

RÈGLEMENT MUTUALISTE

Version du 4 décembre 2019

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	4
ARTICLE 1- BÉNÉFICIAIRES	5
ARTICLE 2 - MODALITÉS D'ADHÉSION	5
ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES	5
3.1 DATE D'EFFET	5
3.2 DURÉE, RENOUELEMENT	5
3.3 FACULTÉ DE RENONCIATION	5
ARTICLE 4 - CHANGEMENT DE GARANTIE – AVENANT AU CONTRAT	6
ARTICLE 5 - MISE À JOUR DES INFORMATIONS	6
ARTICLE 6 - MODALITÉS DE RÉSILIATION	6
6.1 RÉSILIATION DES GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'ADHÉRENT	6
6.2 RADIATION D'UN AYANT DROIT	7
6.3 EXCLUSION	7
ARTICLE 7 - CESSATION DES GARANTIES ET CONSÉQUENCES	7
ARTICLE 8 - AJUSTEMENT DES GARANTIES - RÉVISION	7
ARTICLE 9 - FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE	7
ARTICLE 10 - PRESCRIPTION	7
ARTICLE 11-INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	7
ARTICLE 12 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION	7
ARTICLE 13 - ORGANISME DE CONTRÔLE	7
CHAPITRE 2 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	7
ARTICLE 14 - GARANTIES PROPOSÉES	8
ARTICLE 15 - OBJET DES GARANTIES ET CONTRAT RESPONSABLE	8
15.1 OBJET DES GARANTIES	8
15.2 CONTRAT RESPONSABLE	8
15.3 BASES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS	8
15.4 DÉLAI D'ATTENTE (OU DÉLAI DE STAGE)	8
ARTICLE 16 - PRESTATIONS PRÉVUES DANS LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	9
SOINS COURANTS	9
16.1 PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES	9
16.2 HOSPITALISATION	9
16.3 OPTIQUE	9
16.4 CURES THERMALES	11
16.5 DENTAIRE	11
16.6 APPAREILLAGE ET PROTHÈSES	11
16.7 SOINS A L'ÉTRANGER	10
ARTICLE 17 - ALLOCATIONS DIVERSES	11
17.1 FORFAIT MATERNITE	11
17.2 PARTICIPATION AUX FRAIS FUNÉRAIRES	12
ARTICLE 18 - PLAFOND DE GARANTIE - LIMITE DE REMBOURSEMENTS	12
ARTICLE 19 - EXCLUSIONS	12
ARTICLE 20- VERSEMENT DES PRESTATIONS	12
ARTICLE 21- SUBROGATION	12
ARTICLE 22 - PRESTATIONS INDUES	13
CHAPITRE 3- AUTRES SERVICES OU PRESTATIONS EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	13
ARTICLE 23 - GARANTIES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	13
23.1 COGEMUT ASSISTANCE	13
23.2 PRÉVENTION	13
23.3 FONDS DE SECOURS	13
23.4 REVUE CONNECT	13
CHAPITRE 4 - COTISATIONS	13
ARTICLE 24 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA DÉTERMINATION DES COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ	13
24.1 PRINCIPE	13
24.2 COMPOSITION	13
24.3 ÉVOLUTION DE LA COTISATION	13
ARTICLE 25 - PAIEMENT DES COTISATIONS	13
ARTICLE 26 - NON PAIEMENT DES COTISATIONS	14
LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT	14

DEFINITIONS

Les termes inscrits dans le présent règlement ont la signification suivante :

Actes Hors Nomenclature : actes non reconnus par la Sécurité sociale et non-inscrits aux nomenclatures.

Adhésion : désigne le lien contractuel entre le membre participant et la Mutuelle découlant de la souscription à titre individuel d'une garantie complémentaire santé.

Ayant droit bénéficiaire : personne bénéficiant des prestations de la Mutuelle du fait de son lien de parenté avec le membre participant.

Délai d'attente (ou période de stage) : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas - ou de manière limitée - bien que l'Adhérent cotise. Elle commence à courir à compter du jour de l'adhésion du ou des bénéficiaires de la garantie. Aucun délai de stage ne s'applique pour les prises en charge obligatoires imposées par les règles des contrats responsables.

Conjoint : époux ou épouse de l'Adhérent, non séparé de corps par un jugement définitif.

Concubin : personne qui vit en couple avec l'Adhérent au sens de l'article 515-8 du Code Civil.

OPTAM (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) et OPTAM-CO (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) : L'OPTAM et l'OPTAM-CO sont des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée remplaçant le CAS (contrat d'accès aux soins). Il s'agit d'options souscrites par les médecins visant à encadrer les dépassements d'honoraires. Dans le cadre des règles des contrats responsables, les organismes complémentaires santé doivent différencier les remboursements en cas de recours ou non à un médecin ayant adhéré à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO dans les conditions et limites fixées à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Co-signataire d'un pacte civil de solidarité (PACS) : personne ayant conclu avec le membre participant un contrat ayant pour but d'organiser leur vie commune, tel que défini aux articles 515-1 et suivants du Code Civil.

Dépassement d'honoraires : part des honoraires qui se situe au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière.

Forfait journalier : somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé (y compris le jour de sortie). Il s'agit d'une participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Franchise : somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les franchises ne sont pas remboursées dans le cadre des contrats responsables.

Parcours de soins : circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Tiers payant : il évite aux Bénéficiaires de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins (pharmaciens...). Ces derniers sont payés directement par les assurances maladie obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils vous ont délivrés. Dans le cas où l'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit, s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, le présent règlement leur permet de bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

Réforme 100% Santé :

- **Définition :**

Cette réforme a notamment pour objet de permettre aux assurés de bénéficier d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires pour **certains actes et équipements dans le domaine de l'optique, des aides auditives et des soins dentaires prothétiques**. Ces derniers sont définis au sein d'un panier de soins spécifique à chaque domaine, déterminé par voie réglementaire.

La réforme du « 100 % Santé » est mise en œuvre à travers la réglementation relative aux contrats responsables.

Le présent règlement respecte l'ensemble des règles relatives aux contrats responsables et propose donc des garanties couvrant les actes et équipements relevant des paniers de soins sans reste à charge (« 100 Santé ») définis par la réglementation :

- équipements de classe A en optique,
- équipements de classe 1 pour les aides auditives
- actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge pour les frais dentaires prothétiques.

- **Prix Limite de vente (PLV) :**

Prix maxima que les professionnels peuvent pratiquer pour les actes et soins qui composent le panier de soins « 100% santé » dans les secteurs de l'optique et de l'audiologie tels que définis à la liste des produits et prestations remboursables par la sécurité sociale, prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (LPP).

- **Honoraires limites de facturation (HLF) :**

Honoraires limites de facturation des actes et prestations effectués par les chirurgiens-dentistes, définis en annexe de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie du 21 juin 2018 modifiée.

- **Listes des actes, produits et prestations remboursables :**

Ces listes prévues aux articles L.165-1 (LPP) et L.162-1-7 (LAP) du code de la sécurité sociale déterminent les actes, produits et prestations dont le remboursement est pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Ces listes distinguent plusieurs classes d'actes et de produits au sein d'une même catégorie de prestations (optique, aide auditive, soins dentaires prothétiques), l'une d'elles faisant l'objet d'une prise en charge renforcée (« 100 Santé »).

INTRODUCTION

Conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité, le présent règlement mutualiste a pour objet, de définir le contenu des engagements contractuels existant entre la Mutuelle PMIF et chaque membre participant, qui a souscrit, à titre individuel, une garantie complémentaire santé (opérations individuelles). Il détermine les conditions d'application de ces garanties, frais de santé, notamment en ce qui concerne les prestations et les cotisations y afférentes et s'impose au membre participant et aux ayants droit bénéficiaires.

Le présent règlement est adopté par le conseil d'Administration. Cette compétence peut être déléguée au CA en vertu de la nouvelle réglementation (ordonnance du 4 mai 2017) pour autant qu'elle soit inscrite dans les Statuts.

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES APPLICABLES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 1- BÉNÉFICIAIRES

Conformément à l'article 9 des statuts, peut adhérer à la Mutuelle, en qualité de membre participant et souscrire, à titre individuel, une garantie complémentaire santé :

Toute personne physique majeure, affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie français, sans limitation d'âge, partageant l'esprit mutualiste et de solidarité sociale de la Mutuelle et ayant fait acte d'adhésion. Tout enfant âgé de plus de 16 ans, peut, sans l'intervention de son représentant légal, être inscrit comme membre participant conformément aux dispositions de l'article L.114-2 du Code de la Mutualité. Le membre participant qui fait acte d'adhésion à la Mutuelle est désigné dans le présent règlement « l'Adhérent ».

