



# **GROUPE FRANCE MUTUELLE**

## **REGLEMENT MUTUALISTE OPERATIONS INDIVIDUELLES**

***Applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2018***

*(Validé en assemblée générale ordinaire du 15 juin 2017)*

***Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité***



## SOMMAIRE

<b>CHAPITRE 1 : GARANTIES</b> .....	<b>5</b>
Article 1 : Nature des garanties .....	5
1.1. Garanties frais de santé .....	5
1.2. Garantie d'assurance sur la vie (Obsèques) .....	5
1.3. Garanties en inclusion .....	5
Article 2 : Cadre législatif et réglementaire des garanties .....	5
2.1. Contrats solidaires et responsables .....	5
2.2. Base légale des garanties en inclusion .....	6
<b>CHAPITRE 2 : ADHESION</b> .....	<b>6</b>
Article 3: Personnes assurées .....	6
3.1. Membres participants .....	6
3.2. Ayants droit .....	7
3.3. Cas des tutelles et curatelles .....	8
Article 4 : Modalités d'adhésion .....	8
4.1. Information et enregistrement de l'adhésion .....	8
4.2. Délais de renonciation .....	8
Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion et délais d'attente .....	9
Article 6 : Durée de l'adhésion .....	9
Article 7: Evènements survenant en cours d'adhésion .....	10
7.1. Evolution des engagements à l'initiative de la mutuelle .....	10
7.2. Modification de garantie à l'initiative du membre participant et changement de situation .....	10
Article 8: Fin de l'adhésion .....	10
8.1. Résiliation de l'adhésion à l'initiative du membre participant et cessation des garanties .....	10
8.2. Nullité, radiation et exclusion du membre participant par la mutuelle .....	11
Article 9 : Incidence de la déclaration inexacte .....	12
Article 10 : Signature électronique et opposabilité des supports contractuels France Mutuelle .....	12
<b>CHAPITRE 3 : COTISATIONS</b> .....	<b>12</b>
Article 11 : Affectation et fixation des cotisations .....	12
Article 12 : Evolution des cotisations .....	13
Article 13 : Paiement des cotisations .....	13
13.1. Principe d'exigibilité annuelle .....	13
13.2. Modalités de règlement des cotisations .....	13
Article 14 : Incidents de paiement .....	13
Article 15 : Conséquences du défaut de paiement des cotisations .....	14
<b>CHAPITRE 4 : PRESTATIONS</b> .....	<b>14</b>
Article 16 : Montant ou taux et nature des prestations .....	14
Article 17 : Conditions de remboursements des garanties frais de santé .....	15
17.1. Conditions générales .....	15
17.2. Conditions spécifiques .....	15
Article 18 : Tiers payant .....	17
18.1. Le tiers payant généralisé .....	17
18.2. La carte de tiers payant France Mutuelle .....	18
Article 19 : Déclaration tardive des demandes de remboursement .....	18
Article 20 : Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés .....	18
Article 21 : Caractère indemnitaire des garanties frais de santé .....	18
Article 22 : Pluralité de garanties frais de santé .....	19
Article 23 : Fraude à l'assurance .....	19
Article 24 : Prestations indues .....	19
Article 25 : Télétransmission .....	19

Article 26 : Subrogation.....	20
Article 27 : Attribution d'aides à caractère social .....	20
Article 28 : Maîtrise des dépenses de santé - Réseau de soins .....	20
<b>CHAPITRE 5: DISPOSITIONS DIVERSES.....</b>	<b>20</b>
Article 29 : Informatique et Libertés.....	20
Article 30 : Prescription.....	21
Article 31 : Traitement des réclamations et saisine du médiateur.....	21
Article 32 : For juridique.....	22
Article 33 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution .....	22
<b>CHAPITRE 6 : DEFINITIONS.....</b>	<b>22</b>

# REGLEMENT MUTUALISTE GROUPE FRANCE MUTUELLE

## OPERATIONS INDIVIDUELLES

*Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du code de la mutualité*

Le présent règlement mutualiste comprenant les dispositions générales applicables à l'ensemble des garanties, produits et services de la mutuelle est adopté par le conseil d'administration de la mutuelle, conformément aux articles 6 et 33 des statuts de la mutuelle

Il définit le contenu et la durée, dans le cadre d'une adhésion individuelle, des engagements contractuels existant entre chaque membre et la mutuelle, en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la mutuelle.

