONS MÉDICALES	enfants	13,10 €	15,40 €	23,15 €
	de 56 à 60 ans	33,75 €	40,05 €	59,90 €
	de 61 à 65 ans	38,25 €	45,30 €	67,70 €
	de 66 à 70 ans	43,25 €	51,20 €	76,60 €
	de 71 à 75 ans	48,95 €	57,90 €	86,65 €
	de 76 à 80 ans	55,45 €	65,50 €	97,95 €
	de 81 à 85 ans	62,80 €	74,20 €	110,85 €
	de 86 et 90 ans	76,40 €	90,35 €	135,00 €

Tranches d'âges		2	5	8
PRESTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES	enfants	9,60 €	11,60 €	21,80 €
	de 56 à 60 ans	24,90 €	29,85 €	56,45 €
	de 61 à 65 ans	27,50 €	33,00 €	62,35 €
	de 66 à 70 ans	30,30 €	36,45 €	68,85 €
	de 71 à 75 ans	33,45 €	40,20 €	75,95 €
	de 76 à 80 ans	36,95 €	44,35 €	83,85 €
	de 81 à 85 ans	40,80 €	48,95 €	92,65 €
	de 86 et 90 ans	50,05 €	59,65 €	112,80 €

Tranches d'âges		3	6	9
AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS	enfants	2,75 €	3,50 €	4,05 €
	de 56 à 60 ans	2,85 €	4,35 €	7,70 €
	de 61 à 65 ans	3,30 €	5,05 €	8,75 €
	de 66 à 70 ans	3,65 €	5,60 €	9,85 €
	de 71 à 75 ans	4,15 €	6,40 €	11,15 €
	de 76 à 80 ans	4,55 €	7,15 €	12,60 €
	de 81 à 85 ans	5,25 €	8,10 €	14,30 €
	de 86 et 90 ans	6,50 €	9,80 €	17,40 €

C'est ainsi que le décret du 29 septembre 2005 prévoit notamment la couverture obligatoire des consultations et visites et de la pharmacie. Il s'ensuit que les options souscrites auprès de Groupe France Mutuelle ne comprenant pas l'un des modules de prestations médicales subissent la taxe sur les conventions d'assurance et ne donnent pas droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé .

Dispositions propres à la garantie franchise cautionnée

- Bien que le membre participant et ses ayants droits puissent voir prendre en compte leurs dépenses de santé même en dehors du cadre du contrat aidé dit « responsable », la garantie Franchise Cautionnée est exonérée de la taxe sur les conventions d'assurance.
- En effet, l'adhérent finançant lui-même ses premières dépenses de santé, à hauteur du montant de la caution, il peut décider de suivre ou non le parcours de soins coordonnés dans cette limite sans aucune conséquence fiscale.
- Cependant, dès que ses dépenses de santé sont supérieures au montant de la franchise laissée à sa charge, la mutuelle rembourse les prestations du membre participant et de ses ayants droit dans le cadre des dispositions communes. Ainsi, les restrictions susvisées s'appliqueront de plein droit une fois la caution épuisée. C'est à cette condition que ce type de contrat est exonéré de taxe et donne droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.
- Il est précisé que les versements, successivement opérés à présentation des justificatifs des dépenses de santé, s'imputent chronologiquement, dans cet ordre sur la caution, qu'ils soient afférents ou non à un acte pratiqué en ou hors parcours de soins et dans le respect ou non du dispositif du contrat aidé, dit « responsable ».

CHAPITRE 3 : COTISATIONS

• Article 9 : Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par les Mutuelles co-assureurs.

La cotisation est individuelle, fixée forfaitairement et payable d'avance. Pour le paiement de la cotisation, le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaire d'un paiement fractionné.

Le paiement de la cotisation peut se faire alors sur douze mois, sur quatre trimestres ou sur deux semestres.

La première fraction devant être payée le jour de l'adhésion du membre participant, soit par chèque, soit par carte bancaire. Les autres fractions étant prélevées directement sur le compte bancaire du membre participant, le 10 de chaque mois.

Seul le prélèvement automatique est valable, lorsque le paiement fractionné est choisi par le membre participant.

La cotisation peut faire l'objet d'un prélèvement automatique sur compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Le prix de la cotisation varie suivant l'âge de l'adhérent.