L'Adhérent peut procéder à l'inscription des ayants droit bénéficiaires ci-dessous définis, sous réserve de les inscrire à la même formule de garantie que celle qu'il a choisie.

Sont considérés comme ayant droit bénéficiaire :

- Le Conjoint de l'Adhérent, légalement marié non séparé de corps judiciairement, à défaut, le partenaire lié par un pacte de solidarité (PACS) conformément à l'article 515-1 du Code Civil, à défaut, le concubin de l'Adhérent, sous réserve que le concubinage ait été établi de façon notoire et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même.
- Les enfants à charge de l'Adhérent et de son Conjoint.

Sont réputés à charge de l'Adhérent, sous réserve d'apporter annuellement tout justificatif de leur situation :

- Les enfants jusqu'à leur 25ème anniversaire s'ils poursuivent des études et sont affiliés à un régime étudiant de Sécurité sociale ou, à titre subsidiaire, à tout autre régime d'assurance maladie obligatoire et/ou étant considérés à charge par l'administration fiscale.
- Les enfants quel que soit leur âge s'ils sont atteints d'un handicap, défini à l'article L.241-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles les mettant dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle et de percevoir un salaire imposable.

ARTICLE 2 - MODALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion du membre participant et le cas échéant de ses ayants droit bénéficiaires est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion dûment rempli. Préalablement à l'adhésion, il est remis une fiche d'information décrivant les droits et obligations réciproques du membre participant et de la Mutuelle.

La signature du bulletin d'adhésion par l'Adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle et du présent règlement ainsi que, le cas échéant de la notice d'information assistance.

Pour être recevable par la Mutuelle, la demande d'adhésion doit comprendre obligatoirement les documents suivants :

- Le bulletin d'adhésion dûment complété, daté et signé par l'Adhérent.
- Une photocopie de l'attestation des droits à l'assurance maladie obligatoire (CPAM, et autres caisses de régimes spéciaux (ex : Mutualité Sociale Agricole...) de l'Adhérent et des ayants droit inscrits.
- Une copie d'une pièce justificative d'identité en cours de validité de l'Adhérent.
- Un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le versement des prestations.
- Un mandat de prélèvement SEPA dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire (au format IBAN) pour le paiement des cotisations.
- Le cas échéant, un certificat de radiation d'un précédent organisme complémentaire santé datant de moins de trois mois dans l'hypothèse où le membre participant et/ou ses ayants droit bénéficiaires possédai(ent) déjà une garantie complémentaire santé.

- Le cas échéant, pour les enfants de 18 à 25 ans inscrits sur le contrat de l'un des parents et poursuivant leurs études, un certificat de scolarité en cours de validité et l'attestation d'affiliation au régime étudiant de la Sécurité sociale ou, à titre subsidiaire, l'attestation des droits à tout autre régime d'assurance maladie obligatoire
- Le cas échéant, pour les enfants atteints d'un handicap, la production d'une pièce justifiant du handicap (ex : attestation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

Sur le bulletin d'adhésion, l'Adhérent opte pour l'une des formules de garantie frais de santé proposées.

Le choix de la formule de garantie complémentaire santé s'applique à l'ensemble des bénéficiaires inscrits.

Dans le cadre d'une adhésion en ligne, le bulletin d'adhésion et le mandat SEPA sont signés électroniquement et de façon distincte. Les pièces justificatives sont adressées, soit de façon dématérialisée, soit le cas échéant par courrier. Sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion en ligne, l'Adhérent reçoit un e-mail de confirmation à l'adresse électronique qu'il a communiquée, attestant de son adhésion.

En tout état de cause, l'Adhérent s'oblige à produire à la Mutuelle toute pièce qu'elle jugerait nécessaire à l'adhésion.

L'enregistrement de l'adhésion par la Mutuelle est matérialisé par l'édition d'un certificat d'adhésion et l'envoi à l'Adhérent, de deux cartes de tiers payant.

ARTICLE 3 - PRISE D'EFFET DES GARANTIES

3.1 DATE D'EFFET

L'adhésion et le bénéfice des garanties prennent effet selon les modalités suivantes :

- Au 1er jour du mois en cours si le dossier complet d'adhésion parvient au siège de la Mutuelle avant le 15 du mois;
- Au 1er jour du mois suivant dans le cas contraire.

Toutefois, si l'Adhérent et, le cas échéant, ses ayants droit bénéficiaires produit(sent) un certificat de radiation d'un organisme complémentaire santé de moins de trois mois suivant la radiation, la date d'effet de l'adhésion s'effectue au 1er jour du mois suivant la radiation sous réserve de l'encaissement par la Mutuelle des cotisations liées à la période concernée.

Dans le cas d'une adhésion en ligne, l'adhésion prend effet, soit au 1er jour du mois suivant la signature électronique de l'adhésion, soit au 1er jour de la date sélectionnée lors du processus d'adhésion, sous réserve de la complétude du dossier d'adhésion et du bon encaissement de la première cotisation.

En tout état de cause, la prise d'effet des garanties, mentionnée au certificat d'adhésion est subordonnée, d'une part, à la réception d'un dossier d'adhésion signé et complet comprenant l'ensemble des pièces justificatives demandées et d'autres part, du bon paiement de la première cotisation.

Le droit aux prestations s'applique à compter de la prise d'effet des garanties, à l'exception de certaines prestations, soumises le cas échéant à un délai d'attente mentionné dans le tableau des garanties article 15.4.

3.2 DURÉE, RENOUVELLEMENT

L'adhésion à la garantie complémentaire santé est annuelle et produit effet du 1^{er} janvier au 31 décembre, sauf dans le cas d'une adhésion en cours d'année.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale sauf dénonciation par l'Adhérent, dans les conditions de l'article 6.1 du présent règlement.

3.3 FACULTÉ DE RENONCIATION

En cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage (domicile, lieu de travail...) ou intervenue dans le cadre d'une vente à distance (ex : internet), l'Adhérent dispose d'un délai de quatorze jours calendaires à compter de l'envoi par la Mutuelle du certificat d'adhésion ou du mail de confirmation d'adhésion pour renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec accusé réception au siège de la Mutuelle.

L'Adhérent n'a pas à justifier ses motifs ni à supporter de pénalités. Si ce délai expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Pour exercer son droit de renonciation, l'Adhérent peut utiliser le modèle ci-dessous et doit joindre, impérativement, les deux exemplaires de sa carte de tiers payant en cours de validité :

Je	soussigné(e)
M.....(Nom, prénom,
adresse	et numéro
demeurant.....	d'adhérent),
déclare renoncer à mon adhésion à la garantie complémentaire santé – formule	
auprès de la Mutuelle PMIF	
Fait le	Signature.....

En cas de renonciation la garantie est résiliée à compter de la date d'effet de l'adhésion et les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser la Mutuelle des montants perçus dans un délai de trente jours ;
- Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les rembourse à l'Adhérent dans un délai de trente jours.

ARTICLE 4 - CHANGEMENT DE GARANTIE – AVENANT AU CONTRAT

Après une année d'adhésion, chaque assuré a la possibilité de modifier son option au semestre civil (1^{er} janvier ou 1^{er} juillet), si les conditions suivantes sont respectées :

- être adhérent à la mutuelle depuis une année complète
- la progression dans les options s'effectue par palier
- le reclassement dans la catégorie d'âge s'il y a lieu
- l'obligation de rester 1 année dans la nouvelle option avant toute nouvelle modification

Dans tout autre cas, le changement de formule de garantie ou de gamme peut être sollicité, après une année d'adhésion et prend effet au 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet suivant la date de la demande. La demande de modification de formule doit être faite par écrit, datée et signée, validée par un avenant au contrat.

A NOTER: Toute mutation d'une gamme vers une autre gamme est définitive. L'Adhérent ne peut revenir ultérieurement à la gamme inférieure initialement souscrite.

ARTICLE 5 - MISE À JOUR DES INFORMATIONS

L'Adhérent doit informer par courrier la Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans le mois qui suit l'évènement de toute modification dans sa situation ou celle de ses ayants droit bénéficiaires, ayant notamment une incidence sur les montants des cotisations et/ou des prestations. Il en est ainsi notamment des changements suivants :

Pour tout Adhérent :

- Le changement de domicile (par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets)
- Le changement de caisse d'Assurance Maladie Obligatoire.
- Le changement de régime d'assurance maladie obligatoire (ex : régime local Alsace Moselle ...).
- Le cas échéant, le bénéfice ou la suppression d'une prise en charge à « 100% pour toutes prestations » par le régime d'assurance maladie obligatoire.
- La modification de la situation familiale ou de la composition de la famille inscrite.
- Le changement de compte bancaire (envoi du nouveau IBAN).