Le présent règlement est complété par des règlements particuliers (aussi dénommés fiches d'information). La fiche d'information assure l'articulation des principes généraux fixés par le présent règlement avec le contenu précis de la garantie qu'elle régit.

## **CHAPITRE 1 : GARANTIES**

### **Article 1 : Nature des garanties**

#### **1.1. Garanties frais de santé**

Les garanties individuelles frais de santé proposées par France Mutuelle ont pour objet d'assurer au membre participant et à ses ayants droit, en cas de maladie, d'accident ou de maternité, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés, pendant la période de couverture, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

#### **1.2. Garantie d'assurance sur la vie (Obsèques)**

La garantie d'assurance sur la vie (Kalió Obsèques) proposée par France Mutuelle, permet en cas de décès du membre participant assuré, le versement d'un capital forfaitaire destiné au règlement des frais d'obsèques et en cas de reliquat, le versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Les conditions, limites, et modalités de ladite garantie figurent dans la fiche d'information correspondante à laquelle il convient nécessairement de se référer.

#### **1.3. Garanties en inclusion**

Le membre participant et ses ayants droit bénéficient de garanties autres que les garanties susvisées dans les conditions de l'article 2.2 visé ci-après.

### **Article 2 : Cadre législatif et réglementaire des garanties**

#### **2.1. Contrats solidaires et responsables**

Les garanties frais de santé proposées par la mutuelle, sauf exceptions précisées dans les règlements particuliers, s'inscrivent dans les dispositions de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie et du décret n°2014-1374 du 18 novembre 2014.

A ce titre lesdites garanties sont conformes au cahier des charges du contrat responsable et respectent:

- l'interdiction du questionnaire santé lors de l'adhésion ;
- l'interdiction de la prise en charge de la participation forfaitaire à 1€ pour chaque consultation et la franchise médicale applicable aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires ;
- l'interdiction de prise en charge de la majoration du ticket modérateur applicable aux assurés ayant consulté un médecin sans avoir préalablement choisi un médecin traitant ou sans prescription de ce dernier (respect du parcours de soins) ;
- Le remboursement minimum du ticket modérateur pour tous les actes de prévention pris en charge par la Sécurité sociale ;
- La prise en charge du ticket modérateur pour toutes les catégories de soins à l'exception des cures thermales, des médicaments remboursés à 30% et 15% et de l'homéopathie, sauf précision contraire dans le tableau des prestations,
- La prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée;
- La maîtrise des frais d'optique avec, soit une prise en charge du ticket modérateur soit des remboursements supérieurs mais strictement encadrés dans des minima et des maxima en fonction de la correction et de la complexité du verre correcteur ;
- Un remboursement différencié selon que le patient a consulté ou pas un médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

En cas de changement des dispositions législatives ou réglementaires relatives au cahier des charge du contrat responsable dont le respect conditionne le droit à une taxe sur les conventions d'assurance minorée, les changements des garanties concernées seront considérées comme immédiatement applicables nonobstant les clauses des règlements particuliers, dans l'attente de leur régularisation, celle-ci devant intervenir le plus rapidement possible.

Les membres participants seront tenus informés des modifications intervenues.

## **2.2. Base légale des garanties en inclusion**

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du code de la mutualité, lorsqu'en application d'une décision du conseil d'administration ratifiée par l'assemblée générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, l'ensemble des membres participants ou les catégories de membres couverts par le contrat sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la mutuelle.

## **CHAPITRE 2 : ADHESION**

### **Article 3: Personnes assurées**

#### **3.1. Membres participants**

Les membres participants de la mutuelle sont nécessairement des personnes physiques.

Peuvent acquérir la qualité de membre participant les personnes résidant régulièrement sur le territoire français.

La mutuelle intervient également au profit :

- Des ressortissants français et leurs ayants droit résidant ou étant détachés à l'étranger dès lors qu'ils cotisent à la Caisse des Français à l'étranger ou volontairement à une caisse obligatoire française d'assurance maladie.

- Des ressortissants d'un État membre de la Communauté Européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen, *via* la libre prestation de services.
- Des frontaliers, dès lors que leur régime obligatoire d'assurance maladie ressort du droit français, indépendamment de leur lieu de résidence.

La mutuelle intervient notamment en complément d'un régime obligatoire, de quelque nature qu'il soit.

### 3.2. Ayants droit

Est considérée comme ayant droit toute personne rattachée à un membre participant à l'un des titres suivants :

- conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité.

