

REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES DES FRAIS DE SANTE

CONDITIONS GENERALES DU CONTRAT « MICA »

VALANT NOTE D'INFORMATION

Le présent contrat dénommé « **MICA** », est un produit élaboré dans le respect de ses statuts et de son règlement mutualiste par la **MUTUELLE DE FRANCE**, sise à Paris 11^{ème}, 115 boulevard Richard Lenoir, Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 784 410 763, sous convention de substitution Groupe France Mutuelle et affiliée à la Fédération Mutualiste Parisienne. Code Préfectoral n° 75-4853.

ARTICLE 1 : OBJET DU CONTRAT

1-1 Le contrat « **MICA** » a pour objet, selon les présentes conditions générales, et en fonction de l'Option choisie, de compléter dans la limite maximum des frais réellement exposés, les prestations versées à l'occasion d'une maladie ou d'un accident par le Régime Obligatoire dont relève l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) du contrat.

1-2 Le contrat « **MICA** » offre le choix entre **six options** dont les garanties et prestations figurent sur le tableau de l'**annexe I** qui fait partie intégrante des conditions générales du présent contrat : l'**option 1** est «l'option standard», les **options 2, 3, 4, 5 et 6** sont dites «options confort ».

1-3 La validité des garanties et dispositions du contrat « **MICA** » s'exerce, sauf dérogation expresse, sur tout le territoire national, départements et territoires d'outre-mer inclus. Les garanties sont étendues aux maladies et accidents survenus à l'étranger, dès lors que les frais qui en découlent donnent lieu à remboursements par le Régime Obligatoire dont dépend l'assuré.

1-4 Les garanties, prestations et règlements sont exprimés et payés en Euro.

ARTICLE 2 : ADHESION

2-1 Hormis l'appartenance à un Régime Obligatoire, et sous réserve des limites d'âge définies à l'**article 4**, aucune condition n'est requise pour adhérer au présent contrat.

2-2 L'adhésion s'effectue au moyen d'un « **Bulletin d'Adhésion** » sur lequel avec l'adresse du souscripteur, doivent figurer l'état civil, la profession, le Régime Obligatoire et le numéro d'immatriculation de l'assuré et de chacun des bénéficiaires désignés.

La date d'adhésion souhaitée, l'option choisie ainsi que la fréquence et le mode de paiement des cotisations qui s'y rattachent, y sont également désignés.

2-3 Avec les droits d'adhésion dont le montant est fixé par le Conseil d'Administration de la Mutuelle, ainsi que la cotisation fédérale dont le montant est fixé chaque année par la FNMF, la première cotisation, annuelle ou fractionnée selon le choix fait de la fréquence de son règlement (voir **article 10-4**), doit impérativement être jointe au bulletin d'adhésion. Dans le cas d'un fractionnement mensuel, le règlement joint à l'adhésion doit correspondre à deux mois de cotisation.

ARTICLE 3 : BENEFICIAIRES

3-1 Sous réserve des limites d'âge visées à l'**article 4**, l'Assuré souscripteur peut désigner comme bénéficiaire(s) des garanties de son contrat, son conjoint ou concubin, comme la personne avec laquelle il est «pacsé», ainsi que toute personne fiscalement à sa charge, dont, bien sûr, ses enfants.

ARTICLE 4 : LIMITES D'AGE A L'ADHESION

OPTIONS	Standard	2	3	4	5	6
Limites d'âge	70 ans	65 ans	65 ans	65 ans	60 ans	60 ans

ARTICLE 5 : DATE D'EFFET DE L'ADHESION ET ENTREE EN VIGUEUR DES GARANTIES

5-1 La date d'effet de l'adhésion est celle figurant sur le certificat d'adhésion ; elle est toujours fixée au premier jour d'un mois, quelle que soit la date de la signature du bulletin d'adhésion.