Sauf indications contraires, ces modifications sont prises en compte au plus tard au 1^{er} jour du mois suivant la réception du courrier. Toutes les modifications donnent lieu à l'édition d'une notification et/ou d'une carte d'adhérent. L'Adhérent doit s'assurer que la notification correspond avec exactitude à la prise en compte des renseignements qu'il a fournis. A réception de cette nouvelle notification, l'Adhérent dispose d'un délai maximum d'un mois pour informer la Mutuelle de toute information erronée constatée, à défaut, les modifications opérées sont acceptées par l'Adhérent.

ARTICLE 6 - MODALITÉS DE RÉSILIATION

6.1 RÉSILIATION DES GARANTIES A L'INITIATIVE DE L'ADHÉRENT

A l'échéance annuelle

L'Adhérent peut démissionner et mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant, au siège de la Mutuelle, une lettre recommandée, au moins deux mois avant la date d'échéance, soit le 31 octobre au plus tard. La démission prend effet au 1^{er} jour de l'année suivante.

En application de l'article L.221-10-1 du Code de la Mutualité

La date limite d'exercice par l'Adhérent du droit de dénonciation de son adhésion doit être rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'Adhérent est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction de son contrat. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions du premier alinéa, l'Adhérent peut, par lettre recommandée, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction du contrat. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste. L'Adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée à l'Adhérent, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

En cours d'année pour les événements suivants :

L'Adhérent, qui bénéficie d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire par le biais de son entreprise, peut demander sa démission, en cours d'année, sous réserve de la production d'une attestation de l'employeur et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au plus tôt au 1^{er} jour du mois qui suit la notification par l'Adhérent de sa demande dûment justifiée.

L'Adhérent peut demander à ce qu'il soit mis fin à son adhésion, s'il bénéficie de la CMUC.

Sur production de l'attestation d'ouverture des droits à la CMUC par l'Adhérent, la résiliation de la garantie prend alors effet à la date d'ouverture des droits à la CMUC.

Dans le cadre d'une garantie surcomplémentaire,

l'adhérent s'engage à une durée minimum de 12 mois. En cas de résiliation, elle ne pourra intervenir qu'à l'issue de l'année civile suivante.

A NOTER : Afin de préserver les droits acquis en matière de prestations, si un Adhérent est appelé, dans le cadre de son activité professionnelle à être détaché à l'étranger, celui-ci peut solliciter, sur demande expresse, à la Mutuelle, la suspension temporaire de sa garantie Frais de Santé. La suspension prend effet au premier jour du mois qui suit la demande écrite de l'Adhérent. Aucune prestation ni cotisation n'est due. Sur demande de l'Adhérent notifiée à la Mutuelle, la garantie reprend effet, au plus tard dans le trimestre qui suit la fin de l'évènement à l'origine de la suspension.

6.2 RADIATION D'UN AYANT DROIT

Avant chaque échéance annuelle, l'Adhérent peut demander la radiation de l'un ou de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une demande écrite. La radiation prend effet au 1er janvier de l'année suivant la demande.

Toutefois, par dérogation, l'Adhérent peut solliciter par courrier, en cours d'année, la radiation d'un ou des ayants droit bénéficiaires, avec effet au 1^{er} jour du mois qui suit la demande, pour les cas suivants :

- si l'ayant droit ne remplit plus les conditions d'adhésion visées à l'article 1.
- en cas de changement de la situation familiale en raison d'une séparation ou d'un divorce: dans ce cas, la radiation peut viser le conjoint, le concubin ou le partenaire du PACS et/ou ses ayants droit bénéficiaires.
- en cas de bénéfice d'un régime collectif complémentaire santé à adhésion obligatoire, en qualité soit de titulaire, soit d'ayant droit. La demande de radiation de l'ayant droit bénéficiaire doit être accompagnée d'une pièce justificative (attestation employeur mentionnant le caractère obligatoire, option famille) et de la restitution des cartes de tiers payant en cours de validité. La résiliation de la garantie prend effet au 1er jour du mois qui suit la notification de la demande dûment justifiée.

En cas de décès de l'ayant droit bénéficiaire, la radiation prend effet au 1er jour du mois qui suit l'évènement sous réserve que l'information et l'extrait d'acte de décès soient communiqués dans les trois mois qui suivent l'évènement. A défaut, la prise d'effet de la radiation intervient au 1er jour du mois qui suit la complétude de la demande.

6.3 EXCLUSION

Sont exclus les Adhérents et les ayants droit bénéficiaires qui auraient causé volontairement un préjudice dûment constaté aux intérêts de la Mutuelle. L'exclusion est prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 - CESSATION DES GARANTIES ET CONSÉQUENCES

Les garanties cessent :

- en cas d'exercice par l'Adhérent de sa faculté de renonciation;
- en cas de résiliation de la garantie par l'Adhérent, laquelle entraîne, à la même date, la cessation des garanties des ayants droit inscrits;
- en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent; au dernier jour du mois du décès de l'Adhérent;
- au dernier jour du mois où l'Adhérent ne remplit plus les conditions d'adhésion fixées à l'article 1 ;
- pour tous les ayants droit de l'Adhérent, à la date à laquelle ils cessent de remplir les conditions d'adhésion fixées à l'article 1 ou à la date de prise d'effet de leur radiation;

En cas de cessation des garanties en cours de mois, tout mois d'adhésion entamé entraîne le versement de la cotisation afférente.

Le droit aux prestations cesse à la date de la résiliation des garanties, à l'exception des prestations intervenues avant la date de résiliation des garanties.

Les cartes de tiers payant en cours de validité doivent être restituées à la Mutuelle dans les plus brefs délais suivant la cessation des garanties.

ARTICLE 8 - AJUSTEMENT DES GARANTIES - RÉVISION

Les cotisations et prestations afférentes aux garanties Frais de Santé peuvent être révisées chaque année par le Conseil d'Administration de manière à garantir son équilibre technique. Toute modification du présent règlement mutualiste doit faire l'objet d'une notification au membre participant ou honoraire.

De même, les prestations et les cotisations peuvent être révisées à tout moment, en cas d'évolution de la législation de la Sécurité sociale entraînant une modification des engagements de la Mutuelle (tarif de responsabilité, conditions de remboursement et de prise en charge...) ou en cas d'évolution de la législation fiscale ou sociale.

Les modifications prennent effet, au plus tôt à la date des modifications, dès lors qu'elles ont été notifiées, par tout moyen, à l'Adhérent. Les modifications relatives aux cotisations et prestations afférentes aux garanties Frais de Santé sont communiquées à l'Adhérent dans la revue d'informations périodiques de la Mutuelle ou par tout autre moyen approprié.

ARTICLE 9 - FRAUDE OU FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

En cas de fraude ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent, ce dernier est informé des fautes qui lui sont reprochées et invité à fournir des explications. La Mutuelle peut prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre l'Adhérent.

Elle peut également prononcer l'annulation de l'adhésion en cas de fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion ; dans ce cas, les cotisations payées demeurent acquises à la Mutuelle.

ARTICLE 10 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de l'adhésion au présent règlement sont prescrites dans le délai de deux ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance.
- En cas de résiliation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu la connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là, quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

ARTICLE 11-INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations personnelles de l'Adhérent et de ses ayants droits bénéficiaires recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement automatisé nécessaires à la gestion de l'adhésion. Les données sont destinées à la Mutuelle et peuvent être transmises aux partenaires ainsi que le cas échéant aux mandataires qu'aux seules fins d'exécution des garanties. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou d'une mise à disposition à des tiers à des fins commerciales.

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérent ou son ayant droit bénéficiaire dispose d'un droit d'accès, de rectification ou d'opposition pour motif légitime aux informations nominatives le concernant qui figureraient sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle, de ses partenaires ainsi que le cas échéant de ses mandataires, en adressant une demande par lettre simple (accompagnée de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité) à PMIF, Service Adhérents, 26 rue du Général Leclerc 95410 GROSLAY

ARTICLE 12 - RÉCLAMATION ET MÉDIATION

En cas de réclamation, l'Adhérent a la possibilité de saisir le service Réclamation de la Mutuelle en adressant un courrier circonstancié à l'adresse suivante :

**PMIF- Service réclamations -26 rue du Général Leclerc
95410 GROSLAY**

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, le membre participant peut après épuisement des voies de recours au sein de la Mutuelle, saisir le service de Médiation FNIM (Fédération Nationale des Mutuelles) 4 AVENUE DE L'OPERA 75001 PARIS.

ARTICLE 13 - ORGANISME DE CONTRÔLE

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61 rue Taitbout 75009 Paris.