Le conjoint est l'époux ou épouse du membre participant, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, exerçant ou non une activité professionnelle.

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les conjoints de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le régime obligatoire de la Sécurité sociale.

Par concubinage on entend « l'union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple ».

Le partenaire est la personne liée au membre participant par un Pacte Civil de Solidarité – PACS, exerçant ou non une activité professionnelle. Le PACS est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil).

- Enfant(s) à charge

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants légitimes, naturels, reconnus adoptifs ou recueillis du membre participant, de son conjoint, à défaut de son partenaire ou concubin tels que défini par le présent règlement mutualiste, sous réserve qu'ils soient :

- âgés de moins de 20 ans et bénéficiant de prestations d'un contrat obligatoire d'assurance maladie sous le numéro d'immatriculation du membre participant, de son conjoint, partenaire ou concubin dès lors qu'il est lui-même ayant-droit ;
- âgés de moins de 28 ans et :
  - ✓ poursuivent leurs études (sous présentation d'un certificat de scolarité ou d'une carte d'étudiant)
  - ✓ poursuivent une formation en alternance (notamment contrat d'apprentissage ou de professionnalisation)
  - ✓ inscrit à Pôle Emploi comme primo-demandeur d'emploi sous réserve de la présentation d'une attestation Pôle Emploi de non indemnisation.

Ces enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du mois au cours duquel ils atteignent leur 20<sup>ème</sup> ou 28<sup>ème</sup> anniversaire.

- quel que soit leur âge, s'ils sont reconnus handicapés par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) avant leur 21<sup>ème</sup> anniversaire.

Les enfants sont réputés être ayant-droit au jour de leur naissance, dès lors que le parent membre participant qui procède à son inscription, délivre à la mutuelle, un acte de naissance dans les 3 mois à compter de sa naissance.

À leur demande, les mineurs de plus de seize ans peuvent être membres participants de la mutuelle sans intervention de leur représentant légal.

Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit de plus de seize ans sont identifiés de façon autonome par rapport au membre participant qui leur ouvre des droits et perçoivent à titre personnel les prestations de la mutuelle.

En ce qui concerne l'enfant issu d'un ayant droit mineur, il est prévu, postérieurement à la naissance, de scinder l'adhésion initiale de façon à conférer la qualité de membre participant à l'ayant droit mineur de plus de seize ans. Dès lors, le nouveau-né, le conjoint ou le concubin du mineur devenu membre participant acquiert la qualité d'ayant droit.

- **Foyer**

Constitue un foyer tel que visé par le présent règlement mutualiste le membre participant ainsi que ses ayants droit définis ci-dessus.

### **3.3. Cas des tutelles et curatelles**

Des adhésions peuvent également être réalisées à la demande des services sociaux pour des personnes relevant de l'aide sociale. Il en est de même pour ce qui relève des tutelles et curatelles. Les documents justificatifs doivent être joints lors de l'adhésion et renouvelés aux périodes prévues.

## **Article 4 : Modalités d'adhésion**

### **4.1. Information et enregistrement de l'adhésion**

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

La mutuelle remettra avant la signature, dans le respect du délai réglementaire, un bulletin d'adhésion, les statuts, le règlement mutualiste ainsi que la fiche d'information relative à la garantie souhaitée par le membre participant.

Le bulletin d'adhésion comporte notamment la date d'effet de l'adhésion, le nom et le niveau de garantie choisi.

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues et dès réception par la mutuelle, des pièces obligatoires mentionnées au bulletin d'adhésion. En cas de paiement fractionné, l'adhésion est parfaite lors de l'encaissement du 1<sup>er</sup> versement.

Chaque membre participant se voit communiquer, dès la confirmation de son adhésion, les conditions particulières de la garantie qu'il a souscrite. Celles-ci comprennent notamment un numéro d'adhérent, référence unique et spécifique à la mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la mutuelle.

### **4.2. Délais de renonciation**

Les délais de renonciation sont ceux prévus par la loi :

- quatorze (14) jours dans le cadre du démarchage à domicile,
- quatorze (14) jours dans le cadre de la vente à distance.

Constitue une fourniture d'opérations d'assurance à distance, telle que définie par l'article L. 221-18 du code de la mutualité, la fourniture d'opérations d'assurance auprès d'un souscripteur, personne physique, qui agit en dehors de toute activité commerciale ou professionnelle, dans le cadre d'un système de vente ou de prestation de services à distance organisé par la mutuelle ou l'intermédiaire d'assurance qui, pour ce contrat, utilise exclusivement des techniques de communication à distance jusqu'à, y compris, la conclusion du contrat.

