

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 8, boulevard Vauban 59024 Lille Cedex. Il est ci-après dénommé la Mutuelle.

ARTICLE 1. Objet du règlement

Les dispositions du présent règlement déterminent les conditions dans lesquelles la Mutuelle assure des garanties "frais de soins de santé", dans un cadre collectif, au profit des membres ou salariés de personnes morales adhérentes (employeur, association, comité d'entreprise, etc...) relevant des catégories visées au bulletin d'adhésion et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L.112-1 du code de la Mutualité.

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 du souscripteur qui doit informer immédiatement les membres participants.

Toute modification des garanties prévues au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au souscripteur qui doit informer immédiatement les membres participants.

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

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.

ARTICLE 4. Organisme de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, 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

Pour les souscripteurs et participants, la signature de leur bulletin d'adhésion respectif emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définies par le présent règlement.

6.1. Adhésion du Souscripteur

L'adhésion à la Mutuelle, à ses statuts et au présent règlement est matérialisée par la signature, par la personne morale souscriptrice, d'un bulletin d'adhésion.

C'est sur ce bulletin d'adhésion que le souscripteur choisit le régime de garanties destiné à couvrir ses membres ou salariés et définit la population couverte par ces garanties. Il indique également sur ce document si l'adhésion à la garantie souscrite de ses membres ou salariés est obligatoire ou facultative.

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.

6.2. Adhésion des membres participants

L'adhésion des membres ou salariés du souscripteur peut être obligatoire ou facultative.

6.2.1. Adhésion obligatoire

Les salariés du souscripteur appartenant à la catégorie désignée sur le bulletin d'adhésion sont tenus d'adhérer à la Mutuelle dans le cadre des garanties souscrites par celui-ci. Ils doivent également signer un bulletin d'adhésion, celui-ci est transmis à la Mutuelle par le souscripteur. Ils acquièrent par cette adhésion la qualité de Membre participant de la Mutuelle.

6.2.2. Adhésion facultative

Les membres ou salariés du souscripteur qui souhaitent adhérer à la Mutuelle dans le cadre des garanties souscrites par celui-ci doivent également signer un bulletin d'adhésion, celui-ci est transmis à la Mutuelle par le souscripteur.

6.3. Engagement du Souscripteur

Le souscripteur s'engage à remettre à l'ensemble des membres participants la notice d'information établie par la Mutuelle.

Si l'adhésion est obligatoire, le souscripteur s'engage à rendre obligatoire l'adhésion au présent règlement par les moyens prévus à l'article L.911-1 du code de la Sécurité sociale et à faire adhérer l'ensemble de ses salariés relevant de la catégorie couverte et ce dès la date d'effet du contrat ou de leur embauche ou promotion si elle est postérieure.

Si l'adhésion est facultative, le souscripteur s'engage à proposer l'adhésion à l'ensemble de ses membres ou salariés dès lors qu'ils relèvent de la catégorie couverte.

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

7.1. Pour le souscripteur

L'adhésion prend effet à la date figurant sur le bulletin d'adhésion. La durée de l'adhésion 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.

7.2. Pour le membre participant

7.2.1. Adhésion obligatoire

Les salariés appartenant à la catégorie de personnel couverte bénéficient des garanties souscrites à compter de la date d'effet de l'adhésion du souscripteur ou de leur date d'embauche ou de promotion dans cette catégorie si elle est postérieure.

7.2.2. Adhésion facultative

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion du participant adressé à la Mutuelle par le souscripteur. Cette date correspond toujours au 1^{er} jour d'un mois civil. Si ce bulletin est reçu par la Mutuelle plus de deux mois après la date d'effet indiquée sur celui-ci, l'adhésion du participant prendra effet le premier jour du mois de réception. 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.

ARTICLE 8. Période de stage dans le cadre des régimes à adhésion facultative

Dans le cadre des régimes où l'adhésion des futurs participants est facultative, une période de stage est prévue suite à l'adhésion du membre participant. 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 :

- **ensemble des garanties : franchise de 3 mois,**
- **indemnisation forfaitaire des frais liés à une maternité : franchise de 9 mois.**

Cette période de stage n'est pas appliquée, y compris aux ayants droit affiliés concomitamment au participant :

- si le membre participant adhère à la Mutuelle dans les trois mois qui suivent la date d'effet de l'adhésion du souscripteur ou de son embauche par le souscripteur ou de sa promotion au sein de la catégorie bénéficiant des garanties souscrites ou du jour où il remplit les conditions pour bénéficier des garanties souscrites par le souscripteur,
- si le membre participant bénéficiait, à garanties de niveaux 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 trois mois au jour de l'adhésion.

ARTICLE 9. 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 par l'intermédiaire du souscripteur. 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.