CHAPITRE 2 - GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 14 – GARANTIES PROPOSÉES

L'Adhérent peut souscrire l'une des garanties Frais de Santé suivantes :

- **Gamme individuelle :**
 - Formule : FAMILLE
 - Formule : SENIORS
 - Formule : ACTIFS
 - Formule : JEUNES ACTIFS
 - Formule : GENERALE
- **Gamme TNS**
Formule: SPECIAL INDEPENDANTS
- **Gamme SURCO**

La Mutuelle participe, en qualité d'organisme complémentaire santé habilité, à la protection complémentaire en matière de santé et gère à ce titre la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC).

- **Contrat de sortie CMUC :** la Mutuelle propose, à toute personne ayant bénéficié de la CMUC, à l'expiration de ses droits, la prolongation de son adhésion pour une période d'un an non reconductible, pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté. Les prestations sont identiques à celles définies à l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code.
- **Garantie Surcomplémentaire :** afin de compléter les garanties de soins, la Mutuelle propose la garantie surcomplémentaire. Cette garantie est réservée aux adhérents de la Mutuelle. La formule de garanties choisie figure en annexe au présent règlement dans le « Tableau des garanties ».
- Les prestations relatives à chacune de ces formules, leurs montants ainsi que les cotisations correspondantes sont arrêtés, chaque année, par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 15 - OBJET DES GARANTIES ET CONTRAT RESPONSABLE

15.1 OBJET DES GARANTIES

Les garanties ont pour objet d'assurer le remboursement de tout ou partie des frais médicaux en cas de maladie ou d'accident engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations en complément des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire. Les frais de santé concernés par la garantie sont ceux occasionnés par des soins reçus en France, sauf dispositions prévues à l'article 16.8. Par dérogation, certains frais de soins de santé inscrits à la nomenclature mais non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent donner lieu à un remboursement par la Mutuelle selon la garantie choisie.

15.2 CONTRAT RESPONSABLE

Les formules de garantie complémentaire santé sont solidaires (absence de questionnaire médical) et elles s'appliquent dans les conditions et limites fixées par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale qui définissent le statut de « contrat responsable » à l'exception de la garantie « Surcomplémentaire »

A ce titre, le contrat responsable prend en charge :

-l'intégralité de la participation des assurés (ticket modérateur) définie à l'article R 160-5 du Code de la Sécurité sociale pour les actes et prestations couverts par l'assurance maladie obligatoire, y compris les prestations liées à la prévention, sous réserve des périodicités de prise en charge fixées aux articles 16.4 et 16.7.2 ci-après. Toutefois, cette prise en charge n'est pas obligatoire pour les cures thermales, les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% ainsi que peu les spécialités et préparations homéopathiques et dépend de la garantie souscrite.

Est également prise en charge, la participation forfaitaire de 24 euros prévue au I de l'article R.160-16 du Code de la sécurité sociale.

-L'intégralité du forfait journalier mentionné à l'article L.174-4 du Code de la Sécurité sociale en établissements de santé, sans limitation de durée. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé et non pas celui facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD). Le contrat responsable prévoit :

le cas échéant, l'encadrement des dépassements d'honoraires pour les médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO) prévu par la convention nationale mentionnée à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale, dans les conditions cumulatives suivantes:

-la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO) ne peut excéder 100 % du tarif de responsable

-la prise en charge des dépassements d'honoraires doit être minorée de 20% du tarif de responsabilité par rapport à la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO)

Sont également prises en charge, dans le cadre de la réforme du

« 100% Santé » et des règles relatives aux contrats responsables, selon les conditions et modalités définies à l'article 16 ci-après, les dépenses d'acquisition des équipements d'optique médicale, des aides auditives et les frais de soins dentaires prothétiques.

15.3 BASES DE REMBOURSEMENT DES PRESTATIONS

La Mutuelle garantit le versement des prestations en nature, complémentaires à celles servies au titre de la législation sur la Sécurité sociale en tenant compte, pour les formules de garanties

«responsables», du respect par l'Adhérent et ses ayants droit bénéficiaires du parcours de soins coordonnés. Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale, sauf indications contraires. Les garanties incluent, le cas échéant, le remboursement du régime d'assurance maladie obligatoire (AMO).

Les prestations sont réglées sur la base de la nomenclature des actes et tarifs appliqués par la Sécurité sociale à la date des soins et dans la limite de la dépense engagée. Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnelle, sous déduction de la participation versée par le régime d'assurance maladie obligatoire.

Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation en cas d'adhésion en cours d'année (hors garantie optique et garantie Aides auditives)). Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois dans la limite des dépenses engagées.

Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime d'assurance maladie obligatoire, pour un acte ou un soin :

- si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires: le total des remboursements du régime d'assurance maladie obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100% de la base de remboursement conventionnelle.
- si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires: la participation de la Mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.

Certains remboursements sont plafonnés conformément aux tableaux des garanties.

Les soins couverts sont ceux dont le fait générateur intervient à partir de la date d'effet de la garantie et jusqu'à la date de cessation des garanties.

Est considéré comme fait générateur :

- pour les frais de santé en général: la date des soins figurant sur le décompte de remboursement de la Caisse d'Assurance Maladie. A défaut, la date de prescription des soins est retenue, sauf dans le cas de traitements répétitifs pour lesquels la date du traitement est prise en compte.
- pour l'hospitalisation, la date d'hospitalisation.

15.4 DÉLAI D'ATTENTE (OU DÉLAI DE STAGE)

Délai de stage des garanties :

Toute personne titulaire d'un certificat de radiation de son ancienne mutuelle ou compagnie d'assurance, datant de moins de 3 mois au jour de l'adhésion et à prestations identiques, sera dispensée d'un délai d'attente et pourra bénéficier des prestations, selon l'option choisie, de façon immédiate. A défaut de présentation d'un certificat de radiation, l'adhérent et ses bénéficiaires devront respecter un délai d'attente de : -3 mois pour les soins médicaux courants, l'optique, les prothèses non dentaire -6 mois pour les prothèses dentaires, l'hospitalisation, la cure thermique, les frais de maternité.

Délai de stage garantie SURCOMPLEMENTAIRE:

Actes	Option 1	Option 2	Option 3
Consultation visite	1 mois	3 mois	6 mois
Optique	3 mois	6 mois	6 mois
Dentaire	3 mois	6 mois	6 mois
Hospitalisation	3 mois	6 mois	6 mois
Autres prothèse	3 mois	6 mois	6 mois
Indemnités obsèques	12 mois	12 mois	12 mois
Droits d'adhésion (payable une fois à l'adhésion)	10 €	10€	10€

L'inscription ultérieure d'un ayant droit au contrat prend effet au plus tôt au 1er jour du mois de la réception de la demande d'adhésion complétée et signée. Toutefois, dans le cas de l'inscription d'un enfant nouveau-né, l'adhésion prend effet au jour de la naissance, si l'adhésion intervient dans les 30 jours de sa naissance.

Le bénéfice des garanties intervient à compter de la date d'effet de l'adhésion. Par exception selon la formule de garantie souscrite, les prestations ci-dessous peuvent être soumises à un délai d'attente

Ce délai de stage est décompté à partir de la date d'effet de la garantie et s'applique à tous les bénéficiaires de la formule et, le cas échéant, lors de l'adjonction d'un bénéficiaire.

Toutefois, le délai de stage est supprimé :

- si l'Adhérent produit un certificat de radiation à un organisme complémentaire santé, justifiant pour lui et, le cas échéant, ses ayants droit du bénéfice de garanties au moins équivalentes à la date d'adhésion, sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption supérieure à trois mois.
- si l'adjonction du bénéficiaire concerne un nouveau-né ou un enfant adopté et qu'elle intervient dans les 30 jours suivant sa naissance ou son adoption.

Aucun remboursement de prestation n'est dû au titre de la garantie si la prestation fait l'objet d'un délai d'attente.

Aucun délai de stage ne s'applique pour les prises en charge obligatoires imposées par les règles des contrats responsables.

ARTICLE 16 - PRESTATIONS PRÉVUES DANS LES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

16.1 SOINS COURANTS

Sont notamment visés par ce poste, dans les conditions prévues aux garanties et définies dans le tableau des garanties :

- Les consultations et visites ;
- Les analyses médicales ;
- Les actes de radiologie ;
- Les actes de chirurgie et les actes techniques médicaux (ATM) hors hospitalisation ;
- Auxiliaires médicaux et paramédicaux ;
- La pharmacie : médicaments et accessoires remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

16.2 PRÉVENTION ET MÉDECINES ALTERNATIVES

En fonction de la garantie souscrite et dans les conditions définies aux tableaux de garanties, la Mutuelle prend en charge dans le cadre d'un forfait annuel actes ou prestations suivantes, sur présentation d'une facture acquittée par le bénéficiaire de la garantie :

- Médecines alternatives non remboursées par l'assurance maladie obligatoire ;
- Actes d'automédication en pharmacie ;
- Moyens de contraceptions non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire ;
- Vaccins non remboursés par l'assurance maladie obligatoire ;
- Ostéodensitométrie ;
- Sevrage tabagique : la Mutuelle verse pour l'achat de substituts nicotiques, sur présentation d'une facture acquittée, à l'Adhérent et/ou à son conjoint ou à l'enfant âgé de plus de 16 ans, ayant la qualité d'ayant droit bénéficiaire, un forfait annuel dont le montant varie selon la formule souscrite.

