

Groupe Smiso Mutuelle des Cadres

Règlement Mutualiste

• DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le Groupe Smiso Mutuelle des Cadres est une mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité et immatriculée au Registre national des mutuelles sous le numéro 324 310 614. Son siège est situé 8, boulevard Vauban - 59024 Lille Cedex. Elle est ci-après dénommée la Mutuelle.

ARTICLE 1. Objet et composition du règlement

Le présent règlement a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ayant adhéré à titre individuel à la Mutuelle et cette dernière en ce qui concerne les prestations et les cotisations relatives aux garanties "frais de soins de santé". Ce règlement a été adopté par l'Assemblée générale sur proposition du Conseil d'administration.

Le présent règlement est régi par le code de la Mutualité.

ARTICLE 2. Modification du règlement

Toute modification du présent règlement est portée à la connaissance des membres participants. Toute modification des garanties prévues au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant.

Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées au membre participant.

ARTICLE 3. Délai de prescription

Toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle en a connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit contre celui on prescrit) 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 l'indemnité.

ARTICLE 4. Organisme de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, située au 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

ARTICLE 5. Informatique et libertés

L'article 27 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la conclusion du présent règlement.

Le membre participant et ses ayants droit autorisent la Mutuelle à communiquer ces informations à tout organisme appelé à connaître le présent règlement en raison de sa gestion ou de son exécution.

Le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès et de rectification auprès de la Mutuelle.

• ADHÉSION - CHOIX DES GARANTIES

ARTICLE 6. Adhésion

L'adhésion à la Mutuelle, à ses statuts et au présent règlement est matérialisée par la signature, par chaque membre participant, d'un bulletin d'adhésion.

C'est également sur ce bulletin d'adhésion que le membre participant choisit le régime de garantie destiné à le couvrir.

Un descriptif du régime de garantie qu'il a souscrit lui est remis au moment de son adhésion, ce descriptif indique également le montant des cotisations afférentes à ce régime. Un nouveau descriptif lui est envoyé après chaque renouvellement annuel de son adhésion.

ARTICLE 7. Prise d'effet, durée et renouvellement de l'adhésion - faculté de renonciation

Sauf mention particulière figurant sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le premier jour du mois de réception de ce bulletin par la Mutuelle. L'adhésion initiale du membre participant est conclue pour une durée initiale minimale de 12 mois, elle court jusqu'au 31 décembre suivant le dépassement de ce délai, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1^{er} janvier sauf utilisation par le membre participant de sa faculté de démission.

Le membre participant dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir à compter du jour où le bulletin d'adhésion est envoyé.

La renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception au « Service adhésion Mutuelle- 8 Bd Vauban - 59024 Lille Cedex », en utilisant le modèle ci-joint (cette demande doit être accompagnée de la carte de tiers payant pour être prise en compte) :

Je, soussigné, (nom, prénom), déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :
- N° d'adhésion (ou joindre une copie du bulletin d'adhésion) :
Date de la demande d'adhésion :
Adresse :
Fait à le :
Signature du membre participant :

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 60 (soixante) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera dans un délai de 60 (soixante) jours.

Ces principes s'appliquent également en cas de démarchage à domicile ou de vente à distance (vente par téléphone, Internet,)

ARTICLE 8. Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer à la Mutuelle les personnes visées par l'article 7 des statuts. Des conditions particulières sont posées pour souscrire certaines garanties.

Les différents régimes régis par le présent règlement sont :

- les Formules individuelles de la gamme "Activance individuels", ouvertes à la souscription de tous les assurés sociaux satisfaisant aux critères d'adhésion au Groupe Smiso Mutuelle des Cadres,
- les Formules Essentielle et Essentielle + ouvertes à la souscription de tous les assurés sociaux satisfaisant aux critères d'adhésion au Groupe Smiso Mutuelle des Cadres,
- les Formules individuelles de la gamme "Activance 2" auxquelles peuvent adhérer les participants au titre de contrats à adhésion collective bénéficiant d'un maintien de couverture dans le cadre de l'article 4 de la loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Evin,
- Les formules "Préférence" et "Constance" ne sont pas ouvertes à la souscription de nouvelles adhésions, elles sont toutefois toujours en vigueur et régies par le présent règlement.
- Starter, les formules Lavande, Lilas, Mauve et Violette de la gamme Santéal et leurs modules complémentaires optique/dentaire, oxygène, génération et zen,
- ainsi que les régimes SMISO 1, SMISO 2 et SMISO 3 auxquels peuvent adhérer les personnes ayant liquidé leur pension de retraite du régime général d'assurance vieillesse depuis moins de 12 mois.