Si l'adhésion du membre participant est facultative, les périodes de stages prévues à l'article 8 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 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 10. Résiliation

10.1. Résiliation de l'adhésion du souscripteur

L'adhésion du souscripteur prend fin que le régime souscrit soit à adhésion obligatoire ou facultative :

- le jour de son exclusion conformément à l'article 12 des statuts,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 14-2 du présent règlement,

10.1.1. Pour les régimes à adhésion obligatoire :

En cas de résiliation de l'adhésion par le souscripteur ou la Mutuelle, la partie qui souhaite mettre fin à l'adhésion doit adresser la résiliation au siège de l'autre partie par lettre recommandée avec accusé de réception ou par lettre envoyée sous le contrôle d'un huissier de justice (avec les coordonnées de ce dernier) au moins deux mois avant la date d'échéance.

10.1.2. Pour les régimes à adhésion facultative :

En cas de démission, le souscripteur 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.

10.2. Résiliation de l'adhésion du membre participant

10.2.1. Pour les régimes à adhésion obligatoire

L'adhésion du membre participant prend fin :

- en cas de résiliation de l'adhésion du souscripteur.
- le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties qu'il a souscrit, notamment en cas de rupture du contrat de travail le liant au souscripteur,
- le jour du décès du membre participant,
- le jour de son exclusion conformément à l'article 12 des statuts.

Une couverture de remboursement de frais de soins de santé peut être maintenue à titre individuel au membre participant dont le contrat de travail est rompu du fait :

- d'une incapacité de travail ou d'une invalidité justifiant le versement d'une rente de la part de la Sécurité sociale ;
- de la liquidation de la pension de vieillesse de son régime obligatoire ;
- d'un licenciement ouvrant droit à une indemnisation chômage ;
- aux personnes garanties du chef du membre participant décédé.

La demande doit être faite, par les intéressés, dans les 6 mois suivant la rupture du contrat de travail ou le décès du membre participant. Les conditions tarifaires et les garanties sont celles en vigueur auprès de la Mutuelle au jour de la réception de la demande par celle-ci. Les garanties sont accordées sans formalités médicales ni période de stage.

La couverture prend effet le lendemain de sa demande.

10.2.2. Pour les régimes à adhésion facultative

L'adhésion du membre participant prend fin :

- en cas de démission du souscripteur, dans ce cas le membre participant peut demander à adhérer à un des régimes individuels de la Mutuelle.
- 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 tout les documents justificatifs nécessaires).
- le dernier jour du mois au cours duquel l'enfant demandeur d'emploi trouve un emploi,
- le jour de son exclusion conformément à l'article 12 des statuts,
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 14-2 du présent règlement,
- en cas de démission du membre participant. Le membre participant qui souhaite mettre fin à son adhésion doit adresser sa demande de démission au souscripteur par lettre recommandée avec accusé de réception au moins deux mois avant la date d'échéance. Le souscripteur doit transmettre cette information au siège de la Mutuelle dès réception de ce courrier.

10.3. Conséquences de la suspension du contrat de travail

En cas de suspension du contrat de travail l'affiliation du participant au régime à adhésion obligatoire est suspendue, sauf si cette suspension résulte:

- de l'utilisation du droit de grève,
- d'une maladie ou d'un accident,
- du congé légal de maternité ou de paternité.

L'affiliation est également maintenue dans tous les cas de suspension du travail de travail pour lesquels un employeur, ou un tiers agissant pour son compte, maintient tout ou partie de la rémunération du salarié.

10.4. Fin de la période d'affiliation d'un ayant droit

Le participant qui demande la fin de l'affiliation d'un ayant droit doit communiquer à la Mutuelle une adresse à laquelle cette dernière pourra informer cette personne de sa radiation.

Pour tous les ayants droit, l'affiliation prend fin :

- 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 récep-

tion 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, l'affiliation prend fin :

- 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 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 ou ne remplit plus les conditions statutaires 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,

Pour les autres personnes à charge, l'affiliation prend fin :

- 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.

10.5. Portabilité des droits santé *(pour les entreprises relevant du champ d'application de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008)*

10.5.1. Principe

Sauf s'il a été licencié pour faute lourde, le membre participant dont le contrat de travail est rompu ou prend fin et qui bénéficie du versement d'allocations par le régime obligatoire d'assurance chômage peut demander à rester affilié au régime frais de soin de santé dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail.

Ce maintien de garanties s'effectue dans le cadre et dans les conditions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 modifié par avenant en date du 18 mai 2009.