16.3 HOSPITALISATION

La garantie couvre l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire prévue à l'article R.160-16 du Code de la Sécurité sociale et les consultations et actes externes des établissements de santé conventionnés ou non.

Frais de séjour hospitaliers : la Mutuelle verse le ticket modérateur, pour les frais de séjour, en cas d'hospitalisation, avec ou, le cas échéant sans hébergement, pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, au sein d'un établissement de santé.

Séjours en établissements non conventionnés : la base de remboursement retenue par la Mutuelle sera celle déclarée par le Régime Obligatoire sur la base des tarifs en vigueur.

Honoraires médicaux : les dépassements d'honoraires pour les actes et consultations des médecins sont pris en charge par la Mutuelle, de façon globale lors de l'hospitalisation, dans les conditions prévues par la garantie, telles que définies au tableau de garantie, en opérant une différenciation et un plafonnement des remboursements selon que les médecins sont ou non adhérents un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM ou OPTAM-CO).

Forfait journalier des établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours): comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) le forfait journalier des établissements de santé est pris en charge sans limitation de durée, quelle que soit la nature de l'hospitalisation (médecine, chirurgie, psychiatrie, convalescence), sous réserve que cette dernière soit prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Chambre particulière en établissements de santé (hors établissements médico-sociaux et longs séjours) : les dépenses afférentes à la chambre particulière en établissements de santé sont prises en charge dans les conditions suivantes:

- en médecine, chirurgie et obstétrique, limitation inscrite selon la garantie souscrite;
- en convalescence: limitée à la garantie souscrite;
- en psychiatrie: 30 jours ou 45 jours par année civile selon la garantie souscrite;
- en ambulatoire (sans hébergement): le cas échéant, selon la garantie souscrite.

Frais d'accompagnement : selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse, lors de l'hospitalisation d'un bénéficiaire répondant aux conditions définies au tableau de garantie, pour les frais d'accompagnement, une allocation journalière, dont le montant figure dans le tableau de garantie, dans la limite des dépenses facturées par l'établissement hospitalier et, le cas échéant, d'un nombre de jour fixé par an.

16.4 OPTIQUE

Équipement optique (une monture et deux verres) :

Selon la formule souscrite, il est prévu la prise en charge d'un équipement optique composé d'une monture et de deux verres, selon les modalités et conditions suivantes :

Les équipements d'optique médicale, définis à l'article L.5211-1 du code de la santé publique, sont composés de deux verres et d'une monture. Les équipements (verres et montures) remboursés par la Sécurité sociale sont classés en deux groupes (classes A et B) par la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale.

Les verres et montures relevant de la classe A (100% Santé) bénéficient d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré **dans la limite des prix limites de vente**. Les prix des verres et montures relevant de la classe B sont déterminés librement et peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré.

A. Équipement lunettes « 100% Santé » (Classe A)

La garantie permet le remboursement, **dans la limite des prix limites de vente**, en cas d'acquisition de verres et d'une monture de classe A :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité,
- de la prestation d'appairage pour des verres d'indices de réfraction différents,
- du supplément applicable pour les verres avec filtre,

dans les conditions définies par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP).

B. Équipement lunettes hors 100 % Santé (Classe B)

Dans les conditions et limites de la formule et du niveau de garantie choisis, cette garantie permet le remboursement, en cas d'acquisition de verres ou d'une monture de classe B :

- du Ticket Modérateur,
- des frais exposés par l'assuré en sus du Ticket Modérateur, dans les limites définies au 3° de l'article R.871-2 du Code de la sécurité sociale.

La prise en charge d'une monture est limitée à 100 euros (inclus dans les plafonds limites). Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond limite qui s'applique.

La prise en charge des tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur par l'opticien-lunetier en cas de renouvellement n'est pas incluse dans les plafonds limites.

La définition des verres simples, verres complexes et verres très complexes est faite par référence à la typologie des verres prévue par le cahier des charges des contrats responsables (article R. 871-2 du code de la sécurité sociale).

Verres simples	<ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux sphériques dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S (sphère + cylindre) est inférieure ou égale à 6,00 dioptries
Verres complexes	<ul style="list-style-type: none"> - verres unifocaux sphériques dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -6,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -6,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verre unifocaux sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 6,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est comprise entre -4,00 et + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est inférieure ou égale à 8,00 dioptries
Verres complexes très complexes	<ul style="list-style-type: none"> - verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre -8,00 et 0 dioptries et dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est inférieure à -8,00 dioptries et dont le cylindre est supérieur ou égal à 0,25 dioptrie ; - verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est positive et dont la somme S est supérieure à 8,00 dioptries.

Il est possible de combiner les verres de la façon suivante : 1 verre simple + 1 verre complexe ; ou 1 verre simple + 1 verre très complexe ; ou 1 verre complexe + 1 verre très complexe.

En tout état de cause, la prise en charge minimale de l'équipement optique par la Mutuelle ne peut être inférieure, quel que soit le niveau de garantie, aux planchers fixés à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et s'effectue dans la limite de la dépense engagée.

A titre d'information, les planchers et plafonds fixés par l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale s'établissent comme suit :

- 2 verres simples : 50 à 420 €
- 1 verre simple + 1 verre complexe : 125 à 560 €
- 2 verres complexes : 200 à 700 euros
- 1 verre simple + 1 verre très complexe : 125 à 610 €
- 1 verre complexe + 1 verre très complexe : 200 à 750 €
- 2 verres très complexes : 200 à 880 €

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Toute modification du taux de remboursements de la Sécurité sociale sur l'équipement optique est susceptible d'entraîner une modification de la garantie optique afin de respecter les plafonds prévus à l'article R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

C. Dispositions communes aux verres et montures de classes A et B :

En application de la Liste des produits et prestations (LPP) remboursables prévue à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale :

- Quel que soit la formule et le niveau de garantie choisis, les remboursements s'appliquent aux frais exposés pour

l'acquisition d'un équipement composé de 2 verres et de 1 monture, par période :

- de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus ;
- d'1 an pour les enfants de plus de 6 ans et de moins de 16 ans ;
- de 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur. Dans les autres cas, le délai d'1 an s'applique.

Dérogations :

- la période de 2 ans pour les adultes et les enfants de 16 ans et plus est réduite à 1 an pour les frais exposés pour le renouvellement complet (deux verres et une monture) dans les cas de dégradation des performances oculaires visées dans la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale. La justification d'une évolution de la vue doit être effectuée soit au travers d'une nouvelle prescription médicale qui est comparée à la prescription médicale précédente, soit selon les dispositions de l'article D.4362-12-1 du code de la santé publique lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance.
- pour les enfants de moins de 16 ans, aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable lorsqu'intervient une dégradation des performances oculaires objectivée par un ophtalmologiste sur une prescription médicale.
- aucun délai de renouvellement minimal des verres n'est applicable en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières précisées par la Liste des produits et prestations remboursables (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du Code de la sécurité sociale et sous réserve d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention sur l'ordonnance de la situation médicale particulière.

Ces règles s'appliquent à compter du 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées. Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées.

L'appréciation de ces périodes se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant lesdites périodes.

Lorsque l'assuré acquiert son équipement en deux temps (d'une part la monture, d'autre part les verres), la période à l'issue de laquelle un équipement optique (verres et monture) peut être remboursé s'apprécie à la date d'acquisition du dernier élément de l'équipement. En cas de renouvellement séparé des composantes de l'équipement, le délai de renouvellement s'apprécie distinctement pour chaque élément.

- La prise en charge de deux équipements est autorisée uniquement pour les assurés ayant :
 - une intolérance ou une contre-indication aux verres progressifs ou multifocaux. Pour ces assurés, qui présentent un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la prise en charge peut couvrir deux équipements corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés précédemment (vision de près, vision de loin) ;
 - une amblyopie et/ou un strabisme nécessitant une pénalisation optique. Pour ces assurés, la prise en charge peut couvrir deux équipements de corrections différentes à porter en alternance.