Il est précisé que les règles concernant la fourniture d'opération d'assurance à distance :

- ne s'appliquent qu'au premier contrat, pour les contrats à durée déterminée suivis d'autres contrats de même nature, échelonnés dans le temps, sous condition que pas plus d'un an ne se soit écoulé entre deux contrats ;



→ ne s'appliquent qu'en vue et lors de la conclusion du contrat initial, pour les contrats renouvelables par tacite reconduction.

Ces délais courent à compter de la date de signature du contrat ou du bulletin d'adhésion. Dans le cas d'adhésion par Internet, ce délai quatorze (14) jours court à compter de l'enregistrement de l'adhésion réalisée par le souscripteur (clic).

S'il fait usage de son droit de renonciation, le membre participant devra rembourser les prestations versées par la mutuelle dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la notification de la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception.

La mutuelle s'engage à rembourser dans ce même délai les cotisations réglées.

- trente (30) jours calendaires à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet pour la souscription d'engagements d'assurance vie. La mutuelle devra restituer les sommes perçues dans un délai de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

La lettre de renonciation doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse indiquée en dernière page du présent règlement mutualiste.

Le modèle ci-dessous peut être utilisé pour renoncer à l'adhésion à la mutuelle :

*« Je soussigné(e) (Nom, Prénom), demeurant à (Adresse complète) vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom de la garantie souscrite et des options) que j'ai souscrit le (date).  
À (lieu de résidence) Le (date du jour) Signature »*

## **Article 5 : Prise d'effet de l'adhésion et délais d'attente**

L'adhésion prend effet le 1<sup>er</sup> d'un mois et au plus tôt le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception par la mutuelle du bulletin d'adhésion signé par le membre participant. Elle est parfaite lors de l'encaissement du 1<sup>er</sup> versement par le débit immédiat du compte du nouveau membre participant.

Sous réserve des éventuels délais d'attente précisés dans la fiche d'information, les garanties s'appliquent à la date d'effet de l'adhésion.

Le nouveau membre participant est exempté des délais d'attente indiqués sur le tableau des prestations de la fiche d'information lorsqu'il produit, à l'appui de la souscription de son bulletin d'adhésion, un certificat de radiation du précédent organisme assureur datant de moins de trois (3) mois à compter de la fin de couverture.

Tout nouvel ayant droit bénéficie de l'application immédiate des garanties dès lors qu'il est rattaché (mariage, pacs, concubinage, adoption, naissance) à un membre participant déjà existant pour lequel les délais d'attente ont pris fin.

## **Article 6 : Durée de l'adhésion**

L'adhésion individuelle à la mutuelle court à compter de la date d'effet fixée à l'article 5 susvisé pour expirer le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 8 du présent règlement.

L'adhésion est maintenue tant que le membre participant s'acquitte de ses cotisations, quelle que soit la garantie souscrite.

## **Article 7: Evènements survenant en cours d'adhésion**

### **7.1. Evolution des engagements à l'initiative de la mutuelle**

Toute modification des statuts, règlements et garanties décidée par l'assemblée générale ou le conseil d'administration, prend effet dès lors qu'elle est portée à la connaissance des membres participants.

Chaque garantie peut être modifiée à tout moment par le conseil d'administration qui prend sa décision au regard des principes fixés par l'assemblée générale.

### **7.2. Modification de garantie à l'initiative du membre participant et changement de situation**

Le membre participant a l'obligation, au long de son adhésion, de déclarer à la mutuelle tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'assurance maladie obligatoire français dans un délai d'un (1) mois à compter de sa survenance.

Des modifications peuvent intervenir à la demande écrite des intéressés (modification des bénéficiaires, changement de situations diverses, etc.).

Pour être régulièrement pris en compte, ces changements doivent être justifiés.

Les changements de garanties (à la baisse ou à la hausse) ne peuvent s'opérer qu'au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année à condition d'être garanti depuis une année civile a minima dans la garantie antérieure (sauf changement de situation personnelle tel que défini ci-dessous).