De façon plus générale, le présent règlement régit l'ensemble des gammes à adhésion individuelle de la Mutuelle, à l'exception de la gamme « 100% Vous ».

De nouveaux régimes peuvent être créés sans entraîner de modifications du présent règlement.

Les conditions particulières propres à ces nouveaux régimes figurent sur les descriptifs des garanties.

Sauf mentions particulières dans le présent règlement et/ou sur le descriptif des garanties défini à l'article 6 alinéa 2 du présent règlement, ces différents régimes obéissent aux mêmes règles de fonctionnement.

ARTICLE 9. Période de stage

Une période de stage est prévue suite à l'adhésion. Au cours de cette période le membre participant tout en étant adhérent de la Mutuelle et tenu au paiement de sa ou ses cotisations ne peut, ainsi que ses ayants droit, bénéficier de certaines prestations. Ce délai court à partir du jour de prise d'effet de l'adhésion.

Ces périodes de stages sont les suivantes :

- **Dépassements de tarifs en soins et prothèses dentaires ou auditives, et prestations forfaitaires (dont optique) : 6 mois,**
- **Indemnisation forfaitaire de la maternité : 9 mois**
- **Hospitalisation (garanties Essentielle et Essentielles +) : 9 mois**

Sauf en ce qui concerne les garanties des formules Essentielle et Essentielle +, ces périodes de stages ne sont pas appliquées si le membre participant bénéficiait, à garanties comparables, d'une assurance "frais de soins de santé" auprès d'un autre organisme assureur. La preuve de cette affiliation doit être apportée à la Mutuelle par le membre participant au moyen d'un certificat de radiation datant de moins de 3 mois au jour de l'adhésion.

ARTICLE 10. Affiliation des ayants droit

Peuvent être affiliés à la Mutuelle au titre de l'adhésion du membre participant son conjoint, concubin ou partenaire et/ou ses enfants à charge tels que définis par les statuts de la Mutuelle. Seront affiliés à la Mutuelle les ayants droit inscrits par le membre participant sur son bulletin d'adhésion. En cas de changement de situation de famille, le membre participant qui souhaite affilier un nouvel ayant droit doit adresser sa demande écrite à la Mutuelle.

L'affiliation du nouvel ayant droit prend effet le 1^{er} jour du mois de demande d'affiliation, sous réserve du paiement de sa première cotisation. Les périodes de stages prévues à l'article 9 s'appliquent à cet ayant droit. Toutefois, ces périodes de stages ne seront pas appliquées si l'affiliation est celle d'un enfant du membre participant intervenant au cours des deux mois qui suivent sa naissance ou s'il s'agit de celle du conjoint ou du partenaire du membre participant dans les deux mois qui suivent le mariage ou la conclusion du Pacs.

Il est rappelé qu'une seule personne peut être affiliée au titre de conjoint, concubin ou partenaire par membre participant.

ARTICLE 11. Fin de l'adhésion

Evénements mettant fin à l'adhésion

L'adhésion du membre participant prend fin :

- le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties qu'il a souscrit, sous réserve de son adhésion à un nouveau régime de garanties,
- le jour du décès du membre participant, dans ce cas la Mutuelle propose aux éventuels ayants droit de souscrire une adhésion. Ces personnes disposent d'un délai de 6 mois à compter du décès pour adhérer à la Mutuelle.

L'adhésion répondant à ces critères prend effet à titre exceptionnel au jour du décès du membre participant (la Mutuelle exigera tous les documents justificatifs nécessaires),

- le jour de son exclusion conformément à l'article 12 des statuts,
- en cas de non-paiement des cotisations cf. article 15,
- en cas de démission du membre participant. Le membre participant qui souhaite mettre fin à son adhésion doit adresser sa demande de démission au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance. En cas d'obligation pour le participant d'adhérer à un contrat "d'assurance frais de soins de santé" collectif d'entreprise, la Mutuelle pourra accepter de résilier l'adhésion du membre participant en cours d'année sous réserve de la présentation des justificatifs qu'elle exigera (attestation de l'employeur et/ou de l'organisme assureur ou tout autre justificatif demandé par la Mutuelle). Dans ce dernier cas, la date d'effet de la fin de l'adhésion est le dernier jour du mois de réception de l'attestation par la Mutuelle.

