

Règlement Mutualiste

Mutuelle Groupe La Dépêche du Midi Complémentaire Santé

Contenu

TITRE PRÉLIMINAIRE – OBJET DU RÈGLEMENT	3
Article 1 – Définition du règlement	3
Article 2 – Opérations individuelles	3
Article 3 – Opérations collectives.....	3
Article 4 – Contenu.....	3
TITRE I – OBLIGATION DES MEMBRES PARTICIPANTS.....	4
A. CHAPITRE I – CONDITIONS D'ADHÉSION	4
Article 5 – Membres participants et ayants droit.....	4
Article 6 – Conditions d'admission.....	5
Article 7 – Modification des garanties sur l’initiative de la mutuelle	5
Article 8 – Démission	5
Article 9 – Résiliation.....	5
Article 10 – Cessation des garanties	8
B. CHAPITRE II – COTISATION.....	8
Article 11 – Détermination	8
Article 12 – Paiement	8
Article 13 – Retard de paiement	9
Article 14 – Révision	10
Article 15 – Changement de situation.....	10
Article 16 – Prescription de cotisation.....	10
TITRE II – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	11
C. CHAPITRE I – PRESTATIONS	11
Article 17 – Définition des prestations	11
Article 18 – Libre choix.....	12
Article 19 – Prescription.....	12
Article 20 – Demande de prestations	12
Article 21 – Paiement des prestations.....	13
Article 22 – Prestations exclues.....	13
Article 23 – Subrogation.....	13
Article 24 – Déchéance.....	14
Article 25 – Nullités des clauses de déchéance	14
Article 26 – Affiliations multiples.....	14
Article 27 – Fausses déclarations.....	14
Article 28 – Prestations accordées : honoraires médicaux	14
Article 29 – Prestations accordées : pharmacie	15
Article 30 – Prestations accordées : dentaire	15
Article 31 – Prestations accordées : optique	16

Article 32 – Prestations accordées : appareillage	17
Article 33 – Prestations accordées : cure thermique	17
Article 34 – Prestations accordées : hospitalisation médicale	17
Article 35 – Prestations accordées : hospitalisation chirurgicale	18
Article 36 – Prestations accordées : indemnités diverses	19
Article 37 – Prestations particulières accordées par la mutuelle : prestations en inclusion	20
Article 37.1 - Garanties assistance.....	20
D. CHAPITRE II – INFORMATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS	20
Article 38 – Information des membres participants dans le cadre d'opérations individuelles.....	20
Article 39 – Information des membres participants dans le cadre d'opérations collectives	20
Article 40 – Effet des décisions prises par l'assemblée générale	21
Article 41 – Information relative aux modifications des statuts et règlements	21
Article 42 – Médiation	21
Article 43 – Interprétation.....	21
Article 44 – Protection des données à caractère personnel.....	21
Article 45 – Échange de données informatisées	22
Article 46 – Autorité de Contrôle Prudentiel.....	22
TITRE III – FONDS SOCIAL.....	23
Article 47 – Fonds social mutualiste.....	23

TITRE PRÉLIMINAIRE – OBJET DU RÈGLEMENT

Article 1 – Définition du règlement

Le règlement de la mutuelle Groupe La Dépêche du Midi - Complémentaire Santé a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire et la mutuelle en ce qui concerne les prestations et les cotisations conformément aux dispositions prévues par l'article L114.1 du code de la mutualité.

Ce règlement complète les statuts de la mutuelle et est adopté par l'assemblée générale sur proposition du conseil d'administration de la mutuelle.

Les dispositions d'application du code de la mutualité non prises en compte dans le présent règlement en raison de leur date de parution s'appliqueront de plein droit au présent règlement, dès lors qu'elles auront un caractère d'ordre public.

Elles feront l'objet ultérieurement de ratification par l'Assemblée générale.

Article 2 – Opérations individuelles

L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion.

La personne physique signataire du bulletin d'adhésion acquiert la qualité de membre participant.

La signature du bulletin d'adhésion individuel emporte acceptation des dispositions des statuts, droits et obligations définis par le règlement. Il est remis à chaque membre, avant la signature du contrat, une fiche d'information qui décrit les droits et obligations des parties selon les dispositions prévues à l'article L221.4 du code de la mutualité.

Article 3 – Opérations collectives

Sont qualifiées d'opérations collectives :

- l'opération facultative par laquelle des salariés d'une entreprise adhère librement à la mutuelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat collectif souscrit par un employeur ou personne morale.
- l'opération obligatoire par laquelle l'ensemble des salariés de l'entreprise ou une ou plusieurs catégories d'entre eux sont tenus de s'affilier à la mutuelle, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé ou d'un contrat souscrit par un employeur.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives font l'objet d'un contrat écrit entre la personne morale souscriptrice et la mutuelle.

Il est remis à chaque membre participant par l'employeur ou la personne morale, une notice d'information et les statuts de la mutuelle selon les dispositions prévues à l'article L221.6 du code de la mutualité.

Article 4 – Contenu

Le présent règlement mutualiste définit :

- les obligations des membres participants envers la mutuelle qui comprennent les conditions d'adhésion et les cotisations.
- les obligations de la mutuelle envers les membres participants qui comprennent les prestations couvertes et l'information des adhérents.

Sont annexés à ce règlement les descriptifs de garanties et les cotisations y afférant.

TITRE I – OBLIGATION DES MEMBRES PARTICIPANTS

A. CHAPITRE I – CONDITIONS D'ADHÉSION

Article 5 – Membres participants et ayants droit

5.1 - Membres participants

La mutuelle met des garanties à disposition des membres participants. Ils sont bénéficiaires au titre de leur salariat ou de leur ancien salariat dans les entités du Groupe La Dépêche du Midi ayant entre elles un lien économique, juridique et, ou, social et des Mutuelles du Groupe La Dépêche du Midi sous les conditions ci-après :

- Être salarié sous contrat à dure indéterminée.
- Être salarié sous contrat à durée déterminée.
- Être salarié en longue maladie.
- Être bénéficiaire d'une pension de vieillesse.
- Être salarié pigiste.
- Être salarié cessant d'appartenir à l'effectif de l'entreprise par suite d'une rupture du contrat.
- Être veufs, veuves, orphelins de personnel actif ou non actif décédé. Ils peuvent continuer à bénéficier du régime frais de santé pour eux-mêmes et éventuellement leurs ayants droit, tel qu'ils sont définis ci-dessous « ayant droit membre participant », sous réserve que leur demande soit faite auprès de la mutuelle, dans un délai maximum de six mois, après la rupture du contrat de travail ou en cas de décès du membre participant.

Ceux-ci peuvent bénéficier de garanties prévues dans les options suivantes et définies en annexe en matière de prestations et de cotisations.

- 1- Garanties individuelles des frais occasionnés par les soins de santé.
- 2 - Garanties collectives facultatives des frais occasionnés par les soins de santé.
- 3 - Garanties collectives obligatoires des frais occasionnés par les soins de santé.