La mention par l'ophtalmologiste sur l'ordonnance de ces cas particuliers est indispensable à la prise en charge. Les règles d'application des garanties du présent règlement sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement.

- La garantie Optique permet également le remboursement d'un équipement mixte d'optique médicale composé de verres de classe B et d'une monture de classe A ou inversement. Dans ce cas, le plafond limite de prise en charge appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, les éléments de l'équipement relevant de la classe A étant pris en charge intégralement dans la limite des prix limites de vente et déduit dudit plafond.

Lentilles :

Pour l'acquisition de lentilles de contact, remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse un forfait annuel, dont le montant figure au tableau de garantie et varie en fonction de la formule et du niveau de garantie souscrite. Selon la formule souscrite, les produits d'entretien sont pris en charge au titre de ce forfait

En cas d'équipement du forfait annuel, seul le ticket modérateur est pris en charge pour les lentilles de contact remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

A NOTER : Dans le cas où l'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit, s'adresse à un professionnel de santé qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, notamment dans le réseau partenaire ou au sein d'un centre optique mutualiste, le présent règlement leur permet de bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

Chirurgie de la myopie ou Chirurgie réfractive :

Selon la garantie choisie, l'intervention chirurgicale de la myopie ou, le cas échéant, l'intervention chirurgicale réfractive est prise en charge par la Mutuelle, dans la limite d'un forfait annuel dont le montant est fixé au tableau de garantie et est exprimé par œil et par bénéficiaire.

16.5 CURES THERMALES

Cures thermales en hospitalisation :

Les cures thermales en hospitalisation sont remboursées par la Mutuelle dans les conditions définies par la formule de garantie souscrite, sous réserve de leurs prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Cures thermales en externat :

La Mutuelle rembourse, s'il y a lieu, pour les cures thermales en externat, le ticket modérateur pour les frais de transport, d'hébergement, de surveillance médicale et les soins du bénéficiaire, pris en charge par la caisse d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire.

16.6 DENTAIRE

Sont couverts au titre du ticket modérateur, les soins dentaires. Dans le cadre de la réforme du « 100% santé », la convention dentaire organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie a défini une liste d'actes prothétiques, dits actes « à entente directe ». Ces actes sont répartis entre trois paniers de soins définis à l'annexe V de la convention dentaire :

- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation et sans reste à charge (panier 100 % Santé),
- les actes pour lesquels l'entente directe est limitée auxquels s'appliquent des honoraires limites de facturation (panier reste à charge maîtrisé),
- les actes pour lesquels l'entente directe reste libre (panier libre).

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée et sans reste à charge (panier 100 % Santé) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires. Ils sont donc sans reste à charge pour l'assuré dans la limite des honoraires limites de facturation, aux dates d'application fixées par voie réglementaire.

Les actes pour lesquels l'entente directe est limitée ou libre (panier reste à charge maîtrisé et panier libre) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la garantie choisie. Les limites de remboursement sont fixées dans les tableaux de garanties en annexe au présent règlement.

Pour les prothèses dentaires donnant lieu à remboursement par la caisse d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse, en sus du ticket modérateur, une allocation exprimée en euros ou en pourcentage du tarif de convention dont le montant et le taux figurent au tableau de garantie.

Pour les prothèses dentaires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire mais disposant d'une codification dans les conditions prévues par la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), selon la garantie la Mutuelle octroie un remboursement annuel exprimé en euros. Seuls les actes codifiés en prothèses fixes métalliques et en prothèses fixes céramiques et non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Pour les soins d'orthodontie donnant lieu à un remboursement par les caisses d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse, pendant la durée du traitement, une allocation exprimée en pourcentage du tarif de convention et dont le taux figure au tableau de garantie.

Pour les formules de garanties (selon formule souscrite) :

Selon la formule de garantie souscrite, la Mutuelle, verse, pour les prothèses dentaires donnant lieu hors panier 100 % Santé) ou non à un remboursement par l'assurance maladie obligatoire, une participation dans la limite **d'un plafond exprimé en euros par année civile et par bénéficiaire**, dont le montant figure au tableau de garantie et qui varie en fonction de la formule choisie. Ce plafond annuel n'inclut pas la prise en charge du ticket modérateur. (ce dernier étant toujours pris en charge).

Les remboursements au titre de l'implantologie et la parodontologie pris en charge ou non par l'assurance maladie obligatoire s'effectuent dans les conditions prévues par la garantie en dehors, le cas échéant du plafond dentaire annuel mentionné ci-dessus.

16.7 APPAREILLAGE ET PROTHÈSES

16.7.1. Pour l'acquisition de petit et de grand appareillage, de prothèses mammaires et/ou capillaires donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie obligatoire et dont la liste figure au tableau de garantie, la Mutuelle verse le ticket modérateur s'il y a lieu ; elle verse également un forfait dans la limite d'un plafond par bénéficiaire et par an, dont le montant figure au tableau de garantie. Pour la location de grand appareillage donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse uniquement le ticket modérateur.

16.7.2. AIDES AUDITIVES :

• Dispositions applicables jusqu'au 31 décembre 2020 :

Pour l'acquisition de prothèses auditives donnant lieu à remboursement des caisses d'assurance maladie obligatoire, la Mutuelle verse le ticket modérateur s'il y a lieu. Selon la garantie souscrite, la Mutuelle verse également un forfait exprimé par appareil et par an, dont le montant figure au tableau de garantie.

• Dispositions applicables à compter du 1er janvier 2021

Dans le cadre de la réforme du « 100 % santé », les aides auditives faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ont été définies et classées en deux groupes (classe 1 et classe 2) selon leurs caractéristiques techniques, par voie réglementaire. Les aides auditives 100 % Santé (classe 1) font l'objet d'une prise en charge renforcée par la Sécurité sociale et les organismes assureurs complémentaires, elles sont donc sans reste à charge pour l'assuré **dans la limite des prix limites de vente.**

Les aides auditives hors 100 % Santé (classe 2) peuvent donner lieu à un reste à charge pour l'assuré, selon la formule de garantie choisie.

A. Aides auditives 100 % Santé Classe 1

En cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 1, cette garantie permet le remboursement :

- du Ticket Modérateur et,
- des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité, **dans la limite des prix limites de vente.**

B. Aides auditives hors 100 % Santé Classe 2

Dans les conditions et limites de la formule de garantie choisie, en cas d'acquisition de dispositifs relevant de la classe 2, la garantie permet le remboursement, par aide auditive :

- au minimum du Ticket Modérateur et, au maximum d'une somme égale à 1.700 euros. Ce plafond inclut la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et le Ticket Modérateur. Ce plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

C. Dispositions communes aux dispositifs relevant de la classe 1 et de la classe 2

Quelle que soit la formule de garantie choisie, **la prise en charge est limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil.** L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

Ces règles s'appliquent à compter du 1er janvier 2021 et tiennent compte des quatre années antérieures.

L'appréciation de la période de quatre ans se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. La mutuelle s'assure, en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable de son portefeuille durant ladite période.

À NOTER : Dans le cas où l'adhérent et le cas échéant, ses ayants droit, s'adresse à un professionnel qui est tenu ou a choisi de pratiquer le tiers payant et en a fait les démarches à cette fin, notamment dans le réseau partenaire (dans un Centre audioprothèse Mutualiste), le présent règlement leur permet de bénéficier du mécanisme du tiers payant sur les prestations faisant l'objet de la garantie, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité dans le cadre des règles afférentes au contrat responsable.

16.8 SOINS A L'ÉTRANGER

Sous réserve que la formule de garantie le prévoit, les soins engagés à l'étranger sont remboursés s'ils ont été pris en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie français et à concurrence de ce qui aurait été accordé si les soins avaient été réalisés en France (ces frais font l'objet d'un décompte de Sécurité sociale). Les remboursements sont effectués en euros. En conséquence, les actes à l'étranger hors nomenclature ne sont pas remboursés par la Mutuelle.

ARTICLE 17 - ALLOCATIONS DIVERSES

Les allocations ci-dessus définies sont des prestations temporaires annuelles, dont la reconduction, la modification ou la suppression de chacune de ces allocations est décidée par l'Assemblée Générale.

17.1 FORFAIT MATERNITE

Cette prestation, dont le montant figure au tableau de garantie, est versée sur production de justificatifs de dépenses liées au séjour en maternité (dépassement d'honoraires périodiques, dépassements chambres particulières)

17.2 PARTICIPATION AUX FRAIS FUNERAIRES

La Mutuelle ne verse pas d'allocation liées aux décès d'un adhérent ou de l'un de ses ayants droit, sauf dans le cadre de la surcomplémentaire.