Fin de la période d'affiliation d'un ayant droit :

L'affiliation des ayants droit prend fin :

Pour tous les ayants droit :

- automatiquement au jour où l'adhésion du membre participant prend fin,
- en cas de demande de leur part par lettre recommandée avec accusé de réception, l'affiliation prend fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre par la Mutuelle,
- en cas de demande du participant par lettre recommandée avec accusé de réception, l'affiliation prend fin après un préavis de 2 mois qui suit la réception de cette lettre par la Mutuelle,

Pour les conjoints :

- automatiquement en cas de divorce, dans ce cas l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de ce jugement à la Mutuelle,
- automatiquement en cas de rupture du Pacs ou du concubinage, dans ce cas, l'affiliation prend fin le premier jour du mois qui suit la notification de cette rupture à la Mutuelle.

Attention : la non-notification dans les délais les plus brefs du divorce ou de la rupture du Pacs ou du concubinage est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre des garanties à cotisation familiale, un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

Pour les enfants à charge :

L'enfant à charge est couvert du chef du membre participant jusqu'à l'une des dates suivantes :

- le jour où l'enfant cesse d'être ayant droit au sens de la Sécurité sociale,
- à la fin du mois au cours duquel prend fin le contrat de qualification, de professionnalisation ou d'apprentissage ou la formation en alternance et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant demandeur d'emploi trouve un emploi et au plus tard le dernier jour du mois où il atteint ses 28 ans,
- le dernier jour de l'année scolaire au cours de laquelle il ne remplit plus les critères statutaires qui lui permettaient d'être considéré comme enfant à charge et, en tout état de cause, le dernier jour du mois où il a atteint la date anniversaire de ses 28 ans.

Autres personnes à charge :

- le jour où elles n'ont plus la qualité de personne à charge au sens des statuts.

Attention : La non-notification dans les délais les plus brefs d'un événement entraînant la perte de la qualité d'enfant à charge est constitutive d'une fausse déclaration, et ce notamment dans le cadre des garanties à cotisation familiale, un rappel de cotisation sur la base du tarif individuel correspondant pourra être exigé.

ARTICLE 12. Versement des prestations après la fin de l'adhésion ou de l'affiliation

Les demandes de remboursement de soins adressées à la Mutuelle après la fin de l'adhésion ou de l'affiliation au règlement seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes du régime obligatoire du demandeur soit antérieure à la date de fin de la couverture.

ARTICLE 13. choix des garanties

Choix à l'adhésion

Lors de la souscription de son bulletin d'adhésion, le membre participant choisit, parmi ceux auxquels il peut adhérer, le régime de garanties qui va le couvrir ainsi que ses éventuels ayants droit.

Changement de garantie

Le participant qui souhaite changer de régime de garantie, pour lui et ses éventuels ayants droit, doit en faire la demande écrite auprès de la Mutuelle, et ce, avant le 31 décembre de chaque année. L'adhésion à ces nouvelles garanties prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivante. **Le participant ne pourra demander à changer à nouveau de garantie pendant un délai de 3 ans, sauf s'il demande à souscrire des garanties supérieures.**

• COTISATIONS

ARTICLE 14. Montant des cotisations

Le montant des cotisations afférentes à chaque niveau de garanties apparaît dans le tableau descriptif des garanties.

Les cotisations peuvent être révisées au moins une fois par an sur décision de l'Assemblée générale ou du Conseil d'administration sur délégation de celle-ci.

Le montant des cotisations varie en fonction des garanties souscrites, de la région où habitent le participant et ses ayants droit, du régime d'assurance maladie obligatoire auquel est affilié le participant et/ou de l'âge du participant et de ses ayants droit au 1^{er} janvier.

ARTICLE 15. Paiement des cotisations

Procédure de paiement des cotisations

Le membre participant est débiteur de l'intégralité de la cotisation annuelle y compris si son adhésion est résiliée de son fait en cours d'année. Le membre participant est débiteur de l'ensemble des cotisations dues à la Mutuelle de son propre chef ainsi que de celui de ses éventuels ayants droit.

Le paiement de la cotisation annuelle s'effectue de manière fractionnée.

Le paiement de la cotisation s'effectue, aux choix du membre participant, en 12 mensualités ou en 4 trimestrialités. Elles sont payées mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire du membre participant. La date d'échéance de ces cotisations est le 5 de chaque mois (cette échéance peut être fixée au 15 sur simple demande). Si la Mutuelle accepte que les cotisations soient payées par chèque, celles-ci sont alors payées trimestriellement d'avance avec une date d'échéance fixée au 5 du premier mois du trimestre civil.

En cas de non-paiement des cotisations :

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente 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 sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

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 fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation 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.