Lorsqu'un adhérent entre dans une nouvelle tranche d'âge, le nouveau tarif de la cotisation est applicable à compter du 1er janvier de l'année de son anniversaire. Le prix de la cotisation varie selon la catégorie de garantie choisie par le membre participant.

La qualité d'ayant droit n'induit pas la gratuité des cotisations qui sont affectées à la couverture des prestations versées par la mutuelle.

Le membre participant doit s'acquitter de la ou des cotisation(s) due(s) au titre de ses ayants droit. Les ayants droit sont le conjoint, ou le concubin ou le partenaire lié par un PACS et les enfants mineurs à charge de moins de 17 ans des membres participants. Sont exonérés du paiement des cotisations, le deuxième enfant et les suivants au titre d'ayants droit du membre participant.

		Taux Sécurité Sociale ¹	Remboursement taux Sécurité Sociale + Mutuelle		
PRESTATIONS MÉDICALES			1	4	7
Médecins Généralistes - Spécialistes	70%	100%	140%	180%	
- (consultation-visite-indemnités de déplacement)					
Pharmacie	35 à 65%	100%	100%	100%	
- Vignette orange	15%				
- Vignette bleue	35%				
Analyses					
- Prises en charge par la SS	60%	100%	130%	170%	
- Non prises en charge par la SS			70%	110%	
Radiologie	70%	100%	140%	180%	
Auxiliaires médicaux et indemnités de déplacement	60%	100%	130%	170%	
Actes hors nomenclature					
- Ostéopathie ou chiropraxie (par séance)		15,25 €	23,00 €	30,50 €	
- Ostéodensitométrie (par examen)	70%	100%	100%	100%	
- Forfait		15,25 €	23,00 €	30,50 €	
PRESTATIONS MÉDICO-CHIRURGICALES			2	5	8
Dentaire					
- Soins dentaires	70%	100%	100%	120%	
- Prothèses acceptées par la SS	70%	130%	170%	280%	
- Prothèses non prises en charge médicalement par la SS	0%	130%	170%	280%	
- Prothèses prises en charge à 100% par la SS	100%	130%	170%	280%	
- Prothèses consécutives à un accident		152,00 €	152,00 €	152,00 €	
- Implant			430,00 €	430,00 €	
Optique					
- Monture, verre, lentilles acceptées par la SS	65%	100%	130%	170%	
- Forfait ou Chirurgie réfractive (opération de la myopie)		+ 61,00 €	+ 122,00 €	+ 198,25 €	
- Lentilles non acceptées par la SS		61,00 €	122,00 €	198,25 €	
- En cas d'accident		152,00 €	152,00 €	152,00 €	
Orthopédie - Appareillages divers					
- Toutes prothèses et appareillages	65%	100%	130%	155%	
- Forfait supplémentaire (acquisition)		+ 45,75 €	+ 76,25 €	+ 152,50 €	
- Forfait supplémentaire fauteuil roulant (acquisition)		+137,25 €	+228,75 €	+ 457,50 €	
Prothèses auditives	65%	100%	130%	155%	
- Forfait supplémentaire (acquisition)		+228,75 €	+228,75 €	+ 228,75 €	
Actes médicaux et chirurgicaux					
- A.T.M., A.D.A. et A.D.C.	70%	100%	130%	150%	
- Franchise 18€ par acte > 91€	0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Dépassement honoraires du chirurgien (dans la limite des frais engagés)				+ 100 €	
- Frais de salle d'opération sans hospitalisation	65%	100%	100%	100%	
Hospitalisation					
- Franchise 18€ par acte > 91€	0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Forfait Journalier Hospitalier	0%	Frais réels	Frais réels	Frais réels	
Chirurgie					
- Actes et soins suite à un accident		Frais réels	Frais réels	Frais réels	
- Frais de séjour (KC ou KCC inférieur à 50)	80%	100%	Frais réels	Frais réels	
- Indemnités chambre individuelle		31,25 €/j	35,25 €/j	38,25 €/j	
- Indemnités lit d'accompagnement adulte		31,25 €/j	35,25 €/j	38,25 €/j	
Médecine, convalescence, réadaptation					
- Séjour	80%	100%	100%	100%	
- Indemnités chambre individuelle				38,25 €/j	
Transport	65%	100%	100%	100%	
Autres frais non pris en charge par la SS :					
- Médicaments, y compris homéopathiques, transports en VSL ou en taxi (prescrits médicalement)					30,50 €
AUTRES PRIMES ET PARTICIPATIONS			3	6	9
Cures thermales					
- Soins thermaux	65%	100%	100%	100%	
- Forfait de surveillance	70%	100%	100%	100%	
- Forfait supplémentaire		76,25 €	122,00 €	152,50 €	
Vaccins non remboursés SS (forfait par vaccin)		+ 10,00 €	+ 10,00 €	+ 10,00 €	
Mariage (1 prime par foyer)		30,50 €	61,00 €	76,25 €	
Départ à la retraite		45,75 €	61,00 €	91,50 €	
Noces d'or (1 prime par foyer)			76,25 €	122,00 €	
Noces de diamant (1 prime par foyer)			152,50 €	183,00 €	
Frais d'obsèques (participation)		305,00 €	610,00 €	1 219,75 €	
Aide ménagère (par heure, 30 heures par mois, par foyer)		1,70 €	1,70 €	1,70 €	
Aide familiale (par heure, 30 heures par mois, par foyer)			1,52 €	1,52 €	

