



moduli

[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**. 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 leur ayants droit).

• Article 1 : Objet

En application de l'article L.114-1 du Code de la Mutualité et de l'article 3 des Statuts de la Société Mutualiste Interprofessionnelle Santé (MIS Santé), il est établi un règlement mutualiste pour la gamme "**Moduli**" qui définit les engagements contractuels existants entre chaque membre participant et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations.

• Article 2 : Gamme "**Moduli**"

La gamme "**Moduli**" 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".

NB : plus le chiffre désignant le module est élevé, plus les taux de prestations sont importants.

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.

OBLIGATION DES ADHÉRENTS ENVERS LA MUTUELLE

• Article 3 : Cotisations

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la Mutuelle.

Sont compris dans cette cotisation, des cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (unions) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou les règlements de ces organismes.

La cotisation est individuelle, fixée forfaitairement et payable d'avance.

Pour le paiement de la cotisation, le membre participant peut bénéficier sans frais supplémentaires 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 peut varier 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.

Les cotisations mensuelles en € sont les suivantes :

| Tranches d'âges** | Tarifs mensuels en €* | | |
|-------------------|-----------------------|-------|-------|
| | 1 | 4 | 7 |
| Enfants | 11,20 | 13,90 | 21,40 |
| 18 - 35 ans | 16,85 | 20,90 | 32,15 |
| 36 - 40 ans | 19,45 | 24,10 | 37,10 |
| 41 - 45 ans | 21,40 | 26,50 | 40,80 |
| 46 - 50 ans | 23,50 | 29,10 | 44,90 |
| 51 - 55 ans | 27,00 | 33,55 | 51,55 |
| | 2 | 5 | 8 |
| Enfants | 10,70 | 15,25 | 30,95 |
| 18 - 35 ans | 15,90 | 22,85 | 46,45 |
| 36 - 40 ans | 18,45 | 26,40 | 53,60 |
| 41 - 45 ans | 20,25 | 29,00 | 59,00 |
| 46 - 50 ans | 22,25 | 31,85 | 64,95 |
| 51 - 55 ans | 25,60 | 36,65 | 74,60 |
| | 3 | 6 | 9 |
| Enfants | 0,65 | 1,00 | 1,85 |
| 18 - 35 ans | 0,95 | 1,45 | 2,80 |
| 36 - 40 ans | 1,00 | 1,65 | 3,10 |
| 41 - 45 ans | 1,05 | 1,75 | 3,40 |
| 46 - 50 ans | 1,15 | 1,95 | 3,85 |
| 51 - 55 ans | 1,30 | 2,25 | 4,35 |

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 cotisations dues au titre de ses ayants droit.

Les ayants droit conjoints, (ou concubins ou partenaires liés par un PACS) et enfants, doivent avoir la même garantie que le membre participant. Sont exonérés du paiement des cotisations, le troisième enfant et les suivants au titre d'ayants droit du membre participant.

• Article 4 : Renonciation

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 5 : Suspension

Le membre participant appelé sous les drapeaux qui, à jour de ses cotisations au moment de son départ, cesse de cotiser, reste inscrit gratuitement pendant la durée de son service national, après en avoir fait la demande, mais durant cette période il n'a pas droit aux prestations. A son retour, il bénéficie de plein droit des avantages de la Mutuelle pourvu qu'il s'acquitte à cette date du paiement de ses cotisations.

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHÉRENTS

• Article 6 : Objet des garanties mutualistes

La Mutuelle assure 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 7 : Ouverture des droits :

Règle générale : L'adhésion prend effet :

> soit le 1er jour du mois de la signature du bulletin d'adhésion, si celle-ci intervient avant le 21.

> soit le 1er jour du mois suivant lorsque celle-ci intervient après le 20 du mois de la signature du bulletin d'adhésion.

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 plus tard deux mois avant la date d'échéance.

Délai de stage :

La mutuelle n'impose pas de délai de stage en cas d'accident survenu à l'adhérent, en raison de son caractère aléatoire et incertain.

Au cas où l'adhérent n'était pas couvert par un organisme assurant des prestations complémentaires à l'assurance maladie (mutuelles, sociétés d'assurances...), un stage de trois mois lui sera imposé avant de pouvoir bénéficier des prestations de la catégorie "médico-chirurgicales" ainsi que celles de la catégorie "Primes et participations".