Tout incident de paiement fait l'objet d'une pénalité de retard de 6 €

• GARANTIES

ARTICLE 16. Garanties

16.1 Définition et niveau des garanties

Les garanties qui découlent du présent règlement ont pour objet de garantir à titre principal aux membres participants et à leurs ayants droit affiliés des remboursements complémentaires à ceux de leur régime obligatoire d'assurance maladie et de les indemniser des différents frais occasionnés par une maladie, un accident ou un accouchement et, à titre accessoire, le versement d'une prestation en cas de maternité (y compris en cas d'adoption plénière).

Le montant des garanties peut être revu en cours d'année par l'Assemblée générale de la Mutuelle ou le Conseil d'administration sur délégation de cette dernière, dès lors que cette mesure est nécessaire au maintien des équilibres techniques de la Mutuelle.

Les types et niveaux de garanties dont bénéficient le membre participant et ses éventuels ayants droit sont décrits dans les tableaux descriptifs des garanties définis à l'article 6 du présent règlement.

16.2 Bonus Dentaire, Optique et Audition - Gamme Activance et Les Essentielles

La gamme « Activance » et « les Essentielles » proposent un mécanisme de Bonus Optique, Dentaire et Audition qui ont pour objet d'encourager les membres participants et leurs ayants droits à participer à la maîtrise des dépenses de santé.

Bonus Dentaire - Gammes Activance et les Essentielles

Le membre participant ou l'ayant droit qui n'utilise pas au cours de trois années civiles consécutives sa garantie « prothèses et implants dentaires » bénéficie d'un Bonus Dentaire (cf. montant inscrit dans le tableau de garantie) à compter du 1^{er} janvier de la 4^{ème} année civile.

Le Bonus Dentaire ainsi obtenu permet une majoration de la garantie « prothèses et implants dentaires » dans la limite des frais réellement engagés.

Le Bonus Dentaire est obtenu à titre personnel, il ne peut donc être utilisé au bénéfice d'un Tiers.

En cas d'utilisation de la garantie « prothèses et implants dentaires » bonifiée au cours d'une année civile, le niveau de la garantie revient à son montant initial l'année suivante. Il sera de nouveau majoré en cas de non-utilisation de la garantie pendant les trois années civiles suivantes.

En cas de résiliation de leur adhésion, le participant et ses ayants droits perdent leurs droits sur le Bonus Dentaire obtenu.

Bonus Optique - Gamme Activance et les Essentielles

Le membre participant ou l'ayant droit qui n'utilise, au cours de trois années civiles consécutives, aucun de ses forfaits « optique » (verre, lentilles, chirurgie de la myopie) bénéficie d'un Bonus Optique (cf. montant inscrit dans le tableau de garantie) à compter du 1^{er} janvier de la 4^{ème} année civile.

Le Bonus Optique ainsi obtenu permet une majoration de la garantie « optique » dans la limite des frais réellement engagés.

Le Bonus Optique est obtenu à titre personnel, il ne peut donc être utilisé au bénéfice d'un Tiers.

En cas d'utilisation du forfait optique bonifié au cours d'une année civile, le niveau de la garantie revient à son montant initial l'année suivante. Il sera de nouveau majoré en cas de non-utilisation du forfait pendant les trois années civiles suivantes.

En cas de résiliation de leur adhésion, le participant et ses ayants droits perdent leurs droits sur le Bonus Optique obtenu.

Bonus Audition - Gamme Activance

Le membre participant ou l'ayant droit qui n'utilise pas au cours de trois années civiles consécutives sa garantie « appareils auditifs » bénéficie d'un Bonus Audition (cf. montant inscrit dans le tableau de garantie) à compter du 1^{er} janvier de la 4^{ème} année civile.

Le Bonus Audition ainsi obtenu permet une majoration de la garantie « appareils auditifs » dans la limite des frais réellement engagés.

Le Bonus Audition est obtenu à titre personnel, il ne peut donc être utilisé

au bénéfice d'un Tiers.

En cas d'utilisation de la garantie « appareils auditifs » bonifiée au cours d'une année civile, le niveau de la garantie revient à son montant initial l'année suivante. Il sera de nouveau majoré en cas de non-utilisation de la garantie pendant les trois années civiles suivantes.

En cas de résiliation de leur adhésion, le participant et ses ayants droits perdent leurs droits sur le Bonus Audition obtenu.

ARTICLE 17. Condition d'attribution des garanties

Nature du risque

Peuvent donner lieu à prestations les dépenses engagées par un membre participant ou un ayant droit pour les actes ayant fait l'objet d'une prescription médicale en raison d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité et ayant, sauf mention expresse dans les tableaux descriptifs des garanties, fait l'objet d'un remboursement par le régime d'assurance maladie obligatoire dont relève(nt) le membre participant ou ses ayants droit.