10.5.2. Date d'effet et durée maximale

Ce maintien prend effet au jour de la rupture ou de la fin du contrat de travail, sauf si l'ancien salarié en exprime expressément le refus par écrit auprès du membre honoraire dans les 10 jours qui suivent cet événement. Le refus de l'ancien salarié porte obligatoirement sur l'ensemble des garanties « santé » et « prévoyance » dont il bénéficiait dans le cadre de son dernier contrat de travail, même si elles étaient souscrites auprès d'organismes assureurs différents.

En l'absence de refus de la part du membre participant dans le délai de 10 jours, le membre honoraire doit retourner à la Mutuelle le bulletin individuel d'affiliation dédié à ce dispositif.

Le maintien a lieu pour une durée qui correspond à celle du dernier contrat de travail du membre participant calculée en mois entiers, calculés de date à date, sans pouvoir excéder neuf mois.

Exemple de durée de portabilité des garanties :

- **contrat de travail ayant eu une durée de 15 jours = Pas de portabilité**
- **contrat de travail ayant eu une durée de 2,5 mois = 2 mois de portabilité**
- **contrat de travail ayant eu une durée de 36 mois = 9 mois de portabilité.**

10.5.3. Garanties

Les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise membre

honoraire, pendant la période de portabilité, pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait le membre participant avant la rupture ou la fin de son contrat de travail. Les garanties obéissent aux règles de fonctionnement prévues au présent règlement.

10.5.4. Cotisations

La cotisation afférente à ce maintien de garantie est identique à celle qui est en vigueur au sein de l'entreprise adhérente pour les garanties dont bénéficie le membre participant.

La répartition du financement de la cotisation entre le membre honoraire et le membre participant est identique à celle en vigueur dans l'entreprise pour les garanties dont bénéficie le membre participant. Le membre honoraire précompte auprès du membre participant la part de cotisation due par ce dernier et reverse la cotisation (part du membre honoraire + part du membre participant) à la Mutuelle dans les mêmes conditions que celles des salariés.

Le membre honoraire peut demander au membre participant de s'acquitter de l'intégralité de sa quote-part de cotisation au moment de la rupture ou de la fin du contrat de travail. En cas de fin anticipée de la portabilité, le membre honoraire est tenu de rembourser le trop perçu de cotisation au membre participant. Si le membre honoraire accepte un paiement fractionné de la cotisation par le membre participant, ce dernier doit s'acquitter de sa quote-part de cotisation mensuellement d'avance, au plus tard pour le 1er jour du mois.

10.5.5. Fin de la portabilité des droits

Le maintien des garanties prend fin:

- le lendemain du jour d'échéance de la cotisation si le participant ne s'est pas acquitté de celle-ci.
- au jour où le participant ne bénéficie plus des allocations chômage, notamment s'il retrouve un emploi..
- si le participant ne justifie pas mensuellement auprès du membre honoraire du bénéfice des allocations chômage.
- en tout état de cause au terme de la période de droit à portabilité telle que définit ci-dessus.

Le membre honoraire doit notifier par écrit au membre participant la fin anticipée de la portabilité pour cause de non-paiement des cotisations ou non-présentation des justificatifs mensuels.

ARTICLE 11. Ouverture, modification et cessation des garanties

11.1. Entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'appliquent dès la date d'effet de l'adhésion du membre participant.

11.2. Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion du membre participant,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion du souscripteur. Toutefois, dans ce cas, le membre participant peut demander à la Mutuelle de devenir membre participant à titre individuel.

11.3. Versement des prestations après la fin des garanties

Les demandes de remboursement de soins adressées à la Mutuelle après la fin des garanties seront prises en compte à la condition que la date des soins indiquée sur les décomptes du régime obligatoire d'assurance maladie du demandeur soit antérieure à la date de fin de la couverture.

ARTICLE 12. Redressement judiciaire ou liquidation judiciaire

Le souscripteur s'engage à tenir la Mutuelle informée en cas de dépôt de sa déclaration de cessation des paiements au greffe du tribunal compétent.

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de la personne morale souscriptrice, la Mutuelle pourra résilier l'adhésion dans les trois mois suivant la date du jugement de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire. Les participants pourront adhérer à titre individuel à la Mutuelle sans période de stage sous réserve que leur bulletin d'adhésion parvienne à la Mutuelle dans les 6 mois qui suivent la résiliation de l'adhésion du souscripteur.

• COTISATIONS

ARTICLE 13. 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 14. Paiement des cotisations

14.1. Procédure de paiement des cotisations

Si l'adhésion a été souscrite par un employeur en faveur de ses salariés, l'employeur précompte obligatoirement la cotisation. Pour les autres catégories de souscripteurs, il est précisé sur le bulletin d'adhésion si un précompte est effectué. En cas de précompte, le souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations, y compris en ce qui concerne la part incombant éventuellement au membre participant.

Le paiement de la cotisation s'effectue soit en 4 trimestrialités à terme échu, soit en 12 mensualités à terme échu. Le choix entre ces deux modalités est effectué par le souscripteur sur son bulletin d'adhésion.