5-2 Une adhésion en cours de mois, avec prise d'effet immédiate, est assortie du paiement intégral de la cotisation mensuelle. Sa date d'effet sera par conséquent fixée rétroactivement au premier jour du mois concerné, en sorte que les garanties, sous réserve toutefois des dispositions

de l'**article 11**, entreront en vigueur le même jour, pour des soins bien évidemment prescrits à partir de cette même date.

5-3 En aucun cas, les soins prescrits avant la date d'effet de l'adhésion ne pourront être pris en considération et ne donneront donc pas lieu à un quelconque remboursement.

5-4 D'une manière générale, les garanties entrent en vigueur à partir de la date d'effet de l'adhésion, telle que figurant sur le certificat d'adhésion, sous réserve de l'application des dispositions de l'**article 11** en matière de « délais d'attente ».

ARTICLE 6 : DUREE DE L'ADHESION - MODIFICATIONS

6-1 Les dispositions de cet **article 6** reposent sur le fait qu'en matière de gestion, l'échéance principale du contrat « **MICA** » est fixée au premier janvier de chaque année.

6-2 Le contrat « **MICA** » est souscrit pour une première période d'assurance de douze mois à compter de la date d'effet de l'adhésion. Le contrat « **MICA** » est ensuite renouvelé par tacite reconduction chaque premier janvier, pour une nouvelle période d'assurance de douze mois à compter de la fin de la précédente période.

6-3 Pendant la première période d'assurance, c'est-à-dire au cours des douze premiers mois suivant la date d'effet de l'adhésion, l'assuré ne peut ni changer d'option, ni demander aucune réduction, augmentation ou extension de ses garanties. Cependant, dès que la Mutuelle a connaissance de l'événement, l'extension des garanties est effectuée au bénéfice d'enfants nouveaux-nés, comme la réduction de la cotisation, consécutivement au décès d'un bénéficiaire.

6-4 Au terme de la première période d'assurance de douze mois, l'assuré peut faire procéder à toute modification de son contrat, en en faisant la demande écrite au moins un mois avant le début d'un trimestre civil.

6-5 Tout assuré ayant atteint l'âge de soixante ans ne peut plus demander à bénéficier d'une augmentation de ses garanties.

ARTICLE 7 : RESILIATION

7-1 Eu égard à la loi EVIN n° 89-10009 qui dispose que les garanties délivrées revêtent un caractère viager, nonobstant l'**article 10-5** des présentes conditions générales, l'assuré seul dispose de la faculté de résilier son contrat.

7-2 La résiliation du contrat ou d'un bénéficiaire doit être demandée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle au plus tard un mois avant le début d'un trimestre civil, étant par ailleurs convenu que les cotisations afférentes au trimestre concerné devront être entièrement acquittées. La mutuelle remboursera à l'adhérent la période réglée pendant laquelle le risque n'aura pas couru.

ARTICLE 8 : CERTIFICAT D'ADHESION - TABLEAU DES GARANTIES - TIERS PAYANT

8-1 Dans les huit jours qui suivent la réception de son adhésion, sous réserve de l'encaissement des cotisations dues, l'assuré reçoit son « **Certificat d'Adhésion** » porteur des conditions particulières de son contrat : date d'effet de l'adhésion, nom de l'assuré et des éventuels bénéficiaires, option choisie, éventuels délais d'attente, et, en annexe, le « **tableau de ses garanties** », ainsi que sa « **carte de tiers payant** ».

8-2 Seules sont accordées à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s) les garanties mentionnées à son certificat d'adhésion et dont le détail figure sur son tableau des garanties.

8-3 Les accords de « tiers payant » étant des conventions signées entre la Mutuelle et certains professionnels de la santé, ce service est, sur le territoire national, subordonné aux éventuels accords locaux.

8-4 Sous peine de poursuites, l'usage de la carte de tiers payant n'est acquis aux assurés que s'ils sont à jour de leurs cotisations à la date d'utilisation de la carte.