ARTICLE 18 - PLAFOND DE GARANTIE - LIMITE DE REMBOURSEMENTS

Le remboursement des frais de santé présente un caractère indemnitaire (article L.224-8 du Code de la Mutualité). Les remboursements ou les indemnités ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

Sauf mentions contraires, les plafonds de remboursement sont fixés pour une année civile et dans la limite des frais réels engagés. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit la date de souscription.

ARTICLE 19 – EXCLUSIONS

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et aux articles R.B71-1 et R.B71-2 du Code de la Sécurité sociale définissant les conditions du contrat responsable, ne donnent pas lieu à prise en charge par la Mutuelle:

- la participation forfaitaire et les franchises respectivement mentionnées au II et au III de l'article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale;
- la majoration de participation de l'assuré visée à l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (absence de désignation d'un médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ainsi que la majoration de participation de l'assuré lorsque le patient n'accorde pas l'autorisation, visée à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, au professionnel de santé auquel il a recours, d'accéder à son dossier médical personnel et à le compléter ;
- la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés au 1Bo de l'article L 162.5 du Code de la Sécurité sociale.

Sauf mentions contraires figurant dans les tableaux de garanties, sont également exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- les frais engagés hors de France, sauf si la Caisse de Sécurité sociale française à laquelle l'Adhérent est affilié prend en charge les frais engagés hors de France;
- les actes hors nomenclature de la Sécurité sociale ou Classification Commune des Actes Médicaux;
- les prothèses dentaires provisoires ou transitoires non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire;
- les soins résultant d'une cause non liée directement à une maladie ou un accident et non pris en charge par la Sécurité sociale, tels que les cures de rajeunissement, les traitements esthétiques, la transformation sexuelle, les cures d'amaigrissement ou de désintoxication ainsi que leurs suites;
- les séjours et frais au sein d'établissements médico- sociaux (ex: maison d'accueil spécialisée et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et en tout état de cause, les frais de séjour au titre d'hospitalisation (médecine, chirurgie, convalescence, psychiatrie) non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire;
- les hospitalisations classées **en long séjour par la Sécurité sociale**.

Aucune exclusion ne saurait toutefois faire obstacle au respect des obligations de prise en charge fixées par les règles des contrats responsables. Ainsi, en tout état de cause, la Mutuelle prend en charge le remboursement des frais prévus à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

ARTICLE 20- VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursements doivent, sous peine de déchéance des droits à prestations, être communiquées à la Mutuelle dans un délai maximum de 24 mois suivant :

- la date des soins;
- la date de paiement des soins en l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale.

Elles sont accompagnées notamment :

- des originaux des décomptes du régime de Sécurité sociale et/ou d'un autre organisme complémentaire s'il n'y a pas de télétransmission NOEMIE;
- des factures originales détaillant les frais engagés, le cas échéant;
- de la facture subrogatoire des professionnels de santé en cas de tiers payant.

Outre ces documents, la Mutuelle peut en cas de nécessité demander toute pièce complémentaire nécessaire à une demande de remboursement des prestations.

Toutefois, pour les remboursements non pris en charge par l'Assurance Maladie (ex: consultation ostéopathe...), l'Adhérent adresse directement à la Mutuelle l'original de la facture acquittée.

- Pour les affiliés des autres régimes d'assurance maladie obligatoire et sous réserve de dispositions contraires prévues ci-dessus, les prestations sont réglées par la Mutuelle ;
- soit à l'Adhérent, soit à ses ayants droit bénéficiaires sous réserve que l'Adhérent ait notifié préalablement cette option à la Mutuelle et produit les coordonnées bancaires correspondantes.
- soit aux établissements de santé, professionnels de santé ou autres prestataires, lorsqu'une convention de tiers payant est signée avec ces derniers.

En présence d'une prise en charge hospitalière ou d'une convention avec un établissement hospitalier, l'établissement hospitalier doit adresser sa facture à la P.M.F.

Sauf usage du tiers payant, les prestations sont versées directement par virement sur le compte bancaire du membre participant ou le cas échéant, aux ayants droit.

Sauf demande contraire du membre participant, les relevés de prestations sont dématérialisés.

20.1 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, optique, aides auditives, hospitalières, le bénéficiaire doit présenter un devis et/ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé, l'établissement de soins. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

20.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale. En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge 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 et de la prise en charge par le régime obligatoire.

ARTICLE 21- SUBROGATION

La Mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'Adhérent ou des ayants droit bénéficiaires, victime d'un accident ou d'une maladie contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a engagées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Afin de permettre à la Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'Adhérent ou l'ayant droit bénéficiaire a l'obligation de déclarer à la Mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il a été victime.

ARTICLE 22 - PRESTATIONS INDUES

En cas de prestations versées indûment à un Adhérent et/ou à ses ayants droit ou à un professionnel de santé dans le cadre du tiers payant, la Mutuelle récupère les sommes indûment versées par tous moyens mis à sa disposition (notamment remboursement de l'indu par l'Adhérent sur les prestations à venir, le cas échéant). A défaut de reversement de l'indu, la Mutuelle peut en poursuivre le recouvrement par toutes voies de droit. Par ailleurs, la Mutuelle peut exercer tous les moyens juridiques nécessaires en cas d'utilisation frauduleuse de la carte de tiers payant.

CHAPITRE 3- AUTRES SERVICES OU PRESTATIONS EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

ARTICLE 23 - GARANTIES EN INCLUSION AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

23.1 COGEMUT ASSISTANCE

Une garantie assistance est incluse dans les garanties Frais de santé, selon la formule souscrite. Conformément à l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, la Mutuelle a conclu un contrat collectif après d'une entreprise d'assurance agréée pour cette activité. L'Adhésion à cette garantie est obligatoire conformément à l'article précité. Une cotisation est due au titre de cette garantie assistance.

Une notice d'information définissant l'identité et les coordonnées de l'organisme assureur, le contenu de la garantie assistance et ses conditions d'application est remise à l'Adhérent.

23.2 PRÉVENTION

La Mutuelle mène des actions de prévention sous des formes diverses dans le cadre d'une politique et d'un budget définis chaque année par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou sur délégation par le Conseil d'Administration.

Les Adhérents sont informés de ces actions par tout moyen à la convenance de la Mutuelle (site internet, revue d'informations périodiques de la Mutuelle, insertion dans la presse ...).

23.3 FONDS DE SECOURS

Secours d'adversité

La Mutuelle peut attribuer, dans le cadre d'un budget spécifique voté annuellement en assemblée générale constituant la dotation du Fonds de secours ou du Fonds de solidarité, soit des aides financières aux membres participants confrontés à des dépenses de santé particulièrement coûteuses, soit des secours exceptionnels lorsqu'ils sont confrontés à des événements graves et exceptionnels dès lors que le fait générateur de la demande intervient après 12 (douze) mois, au moins, à compter de la date d'effet de l'adhésion. La décision est prise par le Fonds, au vu d'un dossier circonstancié, constitué par le membre participant et remis à son Président.

23.4 REVUE CONNECT

La Mutuelle communique auprès de ses adhérents par le biais de sa revue d'informations périodiques sur des thématiques liées à la santé ou à la vie de la Mutuelle.

Les informations générales concernant les prestations, les cotisations afférentes aux garanties individuelles frais de santé et le cas échéant, les modifications des statuts et règlement mutualiste sont portées à la connaissance de l'Adhérent dans cette revue d'informations qui est adressée au domicile de chaque membre participant.

Conformément à l'article L.114-7 du Code de la Mutualité, ces modifications sont opposables aux adhérents dès leur notification.

CHAPITRE 4 - COTISATIONS

ARTICLE 24 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES À LA DÉTERMINATION DES COTISATIONS AFFÉRENTES AUX GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

24.1 PRINCIPE

L'Adhérent s'engage au paiement d'une cotisation santé annuelle correspondant au total des cotisations dues par l'ensemble des personnes inscrites au contrat. Elle peut être réglée mensuellement, par trimestre, semestre ou annuellement. Les cotisations sont exprimées en euros par bénéficiaire.

La cotisation est déterminée en fonction de l'âge du chef de famille et de la formule choisie à l'entrée dans la Mutuelle. Elle est viagère. Toutefois en cas de changement d'option, de gamme, à la demande de l'assuré, il est reclassé dans sa nouvelle option et selon sa tranche d'âge au jour de la modification.

La cotisation des enfants est une cotisation forfaitaire calculée en fonction du régime d'assurance maladie obligatoire et de la formule de garantie choisie. La cotisation est offerte à compter du 3ème enfant. Pour l'application de cette règle, il sera tenu compte exclusivement de l'ordre des naissances. Pour tout nouveau-né, la cotisation est offerte jusqu'au premier anniversaire de l'enfant.