Les membres participants sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations de la mutuelle et en ouvrent le droit à leurs ayants droits.

5.2 - Ayants droit

Est considéré comme ayant droit d'un membre participant :

- son conjoint lié au membre participant par les liens du mariage et non séparé judiciairement,
- son concubin qui vit maritalement avec le membre participant, sous réserve de justifier d'une même adresse commune, telle que définie dans l'article 515-8 du Code Civil.
- son partenaire lié par contrat de Pacte Civil de Solidarité, tel que défini par les articles 515-1 à 515-7 du Code Civil,
- son conjoint séparé, divorcé ou en fin de situation de pacs, depuis moins de un an.

Chaque participant ne peut avoir qu'un seul conjoint ou concubin ou « pacsé ». La séparation, la cessation de l'état de concubinage ou la rupture du pacs doit être déclaré à la Mutuelle dès la date de survenance.

- son conjoint veuf
- les personnes dont la tutelle lui a été confiée sous réserve qu'elles soient à sa charge et qu'elles vivent sous le même toit que le membre participant,
- les enfants légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis et qui sont à la charge du membre participant ou de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un pacs,
- ses enfants jusqu'à 16 ans considérés à charge tels que définis à l'article L.313-3 du Code de la Sécurité Sociale.

- ses enfants handicapés, quel que soit leur âge, sur présentation d'une attestation d'allocation adulte handicapé ou d'un justificatif de classification en catégorie 2 ou 3 invalidité de la Sécurité Sociale.
- ses enfants de 16 à 28 ans (fin de l'année civile du 28ème anniversaire) se trouvant dans l'une des situations suivantes :
 - Etudiant immatriculé à la Sécurité Sociale française sur production d'un certificat de scolarité, d'une copie de la carte de Sécurité Sociale Etudiante française et d'une copie de leur carte d'identité ou de leur passeport en cours de validité,;
 - Demandeur d'emploi à la recherche d'un premier emploi sur présentation d'une attestation délivrée par Pôle Emploi
 - Bénéficiaire d'un contrat de travail ou de stage de type particulier favorisant l'insertion professionnelle et ayant des revenus inférieur à 70% du SMIC, sur présentation d'une copie du contrat et de la fiche de rémunération.

La déclaration de situation familiale ouvrant droit aux prestations de son régime d'Assurance Maladie Obligatoire étant à la charge du participant.

Article 6 – Conditions d'admission

L'adhésion du membre participant entraîne obligatoirement l'adhésion de tous les membres de la famille quelle que soit leur situation, en activité ou sans activité professionnelle.

Par famille, on entend :

- le membre participant,
- les ayants droits dans les conditions fixées au précédent article.

L'inscription des membres de la famille tenus professionnellement d'adhérer à une autre mutuelle ne sera pas exigée, un justificatif sera obligatoirement présenté.

Le point de départ de l'adhésion est fixé au 1er jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion ou au 1er jour du mois suivant la date d'embauche.

Article 7 – Modification des garanties sur l'initiative de la mutuelle

Les garanties peuvent être modifiées à tout moment par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Les membres participants sont informés de ces modifications en fin d'année conformément aux dispositions prévues par le code de la mutualité.

Article 8 – Démission

En cas de démission, les membres participants devront respecter un préavis de deux mois précédant la date d'échéance principale. La demande de radiation devra être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception avant le 1er novembre.

Cet article s'impose :

- aux membres participants pour les opérations individuelles,
- aux membres participants, employeur, personne morale, pour les opérations collectives obligatoires ou facultatives.

Ce préavis ne sera pas exigé pour les demandes de radiation suite à l'adhésion garantie complémentaire santé dans le cadre d'un contrat obligatoire sur présentation d'une attestation de l'employeur.

Article 9 – Résiliation

9.1 - Résiliation à l'initiative du membre participant

9.1.1 - Principe : faculté de résiliation annuelle

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en notifiant à la Mutuelle sa demande de résiliation.

En cas de démission, les membres participants devront respecter un préavis de deux mois précédant la date d'échéance principale. La demande de radiation devra être formulée avant le 1er novembre selon les modalités prévues à l'article L.221-10-3 du Code de la Mutualité, à savoir au choix du membre participant :

- soit par lettre ou tout autre support durable,
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle,
- soit par acte extrajudiciaire,
- soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou d'adhésion au présent règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation.

Cet article s'impose :

- aux membres participants pour les opérations individuelles,
- aux membres participants.

9.1.2 - Faculté de résiliation exceptionnelle

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuel, si un membre participant apporte la preuve, dans les 2 mois de sa mise en place (sur présentation d'un justificatif de l'employeur) qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme.

Au-delà du délai de 2 mois, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la demande écrite.

A titre exceptionnel et conformément à l'article L221-17 du code de la mutualité, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement, ou, en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

Cette demande de résiliation à titre exceptionnel, ne sera recevable que lorsque l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouve pas dans la situation nouvelle.

La fin de l'adhésion ou la résiliation de contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification.

La résiliation en cours d'année pourra également être acceptée, à titre exceptionnel : pour les membres participants suite à l'attribution de la Complémentaire Santé Solidaire (sur présentation de la notification d'attribution).

9.2.3 – Faculté de résiliation infra-annuelle

Le membre participant peut dénoncer l'adhésion et l'employeur ou la personne morale souscriptrice peut résilier le contrat collectif ou dénoncer l'adhésion, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, sans frais ni pénalités. La dénonciation de l'adhésion ou la résiliation prend effet un mois après que la Mutuelle en a reçu notification par le membre participant ou par l'employeur ou la personne morale souscriptrice.

Le droit de dénonciation prévue au premier alinéa n'est pas ouvert au membre participant dans le cadre des opérations collectives à adhésion obligatoire mentionnées au 2° du III de l'article L.221-2.

Le droit de dénonciation ou de résiliation prévu au premier alinéa du présent article est mentionné dans le règlement, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif. Pour les opérations collectives à adhésion facultative, le droit de dénonciation du membre participant prévu au même premier alinéa est mentionné dans la notice remise en application de l'article L. 221-6.

Le droit de dénonciation ou de résiliation est en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de cotisation.

Lorsque l'adhésion au règlement est dénoncée ou lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article, le membre participant, l'employeur ou la personne morale souscriptrice n'est redevable que de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. La mutuelle est tenue de rembourser le solde au membre participant, à l'employeur ou à la personne morale souscriptrice dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la dénonciation ou de la résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'intéressé produisent de plein droit des intérêts de retard au taux légal.