ARTICLE 9 : OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

9-1 Ses garanties sont accordées à l'assuré à partir des informations qu'il s'engage à fournir de bonne foi en remplissant son bulletin d'adhésion. En cas de fausse déclaration et/ou de mauvaise foi avérée, la Mutuelle se réserve le droit d'annuler purement et simplement l'adhésion, les cotisations versées lui restant acquises.

9-2 En cours de contrat l'assuré s'engage, à informer immédiatement la Mutuelle, par écrit - à l'exclusion de tout fax ou appel téléphonique - de la survenance de tous événements tels qu'un changement de nom, d'adresse, de situation matrimoniale, de coordonnées bancaires, de régime social, ou de la composition de la famille.

9-3 L'assuré qui cesse, pour quelque raison que ce soit, de bénéficier des garanties, s'engage à restituer immédiatement à la Mutuelle sa « carte de tiers payant ».

ARTICLE 10 : COTISATIONS

10-1 Détermination des cotisations

10-1-1 Les garanties du présent contrat sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation globale représentant la somme des cotisations individuelles dues par l'assuré, pour lui-même, et pour chacun des éventuels autres bénéficiaires du contrat. Le tarif en vigueur de l'option choisie indique le montant des cotisations individuelles en fonction de l'âge atteint. Cet âge est déterminé par la différence entre le millésime de l'année en cours et celui de l'année de naissance.

10-1-2 Exonérée de cotisation, l'adhésion des 3^{ème} et 4^{ème} enfants est gratuite. Le 5^{ème} enfant et les suivants bénéficient d'une réduction de 25 % sur la cotisation qui leur est applicable.

10-1-3 Après leur 18^{ème} anniversaire, les enfants sont réputés perdre la qualité « d'enfant » qui pouvait donner droit à la réduction ou à la gratuité de leur cotisation et/ou de celle(s) de leur(s) cadet(s). Les enfants âgés de 18 à 25 ans, immatriculés ou non à un régime de sécurité sociale, pourront toutefois demeurer bénéficiaires du contrat de leurs parents, mais se verront appliquer la cotisation correspondant au tarif de leur âge.

10-2 Ajustement des cotisations

Chaque 1^{er} janvier, lorsque l'assuré et/ou les autres bénéficiaires passent dans la tranche d'âge supérieure, les cotisations individuelles sont ajustées pour tenir compte du nouveau tarif applicable au nouvel âge atteint.

10-3 Augmentation des cotisations

A effet de chaque 1^{er} janvier, et en application des décisions de l'Assemblée Générale de la Mutuelle, les cotisations du contrat «MICA» peuvent subir une augmentation en fonction de ses «résultats techniques» fondés sur la consommation médicale de l'ensemble des adhérents, et/ou en fonction de la «consommation médicale totale par habitant» publiée par le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi. L'augmentation des cotisations du contrat «MICA» qui serait rendue nécessaire, soit consécutivement au changement des conditions de remboursements des Régimes Obligatoires, soit dans le prolongement de toute décision de l'Etat en matière légale ou fiscale, pourrait toutefois et pour sa part intervenir en cours d'année. En cas de modification des remboursements du ou des Régimes Obligatoires, la Mutuelle se réserve toutefois le droit de maintenir les conditions de remboursement qui étaient les siennes avant ladite modification.

10-4 Paiement et fractionnement des cotisations

10-4-1 Les cotisations sont réputées payables annuellement et d'avance, quinze jours avant le début de la période d'assurance. Elles peuvent être réglées en espèces, au Siège de la Mutuelle, par mandat, par chèque ou par prélèvement automatique sur un compte bancaire, postal ou de caisse d'épargne. En cas de paiement par prélèvement, un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.) doit être impérativement joint au bulletin d'adhésion, faute de quoi l'adhésion ne serait pas acceptée.

10-4-2 Le paiement des cotisations peut toutefois et sans frais, être fractionné au semestre, au trimestre ou au mois. Dans ce dernier cas, leur règlement par prélèvement automatique est obligatoire.

