

CONDITIONS GENERALES

VALANT NOTICE D'INFORMATION

Votre contrat santé / Activance Santé TNS

Travailleur non salarié

PREAMBULE

Les présentes conditions générales valant notice d'information ont pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrite par l'Association Nationale Inter-professionnelle de Prévoyance en faveur de ses membres auprès de la mutuelle Groupe Smiso Mutuelle des Cadres.

Les intervenants :

- L'ANIP, Association Nationale Interprofessionnelle de Prévoyance, association régie par la loi 1901, dont le siège social est situé au 15, rue Rouget de l'Isle 71300 MONTCEAU, association souscriptrice du contrat, ci-après dénommée « l'Association »,
- GSMC, Groupe Smiso Mutuelle des Cadres, Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité, inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro 324 310 614, dont le siège social est situé au 7/9, Place du Théâtre 59800 LILLE, organisme assureur du contrat, ci-après dénommée « la Mutuelle »,
- Membre participant : Personne qui, sous réserve des dispositions relatives aux conditions d'adhésion prévues ci-dessous, adhère à l'Association et au présent contrat.
- Cette qualité permet au membre participant de bénéficier de droits politiques décrits dans les statuts de la Mutuelle qui lui sont remis lors de son adhésion. Ce dernier peut donc élire ses Délégués à l'Assemblée générale ou se porter candidat pour y être élu.

La présente notice d'information est établie conformément aux dispositions de l'article L. 221 – 6 du Code de la mutualité. L'association ANIP et la Mutuelle peuvent d'un commun accord réviser tout ou partie du contrat souscrit. Toute modification des droits et obligations des membres participants sera portée par écrit à leur connaissance. Tout membre participant peut alors, dans un délai d'un mois à compter de la remise de la notice, dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.

Conditions d'adhésion :

Peuvent adhérer à ce contrat les personnes ayant au plus 75 ans et bénéficiant de la qualité de travailleur indépendant ou d'artisan ou de commerçant ou de gérant non-salarié d'une société ou exerçant une profession libérale et relevant d'un régime d'assurance maladie obligatoire pour les non-salariés non-agricoles.

Afin de bénéficier du régime fiscal de faveur « loi Madelin », issu de l'article 154 bis du Code Général des Impôts, les membres participants doivent être à jour du paiement des cotisations dues au titre de leurs régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse et adhérer auprès de l'Association visée ci-dessus. Cette adhésion se fait concomitamment à l'adhésion au présent contrat.

A ce titre, la Mutuelle établira annuellement une attestation, destinée à l'administration fiscale, précisant le montant des cotisations perçues par la Mutuelle au titre du contrat assuré sur une période déterminée.

Peuvent également adhérer à ce contrat, les personnes ayant la

qualité d'auto-entrepreneur, sans qu'elles puissent pour autant bénéficier du régime fiscal de la Loi Madelin. En effet, elles sont déjà éligibles à un régime fiscal de faveur, non cumulable avec celui du dispositif de l'article 154 bis du Code Général des Impôts.

DISPOSITIONS GENERALES

1. Contrat solidaire et responsable

Le contrat est solidaire car la Mutuelle ne pratique aucune sélection médicale.

Les garanties souscrites sont conformes au cahier des charges des « contrats responsables » tel que défini aux articles L871-1 et R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Dans ce cadre, les garanties comprennent la prise en charge :

1° de l'intégralité de la participation des assurés (ticket modérateur) sur les tarifs servant de base à la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé remboursées par cette dernière, notamment :

- les consultations et les actes réalisés par les professionnels de santé,
- les soins dentaires,
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale (verres et monture),
- les frais d'hospitalisation avec ou sans hébergement,

2° des dépassements tarifaires des médecins n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par la convention nationale médicale (avenant n° 8), dans la double limite :

- de 100 % du tarif de responsabilité (montant porté à 125 % pour les soins délivrés en 2016),
- et du montant pris en charge pour les dépassements des médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins minoré d'un montant au moins égal à 20 % du tarif de responsabilité,

Dans le cas où le médecin n'est pas conventionné par l'assurance maladie, la base de remboursement retenue pour ces dépassements sera le tarif d'autorité.