Dans le cas où l'adhérent ou le participant souhaite dénoncer une adhésion ou résilier un contrat conclu pour le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident pour souscrire un nouveau contrat auprès d'un nouvel organisme, celui-ci effectue pour le compte de l'adhérent ou du participant souhaitant le rejoindre les formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation ou de dénonciation dans les conditions prévues au même premier alinéa. Les organismes intéressés s'assurent de l'absence d'interruption de la couverture de l'adhérent ou du participant durant la procédure.

Lorsque le membre participant a le droit de dénoncer l'adhésion au règlement ou lorsque l'employeur ou la personne morale souscriptrice a le droit de résilier le contrat collectif, la notification de la dénonciation ou de la résiliation peut être effectuée, au choix de l'intéressé :

- Soit par lettre ou tout autre support durable,
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de la mutuelle ou de l'union ;
- Soit par acte extrajudiciaire,
- Soit, lorsque la mutuelle propose la conclusion de contrat ou l'adhésion au règlement par un mode de communication à distance, par le même mode de communication,
- Soit par tout autre moyen prévu par le contrat ou le règlement.

La mutuelle attestera par écrit la réception de la notification de résiliation

9.2 - Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

9.2.1 - Résiliation

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion d'un membre participant dans les cas et conditions visés à l'article 9.1.2 pour la faculté de résiliation exceptionnelle.

La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non-paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 13 du présent règlement.

9.2.2 - Exclusion

Peuvent être exclus de la mutuelle, dans le respect des règles prévues par le code de la mutualité, les membres participants dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle et qui auraient causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

En cas de fausse déclaration intentionnelle ou réticence du membre participant, la mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger, le remboursement des prestations indûment perçues. Les cotisations acquittées restent acquises à la mutuelle.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L221-17 du code de la mutualité :

- en cas de décès : les cotisations sont dues jusqu'au dernier jour du mois au cours duquel a lieu le décès. Au-delà, les cotisations seront remboursées sur présentation du bulletin de décès et de la facture des frais d'obsèques acquittée au conjoint ou au concubin survivant. A défaut, au notaire assurant la succession, ou à un héritier sur présentation d'une attestation sur l'honneur.
- en cas d'adhésion à une couverture obligatoire professionnelle.

Article 10 – Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

L'adhérent s'oblige à retourner à la mutuelle dans les huit jours de la résiliation, la carte de tiers payant en cours de validité.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture des droits étaient antérieurement réunies.

L'interruption de la garantie s'apprécie par rapport à la date de réalisation des actes. Cette date doit être antérieure à la date de radiation. Il ne sera pas tenu compte des dates de prescriptions ni des dates d'accord du contrôle médical.

B. CHAPITRE II – COTISATION

Article 11 – Détermination

Les cotisations des options 1, 2, et 3 sont déterminées annuellement par l'assemblée générale conformément aux dispositions de l'article L112.1 du code de la mutualité.

Conformément à l'article L114.11 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer ses pouvoirs pour fixer les cotisations en toute ou partie au conseil d'administration.

Cette délégation doit être confirmée annuellement.

Les cotisations dues en contrepartie des prestations à caractère social, sanitaire, médico-social, sportif, culturel, funéraire ou de prévention dont peuvent bénéficier les membres participants et leurs ayants droits en vertu de conventions conclues en vertu de l'article L. 320-1 du Code de la mutualité sont déterminées par lesdites conventions, elles sont alors annexées au présent règlement mutualiste.

11.1 - Mode de calcul

- Pour les garanties 1 (garanties individuelles), le montant de la cotisation du membre participant est calculé à partir d'une cotisation de base adulte, exprimée en pourcentage du PMSS, plafond mensuel de la Sécurité Sociale, sur lequel est appliqué un coefficient modulateur en fonction de la composition familiale.
- Pour les garanties 2 (garanties collectives facultatives), le montant de la cotisation du membre participant est calculé à partir d'une cotisation de base adulte, exprimée en pourcentage du PMSS, plafond mensuel de Sécurité Sociale, sur lequel est appliqué un coefficient modulateur en fonction de la composition familiale.
- Pour les garanties 3 (garanties collectives obligatoires) les cotisations sont définies dans les contrats conclus avec l'employeur.

Article 12 – Paiement

Les cotisations sont annuelles et dues pour l'année civile.

Pour les opérations individuelles, les cotisations peuvent être fractionnées soit au mois, soit au trimestre, soit au semestre. Elles doivent être réglées à l'échéance mentionnée sur l'avis d'appel de cotisation.

Pour les opérations collectives, les cotisations sont appelées mensuellement. L'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation. La périodicité et le règlement des cotisations sont rappelés dans le contrat collectif.

Pour les nouveaux adhérents, les cotisations seront encaissées à partir du 1er jour du mois en cours si l'adhésion est effectuée avant le 15 du mois. Au-delà, la date d'effet et l'encaissement des cotisations sont reportés au 1er jour du mois qui suit.

Pour les nouveau-nés, les cotisations seront encaissées à partir du premier jour du mois qui suit la date de naissance et dues pour les mois de l'année civile restant à courir.

Pour les adhérents décédés, les cotisations seront encaissées pour la période du 1er janvier au dernier jour du mois au cours duquel est survenu le décès.

Le membre participant peut régler sa cotisation :

- par prélèvement automatique mensuel. Dans ce cas, ce dernier devra transmettre à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire. Le membre participant souhaitant annuler cette procédure devra en faire la demande par écrit. Il lui faudra alors s'acquitter du solde des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile en cours par tout autre moyen à sa convenance.
- par chèque. Dans ce cas, le paiement doit parvenir à la mutuelle au moins 2 jours avant l'échéance fixée sur le relevé de cotisation. Pour ce paiement, l'échéance est annuelle ou semestrielle ou trimestrielle.

En cas d'incidents de paiement prévus à l'article 13 du présent règlement, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des frais liés aux procédures mises en œuvre dans le cadre du recouvrement des cotisations impayées, de supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées. Elle pourra exiger le paiement annuel de la cotisation.

La mutuelle a la faculté d'imputer au membre participant, des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire, en cas de rejet de prélèvement.

La mutuelle peut également refuser la réintégration d'un membre participant, après deux radiations successives, pour cotisations impayées, survenues dans les 24 mois qui précèdent la demande de réintégration.

Article 13 – Retard de paiement

13.1 - Opérations individuelles

En vertu des dispositions prévues à l'article L221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant.

Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à la fin de la période de cotisation appelée.

La garantie suspendue reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où a été payée 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 qu'éventuellement les frais de poursuites et de recouvrements.

Dix jours après l'expiration du délai de trente jours, la mutuelle peut résilier la garantie.

L'adhérent est informé de cette faculté dans la lettre de mise en demeure.

13.2 - Prélèvement automatique impayé

En cas de règlement de la cotisation par prélèvements automatiques mensuels, en cas d'incident de paiement :

- lors du premier incident, le montant du prélèvement impayé sera perçu avec la mensualité suivante ou réglé immédiatement dès que l'adhérent est informé du rejet de la mutuelle.
- en cas d'incident de paiement une seconde fois au cours de la même année, l'adhérent perd pour cette année le bénéfice du prélèvement automatique mensuel des cotisations, avec exigibilité immédiate de la cotisation déduction faite des prélèvements payés.