Il est à noter que lorsqu'un membre participant ou un ayant droit est atteint d'une affection ou victime d'un accident susceptible d'être indemnisé, soit au titre de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles, soit selon les règles du droit commun par un tiers responsable, la Mutuelle n'intervient que dans la mesure où les indemnités que le membre participant ou l'ayant droit aura perçues en réparation du dommage matériel subi, ne font pas double emploi avec celles versées par elle.

Date de survenance

Les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date de soins indiquée sur les bordereaux de la Sécurité sociale ou sur la facture détaillée acquittée en cas de refus de prise en charge par celle-ci. Pour les prothèses dentaires refusées, la date prise en compte est celle de la notification du refus par la Sécurité sociale.

Pour les accouchements et l'allocation maternité, les conditions d'ouverture du droit aux prestations correspondent à la date de naissance ou de transposition du jugement d'adoption plénière de l'enfant du membre participant.

Pour les implants dentaires et les piliers dentaires, la date des soins retenues pour le paiement des prestations est celle de la pose de l'implant, même si le pilier dentaire est posé ultérieurement.

• PRESTATIONS

ARTICLE 18. Les remboursements

Procédure, documents exigés (maladie, maternité, accident)

Pour que le remboursement des frais médicaux engagés soit pris en charge, le membre participant doit adresser dès que possible à la Mutuelle :

1. tous les documents originaux justifiant des frais engagés et précisant la date et la nature des soins,
2. les originaux des feuilles de décompte du régime maladie obligatoire ou, le cas échéant, les factures originales acquittées mentionnant la non-prise en charge par le régime obligatoire,
3. pour les dépassements d'honoraires en clinique (si le participant a souscrit une telle garantie), le bordereau de facturation acquitté si la clinique est conventionnée ou la facture détaillée acquittée si elle ne l'est pas,
4. pour les frais d'optique non pris en charge par la Sécurité sociale, la facture acquittée de l'opticien et la notification de refus de la Sécurité sociale ; pour les lentilles, une facture acquittée de l'opticien mentionnant le type de lentilles et une copie de la prescription médicale,
5. pour les cures thermales, la facture détaillée acquittée de l'établissement thermal accompagné des décomptes de Sécurité sociale reprenant les honoraires médicaux et de surveillance et le forfait thermal ainsi que les frais d'hébergement et de transport. Il doit également faire parvenir à la Mutuelle les factures correspondant aux frais d'hébergement et de transport n'apparaissant pas sur les décomptes de Sécurité sociale, si ces frais sont pris en charge dans le cadre de ses garanties,
6. pour la garantie "allocation maternité", un extrait d'acte de naissance de l'enfant,
7. pour la garantie "adoption", une copie certifiée conforme du jugement d'adoption plénière rendu par une juridiction française. Lorsque l'adoption est réalisée à l'étranger, la prestation ne peut être payée qu'après que le membre participant ait adressé à la Mutuelle une copie certifiée conforme de la transcription de la décision d'adoption plénière sur les registres d'état civil français,
8. pour toutes les garanties non prises en charge par la Sécurité sociale, une facture acquittée délivrée par le professionnel de santé et précisant l'objet de la dépense.
9. un justificatif du remboursement par le premier organisme complémentaire le cas échéant.
10. lorsque le membre participant doit acquitter uniquement le ticket modérateur, il doit adresser à la mutuelle la quittance, la facture ou le reçu délivré par le professionnel de santé.

Les documents visés au 2, sauf refus de prise en charge par la Sécurité sociale, ne sont pas nécessaires au paiement des prestations en cas de

télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le participant et/ou ses ayants droit et la Mutuelle. Dans ce cas le décompte de Sécurité sociale informe le bénéficiaire des soins que la demande de prestations a été effectuée directement auprès de la Mutuelle. Il est de la responsabilité du membre participant de s'assurer que son décompte comporte bien cette mention.

Pour les ayants droit non rattachés à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (*régime de Sécurité sociale des étudiants, ...*), il leur appartient de se faire rembourser dans un premier temps par leur organisme de rattachement et dans un second de faire parvenir à la Mutuelle les décomptes originaux, accompagnés éventuellement des factures acquittées des frais réels, pour être remboursés de la part complémentaire.

ARTICLE 19. Délai de transmission des documents

Les documents évoqués à l'article précédent doivent être adressés à la Mutuelle dans les 2 ans :

- à compter de la date des soins ;
- qui suivent la naissance ou la transcription du jugement d'adoption d'un enfant.

A défaut, l'intéressé peut se voir opposer la prescription prévue à l'article 3 du présent règlement.