3° des dépenses d'acquisition d'équipements d'optique médicale à hauteur des minima et dans la limite des maxima fixés ci-dessous incluant le ticket modérateur visé et dans les conditions suivantes :

- a) Au minimum à 50 euros et au maximum à 470 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est comprise entre - 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries ;
- b) Au minimum à 125 euros et au maximum à 610 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au c ;

- c) Au minimum à 200 euros et au maximum à 750 euros par équipement à verres simple foyer dont la sphère est hors zone de - 6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et à verres multifocaux ou progressifs ;
- d) Au minimum à 125 euros et au maximum à 660 euros par équipement comportant un verre mentionné au a et un verre mentionné au f ;
- e) Au minimum à 200 euros et au maximum à 800 euros par équipement comportant un verre mentionné au c et un verre mentionné au f ;
- f) Au minimum à 200 euros et au maximum à 850 euros par équipement pour adulte à verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de - 8,00 à + 8,00 dioptries ou à verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de 4,00 à + 4,00 dioptries.

Pour l'application des maxima mentionnés, la prise en charge des montures au sein de l'équipement est limitée à 150 euros. Il est précisé que cette garantie s'applique, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de 24 mois. Cette période s'apprécie à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Par dérogation, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue (sur présentation soit d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit d'une prescription initiale comportant des mentions portées par l'opticien), la garantie s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

- 4° Du forfait journalier des établissements hospitaliers prévu à l'article L. 1744, sans limitation de durée, ainsi que de la participation forfaitaire de 18 € applicable aux actes affectés d'un coefficient égal ou supérieur à 60 ou d'un tarif égal ou supérieur à 120 euros.

Les garanties prévoient également la prise en charge d'au moins deux actes de prévention mentionnés dans le tableau descriptif des garanties.

L'article « Frais exclus de la garantie Frais médicaux » cite les actes, participations forfaitaires et majorations ne pouvant donner lieu à une prise en charge dans le cadre du cahier des charges des « contrats responsables ».

2. Délai de prescription

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

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (action en justice, reconnaissance du droit de celui contre lequel il est prescrit) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

3. Organisme de contrôle

Le présent contrat est soumis au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de Résolution, située au 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

4. Informatiques et libertés

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux informations données en réponse aux questions nécessaires à la souscription et à l'exécution du présent contrat.

Le membre participant et ses ayants droit autorisent la Mutuelle à communiquer ces informations à tout organisme appelé à connaître du présent contrat en raison de sa gestion ou de son exécution. Ces informations pourront également être traitées pour permettre à la Mutuelle de répondre à ses obligations légales et réglementaires dans le cadre de la lutte contre la fraude, le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Le membre participant et ses ayants droit disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes sur toutes les données personnelles les concernant auprès de la Mutuelle.

5. Fausse déclaration

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

6. Principe indemnitaire

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

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

7. Subrogation

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

8. Contrôle

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

La charge des vacations et honoraires du médecin chargé du contrôle est supportée par la Mutuelle.

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

9. Territorialité

Les soins couverts par les garanties de la Mutuelle doivent avoir été effectués en France. Les cotisations et les prestations sont versées en euros. Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ou postaux ouverts en France.

Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les sinistres ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire du membre participant ou de ses ayants droit. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français (notamment ceux résultant de la nomenclature des actes médicaux) pour le type d'actes ou de soins dont a bénéficié le membre participant ou un de ses ayants droit.

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

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

Pour les actes effectués à l'étranger et non pris en charge par le régime français d'assurance maladie obligatoire du membre participant, la Mutuelle ne prendra en compte que les actes qu'elle aurait indemnisés malgré l'absence de prise en charge par la Sécurité sociale si ces soins avaient eu lieu en France. Ce remboursement se fait uniquement sur la base des tarifs français.

Les pays qui ont fait l'objet d'une recommandation sécuritaire par le Ministère des Affaires Etrangères ou sanitaire, suite à une épidémie, pandémie à la date du départ de France ne sont pas couverts.

10. Répétition de l'indu

Les prestations versées à tort par la Mutuelle font l'objet

d'action en répétition dans les conditions prévues aux articles 1235 et 1376 et suivants du Code Civil dans les 2 années qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la Mutuelle qui peut, par ailleurs, exercer tous les moyens de droit aux fins de les recouvrer.

11. Réclamations – Médiation

Les membres participants ou les ayants droit de ce dernier peuvent adresser par courrier toute réclamation relative à leur adhésion à la Mutuelle. La Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf si elle a pu lui apporter une réponse avant) et traitera la réclamation dans un délai maximum de deux mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

Si la réponse apportée ne convient pas, et après épuisement des voies de recours internes de la Mutuelle, le membre participant ou les ayants droit de ce dernier, peuvent saisir gratuitement le collège des médiateurs de la FNIM.

La Mutuelle informe le demandeur de cette possibilité et communique les coordonnées du collège des médiateurs.

La Mutuelle ne peut saisir le collège des médiateurs qu'avec l'accord de la personne physique ou morale avec qui elle est en litige.