13.3 - Opérations collectives : l'employeur ou la personne morale assure le précompte de la cotisation

En vertu des dispositions de l'article L221-8-1 du code de la mutualité, à défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure de l'employeur ou de la personne morale.

Le contrat collectif suspendu reprend effet à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

L'employeur ou la personne morale est informé, dans la lettre de mise en demeure, des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner. Les salariés de l'entreprise souscriptrice du contrat sont informés qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur ou la personne morale est susceptible d'entraîner la résiliation du bulletin d'adhésion ou du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer à l'employeur ou à la personne morale pour le paiement des cotisations.

La résiliation du contrat collectif peut être prononcée dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au 1er alinéa.

13.4 - Opérations collectives : l'employeur ou la personne morale n'assure pas le précompte de cotisations (appels individuels).

En vertu des dispositions de l'article L221.8.II du code de la mutualité, le salarié du groupe qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt, après la date à laquelle les cotisations doivent être payées. Le salarié est informé dans la lettre de mise en demeure qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner son exclusion des garanties définies au contrat collectif ou au bulletin d'adhésion.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisation.

Article 14 – Révision

Conformément à l'article 114.8 dernier alinéa du code de la mutualité, la mutuelle prend en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles.

En cas de modification par voie législative ou réglementaire des taux de prise en charge des régimes obligatoires, le conseil d'administration pourra décider d'une modification des prestations et cotisations applicable immédiatement, sous réserve de ratification par la plus proche assemblée générale.

Il en sera de même en cas de risque imminent de déséquilibre grave dans la situation financière résultant d'une augmentation non prévisible du coût du risque.

Article 15 – Changement de situation

En cas de changement de situation, les membres sont tenus d'en aviser la mutuelle dans les trois mois suivant l'événement, et doivent procéder, s'il y a lieu, au versement immédiat du complément de cotisation.

Tout membre ayant fait une fausse déclaration en cotisant à la mutuelle dans une catégorie à laquelle il n'appartient pas ne pourra prétendre en aucun cas à d'autres prestations que celles accordées par la mutuelle aux membres de la catégorie dans laquelle il a cotisé.

Article 16 – Prescription de cotisation

Un délai de prescription de deux ans est applicable en ce qui concerne toute rectification de compte des cotisations dues ou payées en excédent.

TITRE II – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE

C. CHAPITRE I – PRESTATIONS

La Mutuelle a fait le choix de s'inscrire dans le dispositif des contrats solidaires et responsables.

À ce titre :

- aucune information d'ordre médical sur l'adhérent ou ses ayants droit ne peut être recueillie à l'adhésion ;
- les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable ;
- les garanties permettent à l'assuré de bénéficier du mécanisme de tiers payant au moins sur les prestations faisant l'objet des garanties minimales définies aux articles L.871-1 et R.871-1 du Code de la Sécurité sociale, au moins à hauteur du tarif de responsabilité.

En aucun cas les termes du contrat ne peuvent contrevenir aux règles des contrats responsables. En cas de contradiction, les règles du contrat responsable, y compris dans de futures dispositions légales et réglementaires, priment sur les présentes dispositions.

Article 17 – Définition des prestations

Conformément à l'article L.114-11 du code de la mutualité, l'assemblée générale peut déléguer ses pouvoirs pour déterminer les montants ou taux des prestations en tout ou partie au conseil d'administration. Cette délégation doit être confirmée annuellement.

La mutuelle accorde aux membres participants des prestations selon les garanties souscrites définies en annexe dans le cadre des descriptifs qui complètent les présentes dispositions.

Option 1 : garanties individuelles

Option 2 : garanties collectives facultatives

Option 3 : garanties collectives obligatoires

Les prestations versées par la mutuelle constituent une participation aux dépenses et actes médicaux consécutifs à une maladie ou à un accident.

Généralement, cette contribution vient en complément des prestations prises en charge par l'assurance maladie obligatoire relevant du système de protection sociale en France.

Exceptionnellement, des prestations non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire peuvent faire l'objet d'un remboursement Mutuelle. Ces prestations sont alors expressément définies.

17.1 - Modalités de calcul des remboursements Mutuelle

Cette participation est calculée par différence entre le tarif de responsabilité ou la base de remboursement (CCAM) et la participation du régime d'affiliation de sécurité sociale, sans que le total des prestations versées ne puisse excéder les frais réels engagés.

Le montant du remboursement Mutuelle peut être également calculé, soit :

- en pourcentage du tarif de responsabilité ou de la base de remboursement (CCAM) de l'assurance maladie obligatoire,
- en forfait (en valeur fixe ou en pourcentage du PMSS),
- en combinaison des deux méthodes ci-dessus,
- en fonction des modalités précisées dans le descriptif de la garantie souscrite figurant en annexe.

17.2 - Modification de prise en charge des prestations par l'assurance maladie obligatoire en cours d'année

En cas de modification des règles de prise en charge des prestations par l'assurance maladie obligatoire, de dénonciation ou de révision des conventions entre les professions de santé et l'assurance maladie obligatoire, les remboursements mutuelle sont éventuellement adaptés dès la parution des textes réglementaires.

Dans l'hypothèse d'une réévaluation comme d'une diminution, les remboursements restent inchangés par rapport à la situation existante lors de l'assemblée générale précédente, et ceci jusqu'à l'assemblée générale suivante qui statuera.

Toutefois, le conseil d'administration est habilité à prendre toutes les dispositions nécessaires au regard de la nouvelle situation, conformément aux dispositions de l'article 17 du présent règlement et à l'article L114.8 du code de la mutualité, notamment en cas de réévaluation importante des tarifs.

17.3 - Plafonnements, limitations

Le remboursement Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre bénéficiaire.

D'autre part, le montant du remboursement Mutuelle ou la durée de prise en charge peut être limité selon la nature de la prestation de la garantie souscrite. Les limitations figurent sur le descriptif des garanties jointes en annexe.

Article 18 – Libre choix

Les membres participants ont le libre choix du praticien, du fournisseur ou de l'établissement de soins dans la mesure où ils sont agréés par la Sécurité Sociale.

Article 19 – Prescription

Toutes actions selon les dispositions prévues à l'article L221.11 du code de la mutualité, sont prescrites pour 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, du fait de membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu 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.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Article 20 – Demande de prestations

Pour bénéficier des prestations et services de la mutuelle, les membres participants doivent fournir tous les documents exigés par celle-ci et se soumettre à tout contrôle administratif qu'elle estimerait utile.

Ne peuvent bénéficier des prestations que les membres participants à jour de leurs cotisations.