• Article 8 : Prestations

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.

Prestations des garanties :

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

Les forfaits sont annuels et 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.

Les prothèses non acceptées par la Sécurité sociale sont remboursées après accord préalable de la mutuelle.

| | | Taux Sécurité Sociale | Remboursement taux Sécurité Sociale + Mutuelle | | |
|--|------|--------------------------|---|-----------------|-----------------|
| Prestations Médicales | | | 1 | 4 | 7 |
| Médecins Généralistes - Spécialistes (consultation-visite-indemnités de déplacement) | 70% | 100% | 140% | 180% | |
| Pharmacie | | | | | |
| Vignette bleue | 35% | 100% | 100% | 100% | |
| Vignette blanche | 65% | 100% | 100% | 100% | |
| Analyses | 60% | 100% | 140% | 180% | |
| Radiologie | 70% | 100% | 140% | 180% | |
| Auxiliaires médicaux | 60% | 100% | 140% | 180% | |
| Ostéodensitométrie | 70% | 100% | 100% | 100% | |
| Prestations Médico-Chirurgicales | | | 2 | 5 | 8 |
| Dentaire | | | | | |
| Soins dentaires | 70% | 100% | 100% | 130% | |
| Orthodontie enfants de moins de 16 ans | 100% | 150% | 180% | 230% | |
| Prothèses acceptées par la SS | 70% | 130% | 170% | 280% | |
| Prothèses non acceptées par la SS | 0% | 130% | 170% | 280% | |
| Prothèses prises en charges à 100 % par la SS | 100% | 130% | 170% | 280% | |
| Prothèses consécutives à un accident | — | 152 € | 152 € | 152 € | |
| Optique | | | | | |
| Monture, verre, lentilles acceptées par la SS | 65% | 100% + 125 € | 130% + 200 € | 170% + 300 € | |
| Lentilles non acceptées par la SS | | 61 € | 122 € | 200 € | |
| En cas d'accident | | 152 € | 152 € | 152 € | |
| Orthopédie - Appareillage divers | | 65% | 100% + 228 € | 130% + 228 € | 150% + 228 € |
| Prothèses auditives | | 65% | 100% + 228 € | 130% + 228 € | 150% + 228 € |
| Hospitalisation | | | | | |
| Tous actes et soins | 80% | 100% | 130% | 150% | |
| Franchise 18€ sur acte > 91€ | 0% | Frais réels | Frais réels | Frais réels | |
| Actes d' Anesthésiste (ADA) | 80% | 100% | 130% | 150% | |
| Forfait Journalier Hospitalier | 0% | Frais réels | Frais réels | Frais réels | |
| Indemnités chambre individuelle | | 33 € | 37 € | 42 € | |
| Indemnités lit d'accompagnement enfant | | 33 € | 37 € | 42 € | |
| Actes Médicaux et Chirurgicaux sans hospitalisation | | | | | |
| A.D.C. et A.T.M. | 70% | 100% | 130% | 150% | |
| Frais de salle d'opération | 70% | 100% | 130% | 150% | |
| Transport | 65% | 100% | 130% | 150% | |
| Autres primes et participations | | | 3 | 6 | 9 |
| Cures thermales | 65% | 100% + 76 € | 100% + 122 € | 100% + 155 € | |
| Vaccins | | 50 € | 76 € | 90 € | |
| Naissance, adoption | | 150 € | 300 € | 450 € | |

En cas d'hospitalisation, le remboursement du forfait journalier hospitalier s'effectue aux frais réels.

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 :

Le versement d'indemnités pour "chambre individuelle" est limité à 7 jours dans le cadre d'une maternité et à 21 jours dans le cadre d'une hospitalisation sur présentation de facture(s).

Le versement d'indemnité pour "lit d'accompagnement enfant" est limité à 70 jours par an, sur présentation de facture(s).

Pour bénéficier du forfait naissance/adoption, l'adhérent doit justifier d'au moins 10 mois d'adhésion à la garantie "Moduli".

Consultation en neuropsychiatrie : la prise en charge est limitée à un maximum de 40 consultations par an.