CHAPITRE 4 : PRESTATIONS

• Article 10 : Objet

Les Mutuelles co-assureurs assurent directement des prestations mutualistes complémentaires de l'Assurance Maladie. Les prestations mutualistes servies aux membres participants ou bénéficiaires viennent en complément des prestations de Sécurité sociale, ainsi qu'avec celles servies par tout autre organisme de prévoyance.

Toutefois le remboursement ne peut être en aucun cas supérieur au prix réel payé par l'adhérent.

• Article 11 : Garanties souscrites par les mutuelles co-assureurs pour tous ses membres

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, les mutuelles souscrivent un contrat collectif auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, ceux-ci sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par les mutuelles.

• Article 12 : Prestations accordées par la mutuelle

Risques couverts :

Les risques couverts sont définis annuellement par le tableau des prestations approuvé en Assemblée Générale.

Taux de prestations :

Les taux de prestations des différentes garanties sont définis dans le tableau des prestations approuvé en Assemblée Générale.

Les risques couverts ainsi que les taux de prestations peuvent être modifiés ou supprimés par décision de l'Assemblée Générale.

L'adhérent est informé chaque année des nouvelles conditions de prestations préalablement au renouvellement de sa souscription à la garantie, lors de l'envoi de l'appel de cotisations.

Prestations des garanties :

Les prestations des garanties sont identiques pour les membres participants, soumis au régime général de Sécurité sociale et ceux soumis au régime spécial des TNS (travailleurs non salariés).

Conformément à l'article L.221-8 du Code de la Mutualité, les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire. L'indemnité due ne peut excéder le montant des frais restant à charge du membre participant.

Actes de prévention :

Les vaccinations relatives aux Actes de Prévention comprennent la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite : tous âges. Le bilan du langage oral et/ou le bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit (AM024) sont pris en charge dans le cadre des Actes de Prévention à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans.

Risques limités :

Pour les catégories co-assurées :

« Prestations médicales et médico-chirurgicale » :

- > Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge est limitée à un maximum de 40 consultations par année civile
- > Orthodontie dento-faciale : les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse Maladie avant le 16ème anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse Maladie ne sont pas pris en charge par notre Organisme
- > Prothèse Dentaire non prise en charge par la Caisse Maladie :
transmettre le devis du dentiste avant le commencement des travaux afin d'obtenir de nos services un accord de participation
- > En cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier s'effectue à hauteur des frais réels et est limité à 70 jours par an.
- > Le versement d'indemnité pour « lit d'accompagnant adulte » est limité à 15 jours par an, sur présentation de facture(s) pour les hospitalisations en chirurgie
- < Le versement d'indemnités pour « chambre individuelle » est limité à 7 jours par accouchement et 30 jours dans les services de médecine, de convalescence et de réadaptation

> Les forfaits sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus.

Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnable dans l'année.