24.2 COMPOSITION

La cotisation inclut :

- la participation de la mutuelle aux organismes et caisses de réassurances (Unions Fédératives),
- la participation aux différentes contributions et autres taxes imposées par la législation en vigueur (TSA),
- la participation aux autres produits et services annexes proposés en inclusion au contrat (Assistance et protection juridique)

Généralités :

Le bénéficiaire s'engage au paiement d'une cotisation annuelle qui est affectée à la couverture des prestations de la Mutuelle.

➤ Détermination des Cotisations selon les différentes gammes

- **Gamme Jeune Actif** : une formule à cotisation unique pour des jeunes de moins de 30 ans.
- **Gamme Actif** : 4 formules (Ivoire, Ebène, Ambre et Or) 2 catégories d'âge à l'inscription de 20 à 40 ans et de 41 à 60 ans. Cotisations calculées selon la composition familiale : Assuré seul (ou 1 bénéficiaire) - Assuré + 1 enfant - Couple - Couple + 1 enfant (ou 3 bénéficiaires) - Famille (à partir de 4 bénéficiaires).
- **Gamme Famille** : 3 formules (Basic ; Performante ; Sérénité) avec un montant forfaitaire pour toute famille (au-delà de 3 bénéficiaires) ; souscription jusqu'à 55 ans.
- **Gamme Senior** : 3 formules (Sécurité ; Tranquillité ; Sérénité) et 3 classes d'âge : (55/62 ans ; 63/69 ans ; + de 70 ans). Cotisations calculées sur la composition familiale : Assuré ou Couple
Minoration de 10 % de la cotisation de base en cas d'ALD (Affectation Longue Durée).
- **Gamme Général** : 5 niveaux d'options : option Base ; option 1 ; option 2 ; option 2+ ; option 3 ; option 4 et par tranche d'âge : 18/29 ans - 30/45 ans - 46/ 59 ans - 60/29 ans - + de 70 ans. La cotisation est décomposée selon la composition familiale : Assuré Seul - As + 1enfant - As +2 enfants ; Couple - Couple + 1 enfant - Couple + 2 enfants ; Gratuité à partir du 3ème enfant. Cotisation minorée en cas d'ALD (Affectation Longue Durée)
- **Gamme Blanc – Bleu** (barème issue de la fusion avec la Mutuelle de Menucourt)
Cotisations par bénéficiaire : Assuré Seul – Conjoint – Enfant (Gratuité à partir du 3ème enfant).
- **Gamme TNS** : 5 formules : Partiel – Simple – Double -Quarté – Quinté et par tranche d'âge : – 30 ans ; de 30 à 44 ans ; de 45 à 59 ans ; 60 à 69 ans ; plus de 70 ans ; Famille (+de 3 bénéficiaires de moins de 60 ans)
- **Gamme Sur-Complémentaire** : 3 formules à cotisations unique par bénéficiaire et par tranche d'âge (-de 50 ans ; de 51 à 70 ans ; + de 70 ans).
- **Gamme Fin de Droits de Collectivité** : cotisations déterminées selon les accords des entreprises soumis à toute personne sortant des collectivités et souhaitant conserver les mêmes prestations.

24.3 ÉVOLUTION DE LA COTISATION

La cotisation est fixée, Chaque année au 1^{er} janvier et par décision du Conseil d'Administration dont il a reçu délégation lors de l'Assemblée Générale. Le taux est fixé selon les résultats de la Mutuelle, des évolutions prévisibles des dépenses de santé mais également des modifications d'ordre législatives ou conventionnelles.

Attention : En cas de dispositions importantes prises par les pouvoirs publics, en cours d'année, entraînant des incidences financières lourdes à la charge de la Mutuelle, le Conseil d'Administration serait amené à procéder à un réajustement immédiat des cotisations.

ARTICLE 25 - PAIEMENT DES COTISATIONS

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même ainsi qu'à ses ayants-droit dont les modalités sont définies et mentionnés sur le bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile, payable d'avance et fractionnée au mois, au trimestre, au semestre.

Tout changement de coordonnées bancaires doit nous être signalé avant le 20 du mois qui précède la date de prélèvement afin d'éviter tout risque de rejet qui occasionnerait des frais.

25.1 Règlement par Prélèvement bancaire sur le compte bancaire de l'Adhérent, en vertu d'un mandat de prélèvement SEPA dûment signé, conformément à l'échéancier de cotisations reçu en chaque début d'année civile. Les échéances de prélèvements sont au 5 ou au 15 de chaque mois.

25.2 Règlement hors prélèvements par chèque ou mandant établi à l'ordre de la PMIF à chaque début de période. Le paiement doit être identifiable ; il doit porter au dos du chèque le N° de sécurité sociale et éventuellement le nom.

25.3 Incident de paiement la Mutuelle applique des frais de recouvrement qui s'élève à 7,50 € par incident qui seront imputés aux sommes à devoir en cas de rejet de prélèvement ou de chèque impayé.

ARTICLE 26 - NON PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle adresse à l'Adhérent une lettre de relance conformément à l'article L.221-7 du Code de la Mutualité, mentionnant les sommes dues majorés des frais de relance.

La suspension des droits intervient au terme d'un délai de trente jours suivant l'envoi de la lettre de relance restée sans effet. Une mise en demeure précise qu'en l'absence de régularisation dans le délai de quinze jours après l'expiration du délai de trente jours ci-dessus, la résiliation des garanties peut intervenir à tout moment.

Les droits ne sont ré-ouverts qu'après régularisation complète de la situation par l'Adhérent, qui ne peut prétendre rétroactivement au règlement des soins qu'il aurait effectués pendant la période de suspension de la garantie.

La mutuelle par voie de son Conseil d'Administration peut demander par un courrier recommandé la radiation pure et simple d'un assuré pour non-paiement de ses cotisations (art I-12 des Statuts).

Indépendamment des dispositions ci-dessus, la Mutuelle peut procéder au recouvrement de sa créance par toute voie de droit.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR POUR UN REMBOURSEMENT

PRESTATIONS		PIÈCES A FOURNIR	
		EN CAS DE TÉLÉTRANSMISSION-	EN CAS D'ABSENCE DE TÉLÉTRANSMISSION
SOINS REMBOURSÉS PAR L'AMO	Tous les soins remboursés par l'AMO, sauf les 3 types de soins ci-dessous		<ul style="list-style-type: none"> Décompte de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) où figure le détail des soins et actes à rembourser.
	Hospitalisation	<ul style="list-style-type: none"> Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. Copie du bulletin d'hospitalisation. 	<ul style="list-style-type: none"> Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et prénom du bénéficiaire. Copie du bulletin d'hospitalisation.
	Lunettes – dans tous les cas Et si évolution justifiée de la vue	<ul style="list-style-type: none"> Devis Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue. <ul style="list-style-type: none"> Justificatifs visés à l'article 16.4 C 	<ul style="list-style-type: none"> Devis Décompte de l'AMO. Copie de l'ancienne et nouvelle ordonnance justifiant l'évolution de la vue. <ul style="list-style-type: none"> Justificatifs visés à l'article 16.4 C
	Prothèses dentaires	<ul style="list-style-type: none"> Devis Copie de la facture du dentiste précisant le n° des dents. 	<ul style="list-style-type: none"> Décompte de l'AMO. Copie de la facture du dentiste précisant le n° des dents.
	Aides auditives	<ul style="list-style-type: none"> Devis 	<ul style="list-style-type: none"> Devis Décompte de l'AMO
SOINS NON REMBOURSÉS PAR AMO	Lentilles	<ul style="list-style-type: none"> Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire. Copie de l'ordonnance. 	
	Autres soins	<ul style="list-style-type: none"> Original de la facture détaillée acquittée, présentant le nom et le prénom du bénéficiaire, établie par une pharmacie, un professionnel de santé médical ou paramédical. 	
	Maternité	<ul style="list-style-type: none"> Sur présentation de factures 	

CAS PARTICULIER : Si vous bénéficiez de l'avance de frais (tiers payant) sur la part remboursée par l'AMO mais que vous faites l'avance de la part mutuelle qu'il y ait télétransmission ou pas, adressez-nous la facture originale acquittée du ticket modérateur.

* AMO = Assurance Maladie Obligatoire

**Télétransmission: échanges de flux informatiques avec le régime d'assurance maladie obligatoire.

Pour vérifier si la télétransmission fonctionne correctement sur votre dossier, il suffit de regarder les relevés de remboursement édités par votre Caisse d'Assurance Maladie Obligatoire. Si la mention "transmis à la Prévoyance Mutualiste d'Ile de France" ou "à votre organisme complémentaire" apparaît sur vos relevés, la télétransmission fonctionne. Si aucune mention n'apparaît, vous ne bénéficiez pas de la télétransmission.