Les cotisations sont payées :

- par prélèvement automatique sur le compte bancaire du souscripteur.

La date d'échéance de ces cotisations est le 25 du mois qui suit la fin du mois ou du trimestre de référence,

- par chèque bancaire avec une date d'échéance fixée au 15 du mois qui suit la fin du mois ou du trimestre de référence.

14.2. Non-paiement des cotisations

La Mutuelle peut appliquer des majorations de retard en cas de non-paiement à la date d'échéance. Le montant de ces indemnités est fixé par le Conseil d'Administration.

14.2.1. Non-paiement des cotisations en cas de précompte de la cotisation par la personne morale

Lorsque le souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de ce souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement.

14-2-2 Non-paiement des cotisations en cas d'absence de précompte de la cotisation par la personne morale

14-2-2-1 Non-paiement par le membre participant

Lorsque le souscripteur n'assure pas le précompte des cotisations, le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

14-2-2-2 Non-paiement par le souscripteur

A défaut de paiement par le souscripteur d'une cotisation dans les dix jours

de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de ce souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse au souscripteur, la Mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer au souscripteur pour le paiement des cotisations.

La Mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la Mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement.

La Mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la Mutuelle ou l'union ne couvre plus le risque.

• GARANTIES

ARTICLE 15. 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 annexés au présent règlement.

ARTICLE 16. Conditions 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 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.

• PRESTATIONS

ARTICLE 17. Les remboursements

Les prestations de la Mutuelle sont versées soit directement par les régimes de Sécurité sociale en même temps que les prestations versées par le régime obligatoire, et ce dans la limite de la base de remboursement, soit directement par la Mutuelle pour les montants engagés dépassant cette base, si les garanties souscrites le prévoient. La Mutuelle intervient également directement si elle constate que l'ensemble des prestations auxquelles ont droit le participant et/ou ses ayants droit n'ont pas été réglées par la Sécurité socia-

le ou si les garanties souscrites prévoient la couverture de prestations non prise en charge par la Sécurité sociale.

Procédure, documents exigés (maladie, maternité, accident) :

En cas de versement direct des prestations par la Mutuelle et pour que les frais médicaux engagés soient 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 si la clinique est conventionnée ou la facture détaillée acquittée si elle ne l'est pas,
4. pour les prothèses dentaires le bénéficiaire doit impérativement présenter une demande d'accord préalable auprès de son organisme de Sécurité sociale de rattachement établie par le praticien. Pour les prothèses dentaires non prises en charge par la Sécurité sociale (si le participant a souscrit une telle garantie) : Le membre participant doit adresser à la Mutuelle la facture ou la copie de la feuille de soins établie par le chirurgien-dentiste détaillant le prix des prothèses et de la notification de refus de prise en charge de la Sécurité sociale,
5. pour les traitements orthodontiques concernant les enfants de moins de 16 ans, l'accord de la Sécurité sociale,
6. pour les frais d'optique non pris en charge par la Sécurité sociale (si le participant a souscrit une telle garantie), 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,
7. pour les cures thermales, la facture détaillée acquittée de l'établissement thermal accompagnée des décomptes de Sécurité sociale reprenant les honoraires médicaux 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,
8. pour la garantie "allocation maternité", un extrait d'acte de naissance de l'enfant,
9. 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,
10. 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,
11. un justificatif du remboursement par le premier organisme complémentaire le cas échéant,
12. 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 18. 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 19. 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 ;
- le supplément pour chambre particulière 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'accompagnant pour l'accompagnement d'un enfant de moins de 12 ans ;
- les frais d'accompagnement d'un adulte (membre participant ou ayant droit) pour toute hospitalisation d'un adulte supérieure à deux jours dans la limite de 5 jours indemnisés ;
- 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-conventionné 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 ;
- les hospitalisations de plus de 3 mois en établissements psychiatriques ;
- 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 hospitalisations antérieures à la date d'adhésion.

ARTICLE 20. 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.162-53 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 déduite de 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 21. 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 17. 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.

La prestation n'est versée que si l'enfant est affilié à la Mutuelle en qualité d'ayant droit.

ARTICLE 22. Bénéficiaire des prestations

Ensemble des prestations hors "allocation maternité"

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 23. 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 24. 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'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

ARTICLE 25. 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 26. Contrôle

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout autre professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle. La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la Mutuelle.

Avant ou après le paiement des prestations, la mutuelle, afin d'éclairer sa décision, peut également demander à qui de droit, la production de toute nouvelle pièce justificative ou tout autre renseignement permettant d'établir la réalité des dépenses engagées.

ARTICLE 27. 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 ou postaux 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 indemnité 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.