La médiation obéit aux règles de « la charte de médiation de la FNIM », qui est envoyée sur simple demande adressée à la Mutuelle.

Un même membre participant ou les mêmes ayants droit ne peuvent saisir le collège des médiateurs plus de deux fois par année civile.

Les décisions des commissions d'actions sociales, la motivation des résiliations des contrats ou adhésion, les décisions d'augmentation des cotisations et les procédures de recouvrement des cotisations ne peuvent faire l'objet d'un recours devant le collège des médiateurs.

ADHÉSION - CHOIX DES GARANTIES

12. Adhésion

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

C'est également sur ce bulletin d'adhésion que le membre participant choisit le régime de garantie destiné à le couvrir, la structure de cotisation retenue et la couverture ou non de ses ayants-droits.

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

Sauf mention particulière figurant sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet le premier jour du mois de réception de ce bulletin par la Mutuelle.

L'adhésion est conclue pour une durée minimale de 12 mois calendaires qui débute au 1er janvier de l'année suivant la prise d'effet du contrat, sauf première adhésion en cours d'année, puis elle se renouvelle tacitement chaque 1er janvier sauf utilisation par le membre participant de sa faculté de renonciation, dans les conditions prévues ci-après.

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

La renonciation doit être adressée par lettre recommandée avec avis de réception au « Service adhésion Mutuelle - HERON PARC 40 rue de la Vague CS20455 59658 Villeneuve d'Ascq », en utilisant le modèle ci-joint (cette demande doit être accompagnée de la carte de tiers payant pour être prise en compte) :

Je, soussigné (e), (nom, prénom) _____
déclare renoncer à ma demande d'adhésion ci-après :
- N° d'adhésion (ou joindre une copie du bulletin d'adhésion) : _____

Date de la demande d'adhésion : _____
Adresse : _____
Fait à _____ le : _____

Signature du membre participant : _____

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

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

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

14. Choix des garanties

Choix à l'adhésion

Lors de son adhésion, le membre participant indique sur son bulletin d'adhésion le niveau de garanties retenu pour lui et ses éventuels ayants-droits, parmi les 5 niveaux de garanties proposés (Niveau 1 à Niveau 5).

Changement de garanties

Le membre participant qui souhaite changer de niveau de garanties, pour lui et ses éventuels ayants droit, doit en faire la demande écrite auprès de la Mutuelle, et ce, avant le 31 décembre de chaque année.

L'adhésion à ces nouvelles garanties prend effet le 1er janvier de l'année suivante.

Le membre participant ne pourra demander à changer à nouveau de garantie pendant un délai de 2 ans.

Il peut demander à changer de niveau de garanties en cours d'année, en cas de changement de situation de famille (mariage, concubinage, PACS, naissance, divorce, décès, etc.). Ce changement prend effet au 1er jour du mois suivant cette demande de changement.

15. Affiliation des ayants-droits

Peuvent être affiliés, au choix du membre participant, à la Mutuelle au titre de son adhésion :

- son conjoint, concubin ou partenaire de PACS,
- et/ou ses enfants à charge tels que définis par l'article 7 des statuts de la Mutuelle.

Seront affiliés à la Mutuelle les ayants droit inscrits par le membre participant sur son bulletin d'adhésion.

En cas de changement de situation de famille, le membre participant qui souhaite affilier un nouvel ayant droit doit adresser sa demande écrite à la Mutuelle. L'affiliation du nouvel ayant droit prend effet le 1er jour du mois de réception de la demande d'affiliation, sous réserve du paiement de sa première cotisation.

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

16. Fin de l'adhésion

Évènements mettant fin à l'adhésion

L'adhésion du membre participant prend fin :

- le jour où il ne remplit plus les critères d'adhésion au régime de garanties qu'il a souscrit,
- le jour de son décès,
- le jour de son exclusion conformément à l'article 12 des statuts ⁽¹⁾,
- le jour où il n'est plus affilié à titre obligatoire à un régime d'assurance maladie des travailleurs non-salariés non agricoles,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de résiliation de son contrat par le membre participant,

Le membre participant qui souhaite mettre fin à son adhésion doit adresser sa demande de résiliation au siège de la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant la date d'échéance.

⁽¹⁾ Article 12 des statuts (extrait) : Sous réserve des dispositions propres aux opérations d'assurance exercées par les mutuelles régies par le livre II du code de la mutualité, peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement un préjudice dûment constaté aux intérêts de la mutuelle. Le membre dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

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

L'affiliation des ayants droit prend fin :

Pour tous les ayants droit :

- automatiquement au jour ou l'adhésion du membre participant prend fin,
- en cas de demande de leur part ou de la part du membre participant par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la Mutuelle.