La mutuelle ne prend pas en charge les prestations dont la date de réalisation est antérieure à la prise d'effet de la garantie ou postérieure à son interruption (démission, radiation, exclusion).

Les membres participants peuvent être dispensés de l'envoi des décomptes de remboursement de l'assurance maladie obligatoire lorsque la mutuelle pratique des échanges de données par télétransmission (type Noémie) avec l'assurance maladie obligatoire. Toutefois, la mutuelle pourra, en cas de contrôle ou d'incident technique, exiger la présentation du décompte original de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.

Les membres participants qui bénéficient d'une couverture médicale auprès d'une autre mutuelle ou organisme assureur doivent se faire rembourser par cet organisme avant de présenter le remboursement à la mutuelle qui n'interviendra qu'à titre complémentaire.

Des justificatifs pourront être exigés :

- pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales...
- pour les actes refusés, mais codifiés par le régime obligatoire,

- pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire.

Article 21 – Paiement des prestations

Lorsque le membre participant a réglé au professionnel de santé, à l'établissement de soins, les sommes qui lui sont dues, la part mutuelle correspondante lui est directement versée au vu des pièces justificatives ou à la réception des données télétransmises par l'assurance maladie obligatoire.

Le membre participant peut demander d'être dispensé de l'avance des frais, notamment lorsque la mutuelle a signé des conventions de tiers payant avec les professions de santé ou établissement de soins.

Le membre participant peut également donner délégation à la mutuelle pour procéder, pour son compte, au règlement des professions de santé et établissements de soins. Dans ce cas, la mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent pour percevoir les prestations de l'assurance maladie obligatoire qui lui sont dues.

Le membre participant qui recevrait, de qui que ce soit, un quelconque remboursement pour des frais déjà pris en charge et payés par la mutuelle, est tenu d'en informer celle-ci dans les huit jours à compter de la réception de ces sommes. L'adhérent est tenu de reverser à la mutuelle les frais dont elle fait indûment l'avance.

Les membres participants s'engagent à rembourser à la mutuelle les prestations indûment versées. A défaut de reversement volontaire, la mutuelle pourra en poursuivre le recouvrement ou refuser le remboursement des prestations postérieures.

Article 22 – Prestations exclues

La mutuelle ne prend pas en charge, quelle que soit la garantie choisie par le membre participant sauf pour les prestations relevant des dispositions dites « contrat responsable » définies dans l'article R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale les risques résultant :

- frais de soins ou d'hospitalisation dont la période est comprise ou chevauche avec la date d'adhésion,
- des accidents de travail et maladies professionnelles donnant droit au bénéfice des dispositions de la législation sur les accidents de travail,
- tout événement pouvant entraîner la prise en charge intégrale des dépenses de santé et actes médicaux par le régime général dont relève le bénéficiaire.

Sont également exclus :

- les dépenses de santé résultant du fait direct ou indirect de guerres civiles ou étrangères.
- les dépenses de santé résultant du fait intentionnel du membre participant ou de ses ayants droit.

En cas d'accident, quel qu'il soit, si l'instance est engagée, la mutuelle peut être partie à la procédure, s'il le juge nécessaire. Il doit donc être informé de l'instance engagée pénale ou civile et des intentions de l'adhérent.

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent règlement.

Si le bénéficiaire est partiellement ou totalement garanti par une assurance individuelle accident la mutuelle ne prend en charge que les frais non couverts par cette assurance, dans la limite des descriptifs de la garantie choisie et dans le respect des obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Article 23 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

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

En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément à moins que la prestation versée par la mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Parallèlement, l'adhésion à la mutuelle entraîne –ipso facto- délégation du membre participant au profit de la mutuelle de percevoir en ses lieux et place, les prestations qui lui sont dues par les caisses d'assurance maladie et les autres organismes de prévoyance dont la mutuelle a fait l'avance.

Article 24 – Déchéance

Quelle que soit la garantie choisie par les membres, les demandes de paiement de prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, pour être recevable, être produites dans un délai de deux ans à compter de la date de réalisation définitive de l'acte ou des dépenses consécutives à la maladie.

Article 25 – Nullités des clauses de déchéance

Sont nulles :

- Toutes clauses générales frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire en cas de violation des lois ou des règlements, à moins que cette violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel.
- Toutes clauses frappant de déchéance le membre participant, l'ayant droit ou le bénéficiaire à raison de simple retard apporté par lui sans intention frauduleuse à la déclaration relative à la réalisation du risque aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit, pour la mutuelle ou pour l'union de réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui a causé.

Article 26 – Affiliations multiples

Dans le cas où le cumul des prestations servies tant par la mutuelle que par un régime obligatoire de sécurité sociale ou un autre régime complémentaire auxquels le membre participant serait adhérent, donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations de la mutuelle seraient réduites à concurrence du niveau de remboursement contractuel de la garantie souscrite déduction faite du Ticket Modérateur, et dans le cadre du présent règlement.

Article 27 – Fausses déclarations

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 28 – Prestations accordées : honoraires médicaux

28.1 - Définition

La mutuelle prend en charge au titre des honoraires médicaux figurant à la nomenclature générale des actes (CCAM) et correspondant à des actes effectués hors hospitalisation :

- médecins généralistes,
- médecins spécialistes, sauf stomatologues et dentistes,
- sages-femmes,
- directeurs de laboratoires,
- infirmiers,
- masseurs kinésithérapeutes,
- orthophonistes,
- orthoptistes,
- pédicures,
- médecines douces : la mutuelle prend en charge forfaitairement le remboursement de la médecine douce non remboursée par l'assurance maladie obligatoire tel qu'indiqué sur le descriptif des garanties.

La mutuelle n'intervient qu'en cas de remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

28.2 - Pièces à fournir

- Le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.
- Le reçu du montant réglé par le malade en cas de tiers payant avec l'assurance maladie obligatoire.
- La facture consultation externe (titre de recette).

28.3 - Exclusions

La prise en charge de la participation forfaitaire (montant fixé par décret) due par les assurés et leurs ayants droit majeurs pour chaque acte ou consultation réalisé (e) par un médecin, instaurée par l'article L 322-2 du Code de la Sécurité Sociale est exclue.

La prise en charge de la majoration - instaurée par les articles L161-36-2 et L 162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale - de la part restant à la charge des assurés et des ayants-droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant, est exclue.

La prise en charge des dépassements d'honoraires, à hauteur d'une franchise fixée par décret, en application de l'article L.162-5-18° du Code de la Sécurité Sociale appliquée par certains spécialistes (liste des spécialistes concernés définie par décret) lorsqu'ils reçoivent un patient directement ne relevant pas d'un protocole de soins en application de l'article R871-1-2° du Code de la Sécurité Sociale est exclue.

La prise en charge, à hauteur d'une franchise identique à celle appliquée aux honoraires des médecins spécialistes, des dépassements d'honoraires facturés par les médecins généralistes en secteur 1 avec droit permanent à dépassements ou en secteur 2 dans le cadre de consultations hors parcours de soins, est exclue.