Risques exclus :

Les actes de chirurgie esthétique non consécutifs à un accident.

• Article 9 : 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.

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 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 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 10 : Date d'exécution des soins :

1/ 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 pris en considération.

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

3/ 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.

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

5/ 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.

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

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

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

9/ 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.

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

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.

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.

• **Article 11 : 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 12 : Individuelle Accident (Décès)**

Composition de l'Individuelle Accident

Il est proposé au profit des membres participants et de leurs ayants droit, un capital de 7622 € en cas de décès consécutif à un accident.

Bénéficiaires :

En cas de décès, le bénéficiaire du capital est le conjoint de l'adhérent, à défaut les enfants de celui-ci, à défaut les ayants droit légaux.

Le terme ACCIDENT s'entend dans le sens le plus général : Evénement fortuit et imprévisible qui résulte de l'action ou de la rencontre soudaine d'une cause extérieure ou d'un objet inanimé.

Il ne pourra résulter :

> ni d'une action ou d'une abstention intentionnelle de la victime,

> ni d'une maladie aiguë ou non,

> ni d'une affection organique dont le processus de développement a provoqué le dommage.

Cas d'exclusion des garanties :

L'invalidité permanente occasionnés par :

1 - Une guerre étrangère, une guerre civile, l'utilisation d'un engin de guerre dont la détention est interdite et que sciemment, l'adhérent aura eu en sa possession ou détenu ou manipulé

2 - Les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de radioactivité ainsi que des radiations par accélération artificielle des particules, hormis quand ces événements se sont déroulés lors des activités d'enseignement

3 - La participation de l'adhérent à une rixe, sauf en cas de légitime défense, un état d'ivresse, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement

4 - La pratique par l'adhérent comme organisateur ou concurrent, d'épreuves, courses, compétitions et manifestations, soumises par la réglementation en vigueur à l'autorisation préalable des pouvoirs publics ou des organismes qui auront reçu délégation, ainsi que des essais qui les précèdent

5 - Les rayons X, le radium et ses composants, sauf si les dommages résultent pour l'adhérent étudiant, d'une fausse manipulation des instruments

6 - Une des affections ou maladies suivantes : toutes les maladies aiguës ou non ou leurs complications.

Plus particulièrement : aliénation mentale, psychose, névrose, attaque d'apoplexie, épilepsie, maladie de Parkinson, syndrome cérébelleux, atteintes neurologiques dégénératives, rupture d'anévrisme, ulcère et de façon générale toute affection organique dont le processus de développement a provoqué, seul, les dommages. Congestion, congélation ou insolation. Sauf s'il s'agit de la conséquence d'un accident compris dans la garantie

7 - l'exercice des sports suivants : sports aériens, y compris le vol à voile, le vol libre, le parachutisme. Ascensions en montagne et

alpinisme sans guide professionnel, ski en dehors des pistes balisées et des limites de sécurité définies par les stations (hors zone des pistes), ski sur pistes glaciaires, saut à ski au tremplin, skeleton, bobsleigh, luge sur piste, hockey sur glace, chasse, tir (sous toutes ses formes), yachting à plus de cinq miles des côtes, yachting à moteur (même auxiliaire), plongée sous marine avec appareil autonome, sport de combat, spéléologie, Polo, toutes exhibitions acrobatiques

8 - Le suicide et les conséquences d'une tentative de suicide ainsi que toutes lésions provoquées intentionnellement par l'adhérent.

Notification de l'invalidité :

En cas de décès :

>> un acte ou bulletin de décès

>> un certificat médical constatant et précisant la cause du décès

>> tout élément prouvant le lien de causalité entre l'accident et le décès.

Les demandes ne seront plus recevables deux ans après le jour de l'accident.

Subrogation :

Lorsqu'un accident est dû à un tiers, MIS Santé, en qualité de mutuelle apéritrice est subrogée de plein droit à la victime dans son action contre le tiers.

Modalités de paiement :

Le paiement du capital est effectué par virement.

N.B : Ce contrat mutualiste permet aux travailleurs indépendants non salariés professions libérales grâce à l'adhésion à l'ANIP (Association loi 1901) de bénéficier des avantages de la loi Madelin.

• Article 13 : Frais de traitement

Effet et cessation des garanties :

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).