10-5 Défaut de paiement des cotisations

10-5-1 La mutuelle ne peut se trouver engagée que par le paiement régulier des cotisations du contrat aux échéances fixées. Après un premier rejet de prélèvement automatique et en cas de nouveau rejet lors de sa seconde présentation, comme d'une manière générale en cas de non-paiement de toute cotisation à l'échéance fixée, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, l'Assuré recevra dix jours après cette échéance, une mise en demeure qui entraînera, en cas de non-paiement dans les 30 jours,

la suspension des garanties 10 jours plus tard entraînant la radiation de l'Assuré.

10-5-2 La radiation entraîne la suspension immédiate du paiement à l'assuré et/ou au(x) bénéficiaire(s) de toutes prestations quelles que soient leurs date et nature, l'adhérent restant par ailleurs redevable du solde de la cotisation annuelle aux termes de l'alinéa 10-4-1.

10-5-3 Les frais inhérents au rejet d'un prélèvement ou à toute procédure de recouvrement des cotisations demeurent à la charge de l'adhérent.

ARTICLE 11 : DELAIS D'ATTENTE

11-1 A l'exception de l'option 1 qui ne supporte aucun délai d'attente, l'entrée en vigueur de certaines garanties et/ou le service de certaines prestations sont, dans les autres options, assortis d'un « délai d'attente » qui s'applique à tout nouvel assuré à compter de la date d'effet de son contrat ainsi qu'à tout assuré qui désire augmenter ses garanties en changeant d'option, à compter de la date d'effet de l'avenant de modification.

11-2 Délais d'attente selon les options :

Options « 2, 3, 4, 5, et 6 »

- Forfait journalier : **3 mois**
- Chambre particulière et lit d'accompagnant d'enfant de - 12 ans : **6 mois**

▪ Forfait maternité, forfait cure médicale et participation aux frais d'obsèques : **12 mois**

▪ Forfait optique en option 2 et 3 : **6 mois**

▪ Forfait optique en option 4, 5 et 6 : **12 mois**

▪ Prothèses dentaires et orthodontie au-delà du tarif retenu par le

Régime Obligatoire :

. en option 2 et 3 : **6 mois.**

. en option 4, 5 et 6 : **12 mois**

Ces délais d'attente s'appliquent en cas d'adjonction d'un nouveau bénéficiaire hormis pour les nouveaux-nés inscrits dans les 30 jours suivant leur naissance.

11-3 Abrogation des délais d'attente

11-3-1 En cours de contrat, les délais d'attente sont automatiquement abrogés en cas d'accident.

11-3-2 Lors de l'adhésion les délais d'attente peuvent être abrogés sur présentation par l'assuré d'un certificat de radiation émis par son précédent organisme complémentaire, moins de trente jours avant la souscription du contrat «MICA», établissant qu'il y bénéficiait de garanties comparables souscrites depuis au moins un an et attestant qu'il est à son égard à jour de ses cotisations.

ARTICLE 12: GARANTIES - LIMITATIONS - PLAFONDS - EXCLUSIONS

12-1 Le contrat «MICA», aux termes de l'article 1 des présentes conditions générales, et selon leurs dispositions, assure, en complément du Régime Obligatoire, le remboursement des frais de santé sous forme de prestations variables et/ou forfaitaires dont les montants, pour chacune des six options, sont détaillés dans le tableau constituant l'annexe I.

12-2 **Le total des remboursements du Régime Obligatoire et de la Mutuelle est toujours, et au maximum, strictement limité au montant des dépenses réellement engagées.** En cas de cumul de mutuelles, le cumul des prestations perçues par l'assuré ne peut dépasser le montant total des frais réellement exposés.

12-3 Le montant, la fréquence ou la durée du service de certaines prestations peuvent être limités par un « **plafond** » :

Plafond en psychiatrie :

. Le remboursement des consultations et visites est plafonné à 305 € par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par bénéficiaire pour les options 1, 2, 3 et 4

. Le remboursement des consultations et visites est plafonné à 760 € par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) pour les options 5 et 6

. Forfait journalier et chambre en hospitalisation psychiatrique : limité à 30 jours par an.

