

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 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 ou 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

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 en cas de vente à distance

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.

Article L.121-20-16 du code de la Consommation :

"II. - 1^o Toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.121-20-11 du code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a."

ARTICLE 8. Conditions d'adhésion

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

Les différents régimes ouverts à la souscription des membres participants sont :

- 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.

Les garanties prévues par ces régimes sont définies dans les tableaux descriptifs annexés au présent règlement.

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**

Cette période de stage n'est pas appliquée si le membre participant bénéficiait, à garanties comparables, d'une assurance "frais de soins de santé" auprès de tout 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 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

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 celle de réception de l'attestation par la Mutuelle.

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.

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 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 permettraient 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. Si ces garanties sont supérieures à celles dont il bénéficiait avant ce changement, les périodes de stage prévues à l'article 9 du présent règlement sont appliquées à compter du 1^{er} janvier à l'ensemble du nouveau régime de garanties. Durant cette période le participant continue de bénéficier de son ancien régime de garanties tout en étant tenu au paiement des cotisations afférentes au nouveau. 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. Il s'effectue en 12 mensualités. Elles sont payées mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire du membre participant. La date d'échéance de ces cotisations est entre le 5 et le 15 de chaque mois.

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.

La Mutuelle peut accepter à titre dérogatoire un paiement annuel ou semestriel.

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. 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 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(ent) 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 18. 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 sociale 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 par celle-ci, le membre participant doit lui adresser dès que possible :

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'honoraire 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, impérativement 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 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 ;
- 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-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,**
- **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 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,
- Le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale,
- 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,
- 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. 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.

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

ARTICLE 23. 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 24. 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 25. 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 26. 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 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 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.

Modèle de demande d'annulation de l'adhésion (à envoyer par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de la Mutuelle au plus tard le 14^{ème} jour après la date d'effet de votre adhésion (cette demande doit être accompagnée de votre 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 :