Pour les conjoints :

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

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans un délai d'un mois de tout changement de sa situation personnelle (divorce, rupture de PACS, adjonction d'un ayant droit ...). Ce changement prendra effet le premier jour du mois suivant la demande de changement.

Pour les enfants à charge :

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

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

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans un délai d'un mois de tout changement de sa situation personnelle (divorce, rupture de PACS, adjonction d'un ayant droit ...). Ce changement prendra effet le premier jour du mois suivant la demande de changement.

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

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

COTISATIONS

18. Montant des cotisations

Le montant des cotisations afférentes à chaque niveau de garanties apparaît dans le tableau de garanties, annexé au présent contrat.

Le montant des cotisations varie en fonction des garanties souscrites, de la région où habitent le membre participant et ses ayants droit, et de l'âge du membre participant au 1^{er} janvier.

Le membre participant a le choix entre 3 structures de cotisations :

- Isolé (membre participant seul)
- Duo (membre participant et un ayant-droit)
- Famille (membre participant et ses ayants-droit).

Les cotisations peuvent faire l'objet, le cas échéant, d'une augmentation annuelle dont le montant sera porté à la connaissance du membre participant.

19. Paiement des cotisations

Procédure de paiement des cotisations

Le membre participant est débiteur de l'intégralité des cotisations dues à la Mutuelle au titre de son adhésion et de celle de ses éventuels ayants droit, y compris si son adhésion est résiliée en cours d'année.

Le paiement de la cotisation s'effectue mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire du membre participant.

En cas de non-paiement des cotisations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La Mutuelle a le droit de résilier sa garantie dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu à l'alinéa précédent.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

La mutuelle peut appliquer des majorations de retard en cas de non-paiement à la date d'échéance.

GARANTIES

20. Définition et niveau des garanties

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

Les types et niveaux de garanties dont bénéficient le membre participant et ses éventuels ayants droit sont décrits dans le tableau des garanties annexé au présent contrat.

21. Condition d'attribution des garanties

Nature du risque

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

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

Date de survenance

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

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

Pour les implants dentaires et les piliers dentaires, la date des soins retenue pour le paiement des prestations est celle de la pose de l'implant, même si le pilier dentaire est posé ultérieurement. Pour le remboursement de l'implant dentaire, les frais engagés du pilier (acte hors nomenclature) seront cumulés avec ceux de l'implant.

PRESTATIONS

22. Les remboursements

Procédure, documents exigés (maladie, maternité, accident)
Pour que le remboursement des frais médicaux engagés soit pris en charge par la Mutuelle, le membre participant doit lui adresser dès que possible :

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

Pour les ayants droit rattachés à une Caisse Primaire d'Assurance Maladie, les documents visés au 2, sauf refus de prise en charge par la Sécurité sociale, ne sont pas nécessaires au paiement des prestations en cas de télétransmission entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont relève le membre participant et/ou ses ayants droit et la Mutuelle. Dans ce cas le décompte de Sécurité sociale informe le bénéficiaire des soins que la demande de prestations a été effectuée directement auprès de la Mutuelle. Il est de la responsabilité du membre participant de s'assurer que son décompte comporte bien cette mention.

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.

23. Délai de transmission des documents

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

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

A défaut, l'intéressé se verra opposer la prescription prévue au présent contrat.

24. Frais garantis en cas d'hospitalisation

Afin que la Mutuelle prenne en charge les frais résultant d'une hospitalisation, le régime obligatoire d'assurance maladie doit avoir accordé sa prise en charge.

Dans ce cas, la Mutuelle prend en charge **dans les limites exprimées dans le tableau de garanties et selon le niveau de garanties retenu** :

- le ticket modérateur afférent aux actes médicaux dispensés à l'affilié, au frais de séjour et à la salle d'opération,
- le forfait journalier ; il est précisé que le forfait journalier hospitalier n'est pas pris en charge par la Mutuelle dans les cas suivants :
- lorsque le participant ou ses ayants droit séjournent dans une Maison d'Accueil Spécialisé (MAS),
- en cas d'accueil temporaire dans un centre médico-social,
- le supplément pour chambre particulière,
- les dépassements d'honoraires du chirurgien et de l'anesthésiste,
- les frais d'accompagnement d'un enfant jusqu'au 16ème anniversaire (hébergement de l'accompagnant dans la structure hospitalière et repas) dès le 1^{er} jour d'hospitalisation si l'hospitalisation dure au minimum 24 h.