Article 29 – Prestations accordées : pharmacie

29.1 - Définition

La mutuelle prend en charge au titre de la pharmacie :

- les produits pharmaceutiques médicalement prescrits figurant sur la liste des spécialités remboursables par l'assurance maladie obligatoire sauf ceux dont le Service Médical Rendu est faible.
- le petit appareillage figurant au titre I – chapitre 1, 2, 3 et titre II- chapitre 1 du tarif interministériel des prestations sanitaires (LPP).
- vaccin antigrippe non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sur présentation de la facture de la pharmacie.
- la pharmacie dont le Service Médical Rendu est faible et la pharmacie prescrite mais non remboursée par l'assurance maladie obligatoire ; la mutuelle prend en charge le remboursement des médicaments prescrits non remboursés sur présentation de la copie de la prescription et de l'original de la facture acquittée correspondante tel qu'indiqué sur le descriptif des garanties et mentionnés sur le site medicaments.gouv.fr.

Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.

29.2 - Pièces à fournir

- décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.
- volet 2 de la facture subrogatoire en cas de tiers payant par l'assurance maladie obligatoire.
- facture pharmacie hospitalière (titre de recette).

Article 30 – Prestations accordées : dentaire

30.1 - Définition

La mutuelle prend en charge au titre des soins dentaires, les actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (CCAM) et pratiqués hors hospitalisation :

- des chirurgiens-dentistes spécialisés (spécialité 19),
- des dentistes spécialisés (spécialité 36),

- des stomatologues (spécialité 18).

Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie pour :

- les soins dentaires,
- les prothèses dentaires acceptées par l'assurance maladie obligatoire,
- les traitements d'orthodontie acceptés par l'assurance maladie obligatoire,
- les traitements d'orthodontie refusés par l'assurance maladie obligatoire,
- les prothèses dentaires non remboursées par l'assurance maladie obligatoire,
- les implants dentaires non remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

30.2 - Pièces à fournir pour les prothèses acceptées

- décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire.
- facture consultation externe (titre recette).

30.3 - Pièces à fournir pour les prothèses refusées

La facture acquittée du dentiste comprenant :

- la cotation de l'acte si inscrit à la CCAM ou la mention HN.
- le numéro de la dent.
- le montant total des honoraires détaillant le montant à charge du patient.

Article 31 – Prestations accordées : optique

31.1 - Définition

La mutuelle prend en charge, au titre de l'optique, les fournitures inscrite au titre II – chapitre 2 au tarif interministériel des prestations sanitaires (LPP).

Cette prise en charge comprend :

- les fournitures prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (verres, montures, lentilles),
- les lentilles de contact non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le taux de remboursement, et éventuellement un forfait pour chaque type de prestation, est indiqué sur le descriptif de la garantie.

La prise en charge de la mutuelle est limitée à un équipement (une monture et deux verres) par période de deux ans (mois glissant) pour les adultes ou à un équipement par période de un an (mois glissant) pour les enfants de moins de 18 ans et en cas d'évolution de la vue.

Les lentilles couleur sont exclues.

Le traitement de la myopie par technique laser fait l'objet d'un remboursement par œil et par an sur présentation d'un justificatif de la dépense.

31.2 - Pièces à fournir pour les actes pris en charge par l'assurance maladie obligatoire

- décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire,
- facture détaillée du fournisseur entre verres et monture,
- la prise en charge de la mutuelle si elle est exigée.

Pour les actes non pris en charge par l'assurance maladie :

- la prescription médicale (facultative),
- la facture détaillée du fournisseur,
- la facture des honoraires pour le traitement laser de la myopie.

31.3 - Pièces à fournir pour les actes non pris en charge

- la prescription médicale,
- la facture détaillée du fournisseur.

Article 32 – Prestations accordées : appareillage

32.1 - Définition

La mutuelle prend en charge, au titre de l'appareillage, les dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie figurant au LPP, soit :

- orthopédie,
- prothèses auditives,

Le taux de remboursement est indiqué sur le descriptif de la garantie.

32.2 - Pièces à fournir

- le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire,
- la facture détaillée du fournisseur.

Article 33 – Prestations accordées : cure thermale

33.1 - Définition

La mutuelle prend en charge, au titre des cures thermales, les frais de pratique thermale (traitement d'hydrothérapie et éventuellement forfait "kinésithérapie") et les honoraires médicaux de surveillance et pratiques médicales complémentaires prévus à la CCAM.

Les cures effectuées en hospitalisation sont exclues.

Les frais de transport et d'hébergement liés à la cure sont indemnisés par le versement d'un forfait indiqué sur le descriptif de la garantie.

Le taux de prise en charge et éventuellement le forfait supplément (avec hébergement, transport) sont précisés sur le descriptif de la garantie.

33.2 - Pièces à fournir

- Le décompte du régime obligatoire pour les honoraires médicaux et les frais de pratique thermale,
- La facture de l'établissement afférente aux frais de pratique thermale en cas de tiers payant pour la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire,
- Le justificatif de frais de transport et d'hébergement pour le versement du forfait.

Article 34 – Prestations accordées : hospitalisation médicale

34.1 - Définition

La mutuelle prend en charge, au titre de l'hospitalisation médicale, les hospitalisations ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. La mutuelle n'intervient qu'après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

La prise en charge comprend :

- les frais de séjour : l'hospitalisation peut avoir lieu, soit dans l'hôpital public, soit dans un établissement privé, agréé par la Sécurité Sociale. Sont également pris en charge les séjours en maison de convalescence faisant immédiatement suite à une hospitalisation médicale ou au plus tard, dans un délai maximum de six jours après la sortie, lorsque ces séjours sont prescrits par le médecin hospitalier. La durée maximum indemnisée par la mutuelle correspond à celle accordée par le contrôle médical du régime obligatoire.
- le forfait journalier : la mutuelle rembourse le montant de la participation aux frais d'hospitalisation laissé à la charge du malade en matière de forfait journalier. Ce montant correspond au tarif en vigueur lors de la dernière assemblée générale. La durée et illimitée.
- la chambre particulière : le montant de la prise en charge et sa durée sont indiqués sur le descriptif de la garantie.
- les frais d'accompagnant : pour les enfants de moins de seize ans, l'hébergement et le repas d'un accompagnant sont pris en charge par la mutuelle selon les conditions indiquées sur le descriptif de garanties.

- les honoraires médicaux : les honoraires des médecins et auxiliaires médicaux intervenant pendant la durée de l'hospitalisation. Le taux de prise en charge par la mutuelle et indiqué sur le descriptif de la garantie.
- le transport : les frais de transport du malade en entrée et sortie d'hospitalisation. Le taux de prise en charge par la mutuelle est indiqué sur le descriptif de la garantie.