ARTICLE 20. Frais garantis en cas d'hospitalisation

Pour que la Mutuelle prenne en charge les frais résultant d'une hospitalisation, il faut que la Sécurité sociale ait accordé sa prise en charge.

Dans ce cas, et si le tableau des garanties souscrites par le membre participant le prévoit, la Mutuelle prend en charge dans les limites exprimées dans ce tableau :

- le ticket modérateur afférent aux actes médicaux dispensés à l'affilié, aux frais de séjour et à la salle d'opération ;
- le forfait journalier, **il est précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les cas suivants :**
 - lorsque le membre participant ou ses ayants droit séjournent dans une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS),
 - en cas d'accueil dans un centre médico-social,
- le supplément pour chambre particulière, **sauf précision contraire figurant dans le tableau des garanties, la Mutuelle effectue ses remboursements dans la limite du tarif le plus bas pratiqué par l'établissement ;**
- les dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste dans les limites prévues par le tableau descriptif des garanties ;
- les frais d'accompagnement d'un enfant jusqu'au 18^{ème} anniversaire (hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière et repas) dès le 1^{er} jour d'hospitalisation si l'hospitalisation dure au minimum 24h,
- les frais d'accompagnement d'un adulte (membre participant ou ayant droit ; hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière et repas) dès le 1^{er} jour d'hospitalisation si l'hospitalisation dure au minimum 24h et dans la limite de 5 jours indemnisés,

Ces frais ne sont pris en charge qu'au titre d'une seule personne accompagnante par personne hospitalisée, y compris en ce qui concerne les repas.

Sont exclus de la prise en charge les frais de l'accompagnant relatifs à la téléphonie, à l'utilisation d'internet, à l'achat de livres, revues, journaux ou magazines, et toutes autres dépenses de confort.

- en cas d'accouchement, sont pris en charge, dans les limites prévues aux tableaux descriptifs des garanties, les actes d'obstétriques et le supplément pour chambre particulière.

Pour les hospitalisations en établissement non-conventionnés par la Sécurité sociale :

- le régime de garanties auquel adhère le membre participant peut prévoir le versement d'un forfait par jour d'hospitalisation. **Ce forfait est versé à l'exclusion de toute autre prestation liée à l'hospitalisation.**

Sont exclus :

- les frais annexes ne se rapportant pas directement au traitement médical de l'assuré telles que les dépenses pour confort personnel, de téléphone, de télévision... ;
- l'hospitalisation pour rééducation professionnelle ;
- l'hospitalisation dans les centres hospitaliers de long séjour ou dans les unités de long séjour relevant des centres hospitaliers
- les séjours en maison de convalescence, de diététique, non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- les soins dans les sections de cure médicale des maisons de retraite, des logements-foyers ou des hospices ;
- toute hospitalisation en vue d'un acte de chirurgie esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale ;
- les hospitalisation antérieures ou en cours à la date d'adhésion.

ARTICLE 21. Frais exclus de la garantie "frais médicaux"

Ne sont pas garantis :

- les soins antérieurs à la date d'adhésion ;

• les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans les tableaux descriptifs des garanties ;

• les dépassements d'honoraires ou de tarifs effectués en violation des conventions conclues entre le régime obligatoire d'assurance maladie du participant et les professionnels de santé ne sont pas pris en charge par la Mutuelle. Dans ce cas, elle limite son remboursement, en fonction de l'étendue de la garantie souscrite par le participant, aux tarifs conventionnels ou aux dépassements qu'elle prend en charge ;

• la chirurgie esthétique ;

• les actes hors nomenclatures Sécurité sociale ou classification commune des actes médicaux ;

• la participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2 II du code de la Sécurité sociale, acquittée par le membre participant ou ses ayants droit pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, ainsi que pour tout acte de biologie médicale ;

• la majoration du ticket modérateur appliquée au participant et/ou à ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant, tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, ou qui ont consulté un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ;

• la prise en charge des dépassements d'honoraires sanctionnant le non-respect du parcours de soins (*article L.162-5 18° du code de la Sécurité sociale*). Une franchise égale au montant maximal de ce dépassement sanction, dans la limite du dépassement réellement appliqué par le professionnel de santé, sera donc appliquée sur la prestation versée par la Mutuelle ;

• le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale ;

• la prise en charge des actes ou prestations pour lesquels le participant et/ou ses ayants droit n'ont pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter leur dossier médical personnalisé.

NOTA : L'omission ou l'utilisation intentionnelle de documents ou renseignements inexacts, notamment l'exagération frauduleuse du montant des frais médicaux, entraîne la perte du droit à prestation pour les actes correspondants, indépendamment des poursuites judiciaires que la Mutuelle pourrait engager.