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

En cas d'accouchement, peuvent être pris en charge en fonction des garanties souscrites et dans les limites prévues par celles-ci, les actes d'obstétrique et le supplément pour chambre particulière.

Sont exclus :

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

esthétique non pris en charge par la Sécurité sociale;

- les hospitalisations antérieures ou en cours à la date d'adhésion.

•

(*) il est précisé que ces hospitalisations ne donnent pas lieu à l'acquittement par l'assuré d'un forfait journalier ou d'un ticket modérateur.

25. Frais exclus de la garantie Frais médicaux

Ne sont pas garantis :

- les soins antérieurs à la date d'adhésion,
- les frais non pris en charge par la Sécurité sociale, sauf exceptions expressément mentionnées dans le tableau de garanties,
- la chirurgie esthétique,
- les actes hors nomenclature Sécurité sociale ou hors classification commune des actes médicaux,
- la participation forfaitaire, prévue à l'article L.322-2 II du code de la Sécurité sociale, acquittée par le membre participant ou ses ayants droit pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin, en ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation, ainsi que pour tout acte de biologie médicale,
- la majoration du ticket modérateur appliqué au membre participant et/ou à ses ayants droit qui n'ont pas choisi de médecin traitant, tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la Sécurité sociale, ou qui ont consulté un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Une franchise égale au montant maximal de ce dépassement, dans la limite du dépassement réellement appliqué par le professionnel de santé, sera donc appliquée sur la prestation versée par la Mutuelle,
- le remboursement des franchises annuelles prévues au III de l'article L322-2 du code de la Sécurité sociale,
- la prise en charge des actes ou prestations pour lesquels le membre participant et/ou ses ayants droit n'ont pas accordé l'autorisation au professionnel de santé de consulter leur dossier médical personnalisé.

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

26. Remboursement des « médecins doux »

Les garanties souscrites peuvent prévoir le remboursement de tout ou partie des actes de professionnels de santé dont la spécialité ou la pratique ne fait pas l'objet actuellement d'une prise en charge par la Sécurité sociale.

Toutefois, afin de garantir une bonne qualité de soins au membre participant et à ses ayants droit, la Mutuelle ne verse des prestations que si le professionnel de santé répond aux conditions suivantes :

.

- Ostéopathe : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être titulaire d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou du droit d'user de ce titre, délivré par une autorité administrative en application des articles 9 ou 16 du décret 2007435 ;
- Chiropracteur : le professionnel de santé ayant pratiqué les soins doit être inscrit sur la liste de l'agence Régionale de la Santé répertoriant les praticiens habilités à faire usage de ce titre ;
- Homéopathe : celui-ci doit être un médecin diplômé inscrit au conseil de l'ordre des médecins ;
- Acupuncture : elle doit être pratiquée par un docteur en médecine, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste. La Mutuelle se réserve la possibilité de demander tous les justificatifs établissant la qualification et le statut du praticien ;
- Psychologue : il doit être titulaire du diplôme exigé par la loi 85.772 du 26 juillet 1985 ;
- Étiope : il doit être inscrit au Registre National des Étiope déposé au ministère en charge de la santé ;
- Pédiure-Podologue : il doit être inscrit au tableau de l'Ordre National des pédiures-podologues.

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

27. Prestation Allocation maternité

Cette prestation accessoire à la garantie « frais de soins de santé » souscrite par le membre participant vise à indemniser ce dernier des frais qui résultent d'une naissance ou d'une adoption plénière au sein de son foyer. Cette indemnisation s'effectue au moyen du versement d'une somme dont le montant est déterminé dans le tableau descriptif des garanties. Le paiement est effectué sur présentation des justificatifs mentionnés ci-dessus.

Seule la naissance d'un enfant du membre participant (*peu importe que le membre participant soit le père ou la mère*) **ouvre droit à prestation. De même en cas d'adoption plénière, l'enfant doit être adopté** par le membre participant. La Mutuelle se réserve le droit d'exiger tout justificatif nécessaire au versement de sa prestation.

28. Prestation Indemnité Journalière Hospitalisation (IJ Hospi)

Cette garantie accessoire et optionnelle à la garantie « frais de soins de santé » vise à renforcer la couverture hospitalisation en cas de maladie ou d'accident.

Cinq formules sont proposées par la Mutuelle et dont le versement de l'indemnisation débute au premier jour d'hospitalisation (si l'hospitalisation est supérieure ou égale à 24 heures) avec **un maximum de 90 jours d'indemnisation par année civile**.

29. Bénéficiaire des prestations

Ensemble des prestations hors « allocation maternité »

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

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

Allocation maternité

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