Pour la catégorie assurée intégralement par Groupe France Mutuelle :

« Primes et participations » :

> Cure thermale : pour les cures sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse Maladie sont remboursés pour la part mutuelle sur présentation du décompte de la Caisse Maladie ou de la facture de l'établissement ;

> Les frais funéraires : la participation aux frais d'obsèques du membre participant décédé est versée à la personne ayant effectivement engagé la dépense, sur présentation du bulletin de décès et de la photocopie de la facture des frais funéraires établie et acquittée au nom du demandeur qui doit y joindre un RIB.

> L'aide ménagère est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une participation financière du Service Social de leur localité ou de leur Caisse de retraite, sur présentation d'une notification précisant la participation horaire à charge inférieure à 6,40 €.

> L'aide familiale est accordée pour 30 heures maximum par mois, aux seules personnes qui bénéficient d'une attribution de la Caisse d'Allocations Familiales, sur présentation des justificatifs de paiement accompagnés de la notification précisant la durée et le taux horaire à charge inférieure à 6,40 €.

L'ensemble des prestations accordées, telles que les participations aux frais funéraires, aux allocations décès, aux primes de maternité et de mariage, est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise pour laquelle la cotisation a été versée.

> Les forfaits sont attribués sur prescription médicale et sur présentation des factures ou reçus.

Ceux-ci sont donc versés dans la limite des frais engagés et fractionnable dans l'année.

Risques exclus :

Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident.

• Article 13 : Modalités de fonctionnement

Ouverture des droits aux prestations :

Le droit aux prestations est acquis pour toute maladie dont le point de départ (date du premier jour fixé par le Régime Obligatoire) se situe, soit après la date d'effet de l'adhésion, soit après les délais de stage indiqués ci-dessous.

Délai de stage :

Le droit aux prestations prend effet dans un délai :

> de 3 mois pour les prestations médicales en fonction du module choisi ;

> de 6 mois pour les prestations médico-chirurgicales en fonction du module choisi ;

> de 12 mois pour les primes et participations en fonction du module choisi

Aucun délai de stage n'est imposé au nouveau membre participant (et ses ayants droit) lorsque ce dernier souscrit une garantie mutualiste 120.

Aucun délai de stage n'est imposé au nouveau membre participant lorsqu'il produit lors de son adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme, daté de moins de trois mois.

Aucun délai de stage n'est imposé pour les nouveaux-nés inscrits dès leur naissance ou encore les nouveaux mariés dans les trois mois de leur mariage.

Date d'exécution des soins :

01/ Actes des praticiens prescripteurs (médecins, dentistes, sages-femmes) : C'est la date des soins. En cas d'actes en série, la date de chaque acte est prise en considération.

02/ Actes des praticiens auxiliaires : C'est la date de la prescription.

03/ Médicaments, accessoires, pansements, optique, autres fournitures : c'est la date de prescription, lors de la première exécution de l'ordonnance. C'est la date d'achat pour les renouvellements.

04/ Prothèses dentaires et autres : Il sera fait référence à la législation de la Sécurité sociale.

05/ Appareillage : C'est la date d'accord du contrôle médical ; si le contrôle médical ne matérialise pas son accord, la date prise en considération est la date de la demande d'accord du contrôle médical + quinze jours.

06/ Analyses médicales : C'est la date de prescription, lors de la première exécution ; c'est la date d'exécution pour les renouvellements.

07/ Transports : En ambulance, en VSL, en taxi ou autre moyen personnel ou public, c'est la date du déplacement.

08/ Hospitalisation : Frais de séjour et honoraires : on prendra en considération chaque journée d'hospitalisation.

09/ Cures thermales : C'est la date de prescription de la cure thermale (ou date de la demande d'accord du contrôle médical).

10/ Cas particuliers : Décomptes établis par un autre organisme de prévoyance. Lorsque la demande de prestations est effectuée sur présentation de décomptes de règlements établis par un organisme de prévoyance (assurance maladie ou autre) qui est intervenu dans un premier temps, la date prise en considération est la date des soins précisés sur le décompte.

11/ Les forfaits : C'est la date de prescription, lors de la première exécution de l'ordonnance. C'est la date d'achat pour les renouvellements sur présentation de la prescription médicale et de la facture. Pour le forfait maternité, c'est la date de la naissance sur présentation du livret de famille portant mention de la naissance, ou de l'extrait de naissance.