ARTICLE 22. Remboursement des « Médecines douces »

Les garanties souscrites peuvent prévoir le remboursement de tout ou partie des actes de professionnels de santé dont la spécialité ou la pratique ne fait pas l'objet actuellement d'une prise en charge par la Sécurité sociale. Toutefois, afin de garantir une bonne qualité de soins au membre participant et à ses ayants droit, la Mutuelle ne verse des prestations que si le professionnel de santé répond aux conditions suivantes :

- Ostéopathe : celui-ci doit être inscrit au Registre des Ostéopathes de France (R.O.F) ou membre du syndicat français des ostéopathes ou de l'Union Fédérale des Ostéopathes de France.

- Chiropraticien : celui-ci doit être référencé en tant que chiropraticien diplômé par l'association française de chiropratique.

- Homéopathe : celui-ci doit être un médecin diplômé inscrit au conseil de l'ordre des médecins.

- Acupuncture : elle doit être pratiquée par un docteur en médecine, une sage-femme ou un chirurgien dentiste.

La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien.

ARTICLE 23. Prestation "allocation maternité"

Cette prestation accessoire à la garantie "frais de soins de santé" souscrite par le membre participant vise à indemniser ce dernier des frais qui résultent d'une naissance ou d'une adoption plénière au sein de son foyer. Cette indemnisation s'effectue au moyen du versement d'une somme plafonnée dont le montant est déterminé dans le tableau descriptif des garanties. Le paiement est effectué sur présentation des justificatifs mentionnés à l'article 18. Seule la naissance d'un enfant du membre participant (peu importe que le participant soit le père ou la mère) ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption plénière, l'enfant doit être adopté par le membre participant. La Mutuelle se réserve le droit d'exiger tout justificatif nécessaire au versement de sa prestation.

ARTICLE 24. Garanties décès accidentel – Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle

24.1 Objet

La présente garantie a pour objet de verser au bénéficiaire un capital en cas de décès accidentel ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle du membre participant couvert au titre d'une garantie « santé » ou d'un de ses ayants droits, tels que définis aux statuts de la Mutuelle et au présent règlement, affiliés à la Mutuelle.

24.2 Définition :

- **Accident :** est accidentel le décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie qui résulte directement et exclusivement d'un événement extérieur fortuit (causé par le seul hasard) provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

• **Décès** : c'est le constat, par une autorité médicale compétente, de l'arrêt des fonctions vitales de la personne couverte. La date du décès est fixée par cette autorité médicale et notifiée dans l'acte de décès.

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé à la suite d'un accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'Assuré, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les deux ans qui suivent, alors il sera présumé que l'Assuré aura péri des suites de cet événement. Le capital sera versé avant l'expiration du délai de deux ans sur présentation d'un jugement déclaratif de décès.

• **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie** : on entend par Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), le cas de la personne couverte par le contrat reconnue âgée de moins de 65 ans définitivement incapable de se livrer à aucune occupation, ni aucun travail, lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Elle doit en outre être classée en invalidité de 3^{ème} catégorie par la Sécurité sociale (art. L. 341-4 du code de la Sécurité sociale), ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 100% résultant du barème accidents du travail, et bénéficiaire de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne (art. L. 434-2 du code de la Sécurité sociale).

24.3 Fait générateur

Le fait générateur de la prestation correspond à la date du décès constaté par l'autorité médicale ou à la date de reconnaissance de l'état d'invalidité de 3^{ème} catégorie notifiée par la Sécurité sociale.

24.4 Bénéficiaire

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle ou de décès accidentel d'un ayant droit la prestation est versée au membre participant.

En cas de décès accidentel du membre participant la prestation est versée à son conjoint, à défaut à son partenaire, à défaut à son concubin, à défaut à ses enfants par part égales entre eux, à défaut à ses ayants droits légaux par part égales entre eux, à défaut à la personne pouvant établir, notamment à l'appui de factures, qu'elle a supporté de manière effective la charge financière des obsèques du membre participant.

24.5 Conditions d'attribution

Modalités de déclaration du sinistre :

Le bénéficiaire doit adresser à la Mutuelle, dans les 30 jours suivant le sinistre, une demande de prestation composée des pièces justificatives récapitulées ci-dessous.