Plafond dentaire par année civile (du 1^{er} janvier au 31 décembre) et par bénéficiaire (plafond global pour les soins, prothèses et orthodontie) :

. option 1 : 380 € les 2 premières années ; 460 € à partir de la 3^{ème} année

. option 2 et 3 : 535 € les 2 premières années ; 760 € à partir de la 3^{ème} année

. option 4 : 685 € les 2 premières années ; 915 € à partir de la 3^{ème} année

. option 5 et 6 : 1065 € la première année ; 1525 € à partir de la 2^{ème} année

Plafond optique : forfait optique versé au maximum une fois par an et par bénéficiaire

Plafond du « lit accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans » : limité à 30 jours par an.

12-4 Certaines dépenses dites de santé, ou pouvant revêtir un caractère dit de « confort » sont **exclus** du champ d'application du contrat «MICA», tandis que certains faits ou événements dispensent la Mutuelle du service de quelque prestation que ce soit :

. les lentilles jetables

. l'hébergement dans les services de gériatrie ou de gérontologie ou tout autre établissement dit de moyen ou long séjour pour personnes âgées au sens de la Sécurité Sociale

. les frais de séjour et de traitement dans les centres psychothérapeutiques, médico-psychologiques, psychopédagogiques

. les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les interventions et traitements chirurgicaux de caractère esthétique, les cures diététiques, à moins qu'ils ne soient prescrits médicalement pour la guérison d'un malade ou le rétablissement d'un accidenté.

Aucune prestation n'est par ailleurs due dans les cas suivants :

. les suites d'un événement causé intentionnellement par l'assuré ou ses bénéficiaires

. le suicide ou la tentative de suicide

. la participation à des conflits armés, à des émeutes et mouvements populaires, à des actions de terrorisme ou de sabotage

. sauf mention « refusé » sur la grille de garantie, les frais de santé correspondant à des actes médicaux ou à des fournitures non prévus dans la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) de la Sécurité Sociale ou du Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires (TIPS).

. la contribution forfaitaire de 1euro, mise en application au 1^{er} janvier 2005.

. la contribution forfaitaire de 18 euros sur les actes techniques de plus de 91 euros, mise en application à compter du 1^{er} janvier 2006.

. les éventuels dépassements d'honoraires des examens ou actes pratiqués « hors parcours de soins ».

ARTICLE 13 : PRESTATIONS FORFAITAIRES

13-1 Le forfait « maternité » est octroyé en lieu et place de toute autre prestation au titre des frais occasionnés par l'accouchement. En cas de naissance gémellaire, le forfait est octroyé par enfant né. En cas d'intervention chirurgicale (césarienne), la garantie accordée en hospitalisation chirurgicale peut être mise en œuvre en lieu et place du forfait maternité. En cas d'adoption d'un enfant de moins de 4 ans, le forfait maternité peut être versé sous réserve d'affiliation de l'enfant à la Mutuelle.

Le service de cette prestation est subordonné à la présentation par l'assuré d'un extrait d'acte de naissance.

13-2 Le forfait « cure thermale » est versé à l'occasion d'une cure thermale acceptée par la Sécurité Sociale. Elle exclut, de la part de la Mutuelle, tout autre remboursement de frais se rapportant à celle-ci, y compris le transport et l'hébergement.

Le service de cette prestation est subordonné à la présentation par l'assuré du bordereau de sa Caisse Maladie et de la facture détaillée de l'Etablissement Thermal.

13-3 En cas de décès de l'assuré ou de l'un des bénéficiaires du contrat, une allocation « de participation aux frais d'obsèques » peut, selon l'option choisie, être versée à la personne ayant réglé les obsèques, sur présentation d'un acte de décès et de la facture acquittée délivrée par l'entreprise de Pompes Funèbres.

Toutefois, en cas de souscription d'un contrat obsèques par l'Assuré, aucune participation forfaitaire ne sera versée par nos soins.