La prise en charge ne comprend pas :

- les séjours en maison de retraite.
- les séjours dans les établissements spécialisés à caractère social avec hébergement, par exemple les établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.
- tous les actes, examens, traitements pharmaceutiques dispensés avant ou après l'hospitalisation.
- les appareils de prothèse et d'orthopédie.
- les cures thermales et climatiques, sauf dans le cas où le malade est effectivement hébergé dans un hôpital thermal.

34.2 - Pièces à fournir

- La demande de prise en charge, sauf disposition particulière avec les établissements conventionnés par la mutuelle.
- La facture acquittée de l'établissement.
- Les justificatifs des frais d'accompagnant (détaillés par journée).
- Le refus du transport par l'assurance maladie obligatoire et facture acquittée du transporteur.

Article 35 – Prestations accordées : hospitalisation chirurgicale

35.1 - Définition

La mutuelle prend en charge, au titre de la chirurgie, les frais occasionnés par toute intervention chirurgicale correspondant à des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels désignés par les lettres clé ADC – ADA dont le coefficient est supérieur ou égal à 1.

La prise en charge chirurgie comprend :

- les frais de séjour : l'hospitalisation peut avoir lieu dans un établissement public ou privé agréé par la Sécurité Sociale. Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.
- le forfait journalier : la mutuelle rembourse le montant de la participation aux frais d'hospitalisation laissé à charge du malade en matière de forfait journalier. Le montant est fixé selon le tarif en vigueur lors de la dernière assemblée générale. La durée est illimitée.
- la chambre particulière : le montant de la prise en charge et sa durée sont indiqués sur le descriptif de garantie.
- les frais d'accompagnant : pour les malades âgés de moins de seize ans, l'hébergement et le repas d'un accompagnant, pendant le séjour en service chirurgie, sont pris en charge par la mutuelle selon les conditions indiquées sur le descriptif de garanties. Pour les malades âgés de plus de seize ans, l'hébergement et le repas d'un accompagnant sont pris en charge selon les conditions indiquées sur le descriptif de garanties. Le séjour de l'accompagnant doit précéder ou suivre immédiatement le jour de l'intervention.
- les honoraires médicaux : ce sont les honoraires des médecins et auxiliaires médicaux intervenant pendant la durée de l'hospitalisation. Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.
- les frais de transport : transport du malade "entrée" et "sortie" d'hospitalisation. Le taux de prise en charge est indiqué sur le descriptif de la garantie.
- les soins préopératoires : les actes, examens, et hospitalisations préopératoires éventuels, sont pris en charge dans les mêmes conditions que l'intervention chirurgicale s'ils interviennent dans les trois mois qui la précèdent.
- les soins postopératoires : la mutuelle prend en charge, dans les mêmes conditions que l'intervention chirurgicale les actes et examens de contrôle prescrits et pratiqués par le chirurgien dans les deux mois qui suivent l'intervention chirurgicale.

Peuvent également être pris en charge les frais de rééducation exécutés dans les six mois suivant l'intervention, ainsi que les séjours en maison de convalescence faisant immédiatement suite à l'intervention chirurgicale. La durée du séjour indemnisée par la mutuelle est cependant limitée à trente jours.

La prise en charge ne comprend pas les interventions chirurgicales dites "esthétiques" sauf si consécutives à un accident

35.2 - Pièces à fournir

- La demande de prise en charge, sauf disposition particulière avec les établissements conventionnés par la mutuelle.
- La facture acquittée de l'établissement.
- Les justificatifs des frais d'accompagnant (détaillés, par journée).
- Le refus du transport par l'assurance maladie obligatoire et facture acquittée du transporteur.

Article 36 – Prestations accordées : indemnités diverses

36.1 - Prothèse capillaire et mammaire

La mutuelle verse un forfait lors de l'achat de matériel d'aide à la vie. Elle intervient après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, sous forme de forfait, dans la limite de la dépense engagée (en sus du ticket modérateur éventuellement). Le montant du forfait est indiqué sur le descriptif de la garantie.

La copie de la facture acquittée et le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire sont à fournir en pièces justificatives.

36.2 - Amniocentèse

La mutuelle intervient, après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, dans la limite de la dépense engagée (en sus du ticket modérateur éventuel).

Elle intervient pour les interventions pratiquées sur des patientes à partir de l'âge de trente cinq ans, dans la limite de la dépense engagée.

La copie de la facture acquittée et le décompte de remboursement de l'assurance maladie obligatoire (éventuellement) sont à fournir en pièces justificatives.

36.3 - Sevrage anti-tabac sous prescription médicale

La mutuelle verse un forfait lors de l'achat de produits aux fins de sevrage tabagique. Elle intervient selon le montant forfaitaire annuel défini sur le descriptif de la garantie. La période annuelle s'entend par année civile. Les documents à fournir sont indiqués sur le descriptif de la garantie.

36.4 - Psychomotricité

Les soins de psychomotricité effectués chez les psychomotriciens libéraux sont pris en charge pour les enfants dans la limite d'un montant précisé dans le descriptif de garantie et sur présentation de la facture acquittée.

36.5 - Indemnité naissance

La mutuelle verse une participation indemnitaire liée aux frais occasionnés par la naissance ou l'adoption d'un enfant. L'enfant doit être inscrit à la mutuelle dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption. L'indemnité est versée au membre participant couvrant l'enfant.

L'indemnité et les avantages sont précisés sur le descriptif de la garantie.

La photocopie du bulletin de naissance et ou du livret de famille sont à fournir en pièces justificatives.

Chaque année, l'Assemblée générale se prononce sur la poursuite de la garantie, sur le montant de la cotisation et sur le montant de l'indemnité naissance offerte pour l'année suivante.

36.6 - Indemnité obsèques

En cas de décès d'un membre participant ou d'un de ses ayants droit, la mutuelle verse, sur présentation du bulletin de décès, de la facture acquittée des pompes funèbres et de l'attestation de porte-fort, une indemnité à la personne ayant supporté les dépenses.

En cas de succession assurée par un notaire, le versement peut lui être effectué directement.

L'indemnité dont le montant est précisé dans le descriptif de la garantie, est versée dans la limite des frais engagés. Chaque année, l'Assemblée générale se prononce sur la poursuite de la garantie, sur le montant de la cotisation et sur le montant de l'indemnité obsèques offerte pour l'année suivante.

Article 37 – Prestations particulières accordées par la mutuelle : prestations en inclusion

La mutuelle peut présenter des garanties dont le risque est porté par un autre organisme mutualiste. Elle agit comme intermédiaire mutualiste, conformément aux dispositions prévues à l'article L221.3 du code de la mutualité.

Article 37.1 - Garanties assistance

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également de la garantie d'assistance. Elle a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - CS 34427 - 44124 Vertou Cedex - numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Une notice d'information spécifique à ces garanties est remise à l'adhérent.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur.

Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

D. CHAPITRE II – INFORMATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS

Article 38 – Information des membres participants dans le cadre d'opérations individuelles

Pour les opérations individuelles, la mutuelle remet au membre participant ou futur membre participant, avant signature du contrat, un bulletin d'adhésion, les statuts, et le règlement mutualiste ou une fiche d'information sur le contrat qui décrit précisément leurs droits et obligations réciproques.

Un délai, fixé par ce décret, doit s'écouler entre la remise de ces documents et la signature du bulletin d'adhésion.

Article 39 – Information des membres participants dans le cadre d'opérations collectives

Dans le cadre des opérations collectives, la mutuelle établit une notice qui définit les garanties prévues par les opérations collectives et leurs modalités d'entrée en vigueur, ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque. Elle précise également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de garantie ainsi que les délais de prescription.

L'employeur ou la personne morale est tenu de remettre cette notice et les statuts de la mutuelle à chaque membre participant.

Lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'employeur ou la personne morale est également tenu d'informer chaque membre participant en lui remettant une notice établie à cet effet par la mutuelle.

Pour les opérations collectives facultatives, tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications à l'exception des contrats souscrits par la mutuelle au profit des membres auprès d'un autre organisme mutualiste dans les conditions prévues à l'article L211.3 du code de la mutualité.

La preuve de la remise de la notice et des statuts au membre participant et des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe à l'employeur ou à la personne morale.

Article 40 – Effet des décisions prises par l'assemblée générale

Les décisions régulièrement prises par l'assemblée générale de la mutuelle s'imposent à l'ensemble de ses membres. Les modifications des montants de cotisations ainsi que des prestations sont applicables dès qu'elles ont été notifiées aux adhérents.

Article 41 – Information relative aux modifications des statuts et règlements

Toute modification des statuts et règlement décidée par l'assemblée générale de la mutuelle doit être portée à la connaissance de ses membres. Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celles-ci au membre participant ou honoraire.

Lorsque l'engagement réciproque du membre participant et de la mutuelle résulte de la souscription d'un contrat collectif portant accord particulier, toute modification de celui-ci est constatée par un avenant signé des parties.

Article 42 – Médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement, le membre participant peut avoir recours au service interne de la mutuelle chargé du règlement des litiges.

En second recours, la médiation fédérale mutualiste peut être saisie par le membre participant ou par la mutuelle après épuisement des procédures internes de règlement des litiges propres à la mutuelle.

La médiation fédérale mutualiste ne peut être saisie lorsqu'une action contentieuse a été engagée.

Ce médiateur peut être saisi :

- Soit par courrier à l'attention de Monsieur le Médiateur de la Mutualité Française, FNMF, 255 rue Vaugirard, 75719 PARIS CEDEX 15.
- Soit directement sur le site du Médiateur <https://www.mediateur-mutualite.fr>

Article 43 – Interprétation

Les statuts, le règlement mutualiste ou la notice d'information, le bulletin d'adhésion ou le contrat collectif, le règlement intérieur, sont applicables par ordre de priorité décroissante.

Article 44 – Protection des données à caractère personnel

La Mutuelle, en tant que responsable de traitement, met en œuvre différents traitements de données à caractère personnel concernant l'adhérent et ses ayants-droits, y compris certaines données personnelles relatives à la santé, dont les finalités principales consistent à effectuer toutes les opérations nécessaires à la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de ses engagements contractuels, ainsi que toute opération relative à l'organisation de la vie institutionnelle relevant des statuts. La Mutuelle sera également susceptible de les utiliser pour :

- le recouvrement et le contentieux ;
- son dispositif de lutte contre les fraudes, incluant le contrôle, le traitement des soupçons de fraude et les fraudes avérées ;
- le respect de ses obligations légales et réglementaires existantes ou à venir et notamment la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme ;
- dans les conditions fixées par la réglementation, la prospection commerciale, y compris l'analyse à des fins d'évaluation et de personnalisation du parcours client, ou d'amélioration de nos offres ;
- toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données de l'adhérent et ses ayants droit peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent et ses ayants droit pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier (par exemple en enregistrant leurs adresses email s'ils ont écrit un courrier électronique). Les données personnelles de l'adhérent et de ses ayants droit seront conservées le temps nécessaire à la réalisation de ces différentes finalités et au respect des différentes dispositions légales relatives à la prescription ou à toute autre durée spécifique fixée par l'autorité de contrôle

dans un référentiel sectoriel (normes pour le secteur assurance). Elles sont destinées aux personnels habilités de la Mutuelle et, dans la stricte limite des finalités citées ci-dessus, sont susceptibles d'être transmises aux sous-traitants, partenaires et organismes professionnels habilités par la Mutuelle et contribuant à la réalisation de ces finalités. Elles peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et règlementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales. L'adhérent et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de leurs données personnelles, ainsi que du droit de définir des directives relatives à leur sort après leur décès. Ils disposent en outre d'un droit à la limitation des traitements et d'un droit d'opposition (par ex. le droit de s'opposer à l'utilisation de ses données personnelles à des fins de prospection commerciale et/ou de profilage), dans les limites des intérêts légitimes de la Mutuelle. Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent et ses ayants droit peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière. Par ailleurs, ils peuvent également à tout moment s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique (bloctel. gouv.fr).

L'adhérent et ses ayants droit peuvent exercer leurs droits auprès du Responsable Protection des données - Data Protection Officer - de la Mutuelle par mail à l'adresse mail du DPO ou par courrier postal adressé à « Mutuelle Groupe LA DEPECHE DU MIDI- Service DPO – rue JEAN BAYLET – 31000 TOULOUSE », en joignant à leur demande une copie de leur justificatif d'identité. En cas de réclamations relatives au traitement de leurs données personnelles et à l'exercice de leurs droits, ils peuvent décider de saisir la Commission Nationale Informatique et Libertés - CNIL - 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 Paris cedex 07 (www.cnil.fr.).

Article 45 – Échange de données informatisées

L'adhérent et ses ayants droit sont référencés dans les fichiers de l'Assurance maladie et peuvent bénéficier des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et leur caisse d'Assurance maladie dans le cadre des conventions passées entre ces deux organismes.

Les adhérents ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance maladie obligatoire, en exprimant leur refus au moyen d'une lettre adressée à la Mutuelle.

Article 46 – Autorité de Contrôle Prudentiel

Conformément au Code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située 4 place de Budapest 75436 PARIS Cedex 09.

TITRE III – FONDS SOCIAL

Article 47 – Fonds social mutualiste

Des secours exceptionnels peuvent être accordés par le conseil d'administration aux membres participants et à leurs ayants droits pour des besoins urgents et notamment dans des situations difficiles liées à la maladie ou à l'accident, ou pour des dépenses de santé onéreuses non prises en charges par la mutuelle au titre des garanties. Les modalités de fonctionnement du fonds social sont déterminées dans le règlement de fonds social.