Pièces justificatives :

En cas de décès :

- Un extrait d'acte de décès et un extrait d'acte de naissance du décédé avec mention marginale ;
- Une copie du livret de famille du décédé ;
- Une copie du livret de famille du bénéficiaire ;
- Un procès verbal de gendarmerie, un rapport de police ou tout autre élément attestant du caractère accidentel du sinistre.
- Un RIB ;
- En cas d'absence d'ayants droits légaux, la preuve du fait d'avoir supporté la charge financière des obsèques du membre participant.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) accidentelle

- la notification d'attribution de la pension de 3^{ème} catégorie d'invalidité de la Sécurité sociale ou le justificatif de la majoration de pension accordée pour assistance d'une tierce personne en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle ;
- une copie du ou des livrets de familles du participant invalide certifiés conformes à l'original ;
- un certificat médical attestant que la PTIA accidentelle du participant résulte d'un accident ;
- Un RIB ;

La Mutuelle se réserve le droit de demander toute autre pièce au moment du sinistre.

24.6 Montant

Le montant de la prestation versée par la Mutuelle est fixé dans le tableau des garanties. Si l'enfant à charge était âgé de moins de 12 ans au moment de son décès, la prestation versée ne peut excéder le montant des frais réellement engagés dans le cadre de ses obsèques.

24.7 Délai et modalités de paiement

L'allocation est payée en une seule fois au plus tard dans un délai d'un mois après la constitution complète et le dépôt du dossier auprès de la Mutuelle.

Le paiement est opéré par virement sur le compte du bénéficiaire.

24.8 Exclusions propre à la présente garantie décès accidentelle/ PTIA accidentelle

Ne sont pas garantis :

- Le suicide ou la tentative de suicide de la personne couverte.
- L'accident dû à l'absorption de la drogue et médicaments non prescrits médicalement.
- L'accident causé ou provoqué par le fait intentionnel de la personne couverte.
- La maladie.
- La crise d'épilepsie, la rupture d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale, l'hémorragie méningée.
- L'accident volontaire.
- L'accident de conduite survenu sous l'emprise d'un état alcoolique supérieur au taux légal en vigueur du pays concerné.
- L'accident résultant de la participation active de la personne couverte à des paris de toute nature, à des rixes (sauf en cas de légitime défense).
- L'accident résultant de la participation active à des crimes, un attentat, un acte de terrorisme ou à un acte de guerre.
- L'exercice d'un sport en tant que professionnel.
- La participation à des courses de véhicules à moteur ou des tentatives de records.
- L'exercice d'un sport aérien en tant que pilote ou membre d'équipage.
- La pratique de tous les sports aériens et notamment du deltaplane, du parachutisme, du parapente, de l'ULM.
- L'utilisation d'un appareil se déplaçant dans les airs en tant que pilote, membre d'équipage ou passager sauf passager d'appareil de ligne régulière agréé pour le transport de passagers.
- Les accidents occasionnés par une guerre étrangère ; il appartient au Bénéficiaire de prouver que le sinistre résulte d'un autre fait.
- Les accidents occasionnés par une guerre civile ; il appartient à la Mutuelle de prouver que le sinistre résulte de ce fait.
- Les effets d'une modification quelconque de la structure atomique de la matière ou de l'accélération artificielle de particules atomiques ou encore dus à la radiation provenant de radio-isotopes.

ARTICLE 25. Bénéficiaire des prestations

Ensemble des prestations hors "allocation maternité" et hors "décès accidentel"

Les prestations sont versées par virement sur le compte du membre participant. Toutefois, les ayants droit de plus de 16 ans peuvent demander au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle à ce que les prestations destinées à rembourser des dépenses qu'ils ont générées soient versées sur leur propre compte bancaire.

En cas d'utilisation du système dit de "tiers-payant", le remboursement est effectué directement auprès du professionnel de santé.

Allocation maternité

La prestation est versée par virement sur le compte du membre participant.

ARTICLE 26. Fausse déclaration

Toute fausse déclaration de la part du membre participant ou d'un de ses éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou à l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées à ce titre restent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 27. Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 28. Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au participant ou à un de ses ayants droit victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées.

ARTICLE 29. Territorialité

- Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ouverts en France.
- Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (*notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux*) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié le membre participant ou un de ses ayants droit.

En aucun cas, le membre participant ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, le participant devra lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

- Pour les soins effectués en Belgique par des ressortissants belges : La base de remboursement est le relevé de prestation de la mutualité belge. Toutefois, les remboursements de la Mutuelle sont calculés sur la base des tarifs français pour de tels actes ou soins. Le bénéficiaire des soins ne peut percevoir des remboursements supérieurs à ceux dont il aurait bénéficié s'il avait été soigné en France.
- Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire du membre participant, la Mutuelle ne prendra en compte que les actes qu'elle aurait indemnisés malgré l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.