ARTICLE 14 : PAIEMENTS DES REMBOURSEMENTS COMPLEMENTAIRES

14-1 Lorsque la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont dépend l'assuré et/ou le(s) bénéficiaire(s) est reliée par « télétransmission » avec la Mutuelle, une liaison informatique lui achemine directement l'image des décomptes à partir desquels elle va procéder aux remboursements complémentaires en fonction de l'option choisie. Si l'assuré ne s'oppose pas de façon expresse à ce mode de fonctionnement, il n'a alors aucun décompte à fournir, nonobstant les dispositions de l'alinéa **14-3**.

14-2 Pour le cas où le système de télétransmission ne serait pas mis en place, ou si l'assuré en a refusé l'utilisation, l'assuré devra faire parvenir à la Mutuelle le ou les originaux des décomptes de remboursements perçus qui lui ont été délivrés par son Régime Obligatoire.

14-3 Si l'option qu'il a choisie en prévoit le remboursement, que son dossier soit traité en télétransmission ou non, l'assuré devra fournir certains justificatifs pour les soins suivants :

. Prothèses dentaires acceptées : le décompte de la Caisse Maladie et la facture acquittée

. Prothèses dentaires refusées : la notification du refus par la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée

. Optique : le décompte de la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée

. Lentilles de contact refusées : la notification de refus de la Caisse Maladie et la facture détaillée et acquittée

. Hospitalisation :

▪ pour le ticket modérateur, le forfait hospitalier ou la chambre particulière, l'assuré peut demander une prise en charge à la Mutuelle. Sinon, l'assuré doit fournir l'original de la facture acquittée

▪ pour le « lit accompagnant d'un enfant de - 12 ans », l'assuré doit fournir la facture acquittée

▪ pour les dépassements d'honoraires et l'accouchement par césarienne, l'assuré doit fournir une facture acquittée mentionnant le K opératoire.

14-4 En cas de remboursements complémentaires trop versés, les prestations maladie de l'assuré et/ou ses bénéficiaires seront suspendues jusqu'à ce que le gestionnaire de la Mutuelle perçoive le règlement de la somme réclamée.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Il y a prescription pour les demandes de remboursement des prestations parvenant à la Mutuelle au-delà de deux ans à compter de la date de l'acte médical.

En cas de résiliation, l'assuré doit présenter ses dossiers de demande de prestations dans les 2 ans qui suivent la date d'effet de la résiliation sous peine de forclusion.

ARTICLE 16 - RECLAMATIONS

Toute réclamation doit obligatoirement être formulée par écrit, dans un délai de **deux mois** à compter de la date de réception du décompte de la Mutuelle. La réclamation s'accompagnera de la photocopie du ou des décompte(s) concerné(s).

Passé ce délai de deux mois, aucune réclamation ne sera plus admise.

En cas de désaccord avec la Mutuelle, l'assuré s'engage à ne pas avoir recours à la voie judiciaire avant d'avoir soumis au préalable le litige au Conseil d'Administration de la Mutuelle et en avoir reçu sa réponse écrite.

ARTICLE 17 - JURIDICTION COMPETENTE

Tout différend touchant à l'interprétation ou à l'exécution des présentes conditions générales sera porté devant le Tribunal compétent du siège social de la Mutuelle.

ARTICLE 18 - SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée.

ARTICLE 19 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

L'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle et de tout Réassureur ou Organisme Professionnel concerné. Le droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante :

M. D. F. - 115, bd Richard Lenoir 75011 PARIS

ARTICLE 20 - MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

Le contractant peut renoncer dans un délai de 30 jours à compter de la date de signature de son bulletin d'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée à la Mutuelle, reproduisant le texte indiqué ci-après :

« Je soussigné, (nom et prénom), né le, demeurant Déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai versé € en date du entre les mains de M et demande le remboursement intégral des sommes versées ».

La renonciation demandée par lettre recommandée met fin à toutes les garanties à compter de sa date d'envoi (le cachet de la poste faisant foi).