Modalités de remboursement :

Le membre participant devra communiquer les feuilles de soins établis par les professionnels de santé destinés à la mutuelle apéritrice.

L'ensemble de ces précisions peut être fourni par un certificat du premier organisme payeur. En cas d'impossibilité pour le membre participant de fournir les détails nécessaires pour la prise en charge, il devra certifier sur l'honneur, que les soins ont été exécutés pendant la période d'ouverture des droits.

Pour les garanties qui le prévoient, l'adhérent devra présenter un document justifiant de son paiement de la prestation :

> Ostéopathie ou chiropraxie : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée par séance ;

> Ostéodensitométrie : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée avec la désignation de l'examen ;

> Implants dentaires : une participation est versée sur présentation d'une facture acquittée.

> Lentilles de contact refusées : la participation annuelle est versée sur présentation de la facture acquittée et de la prescription portant la mention « hors TIPS » ;

> Appareillage et fauteuil roulant : les participations sont attribuées sur présentation du décompte de la Caisse Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat ;

> Acoustique : la participation est attribuée sur présentation du décompte de la Caisse Maladie et de la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique ;

CHAPITRE 5 : FIN DE L'ADHESION

• Article 14 : Résiliation

L'adhésion vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Elle se reconduit tacitement au 1er janvier de l'année suivante.

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance.

Il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties dans les cas prévus à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, étant toutefois précisé que ces résiliations ne sont valables que si lesdites adhésions avaient pour objet la garantie de risque en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la nouvelle situation.

• Article 15 : Non paiement des cotisations

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les vingt jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que quarante jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de cotisation, produit

ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de quarante jours.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu, le défaut de paiement peut entraîner la résiliation des garanties. La garantie non résiliée 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 fractions de la cotisation annuelle, du jour où ont été payées les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

• **Article 16 : Subrogation**

Les mutuelles co-assureurs ne couvrent pas les risques accidents.

Dans l'hypothèse où les mutuelles co-assureurs seraient amenées à liquider des prestations afférentes à des soins consécutifs à un accident avec un tiers responsable, soit par méconnaissance de la nature de ces soins, soit par souci de porter aide et assistance à son membre participant, les mutuelles co-assureurs sont alors subrogés de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable.

• **Article 17 : Cessation des droits**

Les droits aux prestations mutualistes cessent à compter de la date de début des soins, après deux ans et jusqu'au premier jour du trimestre civil suivant.

• **Article 18 : Prescription**

Toutes les actions dérivant des opérations régies par le livre II du Code de la Mutualité sont prescrites par un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

> en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;

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

> quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle a pour cause le recours à 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 du jour où ce tiers a été indemnisé par celui-ci.

• **Article 19 : Changement de garantie**

Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations plus élevé, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle.

L'adhérent doit alors conserver cette garantie mutualiste jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Si un adhérent souhaite modifier sa garantie mutualiste et opter pour un ou plusieurs modules d'un niveau de prestations inférieur, la date d'effet s'effectue lors de chaque échéance trimestrielle.

En revanche l'adhérent doit justifier de son adhésion à la garantie initiale depuis le 1er janvier de l'année en cours.

• **Article 20 : Action sociale**

En cas de nécessité, les adhérents peuvent bénéficier du service de l'action sociale après étude préalable de leur demande par la Commission chargée de l'action sociale.

• **Article 21 : Frais de traitement**

Effet et cessation des garanties :

> Effet des garanties : au moment de l'adhésion

> Cessation des garanties : lorsque l'assuré cesse d'appartenir au groupe assuré

Autres obligations :

> Déclaration des sinistres : au plus tard dans les 5 jours suivant l'événement pouvant ouvrir droit aux prestations.

Pièces justificatives :

Les prestations ne sont réglées qu'après réception des pièces.

Objet de la garantie :

Dans le cas d'un accident entraînant des soins prescrit médicalement (frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation ou d'ambulance), la mutuelle ajoute à ses remboursements cités précédemment, un forfait supplémentaire de 152 € qui restent à la charge de l'adhérent après remboursement de la sécurité sociale. Le plafond de garantie est de 456 € par an et par personne (dont frais afférents aux appareils d'orthopédie, de lunettes et de prothèses, y compris prothèses dentaires).