Le changement est possible en cours d'année en cas de :

- Divorce ou rupture de PACS de l'assuré principal
- Mariage ou PACS de l'assuré (cas envisageable où le (la) conjoint(e) est bien assuré (e) ailleurs et donc l'adhérent demande une réduction de son niveau actuel de garantie)
- PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) de l'assuré (sur présentation de justificatifs CPAM)
- Décès d'un bénéficiaire
- Naissance

Sauf indication contraire portée dans la fiche d'information, les changements et modifications susvisées ne peuvent intervenir qu'au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande. Les éventuels délais d'attente définis à l'article 5 du présent règlement seront appliqués sur les prestations améliorées. Le membre participant conserve pendant ce délai le droit à ses anciennes prestations.

## **Article 8: Fin de l'adhésion**

### **8.1. Résiliation de l'adhésion à l'initiative du membre participant et cessation des garanties**

#### **• Résiliation à l'échéance**

Le membre participant peut mettre fin à l'adhésion en fin d'année civile, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la mutuelle au moins deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année civile en cours.

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt (20) jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée avec accusé de réception, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain du jour suivant la réception du courrier par la mutuelle.

- **Dérogation**

Il est dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle lorsqu'un membre participant présente tout justificatif de l'obligation d'adhésion à un régime d'assurance complémentaire santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire. Dans ce cas, le membre participant fera la demande par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard trois (3) mois après son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire. Cette résiliation entraînera la radiation du contrat du membre participant et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle. La résiliation est effective le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la réception du courrier par cette dernière.

- **Décès du membre participant**

Les membres participants ou bénéficiaires cessent d'être garantis lors de leur décès.

La fraction de cotisation afférente à la période postérieure à la date de décès est alors remboursée par la mutuelle.

En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après acceptation et signature de l'avenant correspondant, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du conjoint.

- **Effets**

Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, doit être remboursée au membre participant, dans un délai de trente (30) jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet.

La résiliation entraîne à sa date d'effet la cessation des garanties.

Dès la cessation des garanties, le membre participant s'engage à ne plus utiliser et à restituer ses cartes de tiers payant à la mutuelle au plus tard dans les cinq (5) jours suivant la date d'effet de la fin de son adhésion. Dans le cas de non restitution et/ou d'utilisation frauduleuse de sa ou ses carte(s), le membre participant radié et ses ayants droit s'expose(nt) à des poursuites judiciaires.

## **8.2. Nullité, radiation et exclusion du membre participant par la mutuelle**

- **Radiation du membre participant pour défaut de paiement des cotisations**

La mutuelle peut résilier la garantie et procéder à la radiation du membre participant en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 15 du présent règlement.

- **Nullité pour fausse déclaration intentionnelle et exclusion**

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

Peuvent être exclus les membres qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle.

Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le conseil d'administration dans les conditions fixées par les statuts et le règlement intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. La décision du conseil d'administration est notifiée selon les modalités stipulées au règlement intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification.

L'exclusion n'emporte pas renonciation par la mutuelle aux voies de recours qui lui sont ouvertes par la législation en vigueur à l'encontre du membre exclu. L'exclusion ne donne pas droit au remboursement des cotisations versées.

### **Article 9 : Incidence de la déclaration inexacte**

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité de la garantie. Si elle est constatée :

- avant toute réalisation du risque, la mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements moyennant une augmentation de cotisation.

À défaut d'accord du membre participant, la garantie prend fin dix (10) jours après notification qui lui sera adressée par lettre recommandée avec accusé de réception. La mutuelle lui restituera la fraction de cotisation(s) payée(s) pour le temps où la garantie ne court plus.

- après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### **Article 10 : Signature électronique et opposabilité des supports contractuels France Mutuelle**

La signature électronique proposée par France Mutuelle, constitue un procédé technologique d'identification de l'adhérent qui accepte de donner son consentement en ligne pour l'adhésion de la garantie d'assurance. Elle permet d'établir un lien entre l'assuré, son consentement et la garantie d'assurance (bulletin d'adhésion, règlement mutualiste, fiche d'information, statuts de la mutuelle) souscrit en ligne, auquel ce dernier se rattache.

Elle permet également de garantir l'authenticité et l'intégrité de l'ensemble des informations fournies à l'assuré, dont les supports contractuels (bulletin d'adhésion, règlement mutualiste, fiche d'information) via le site France Mutuelle, à l'adresse e-mail et/ou sur son espace personnel, conservées dans les systèmes de gestion de France Mutuelle ou de ses prestataires.

Il est précisé que le paiement en ligne et l'utilisation de la signature électronique valent consentement de la part de l'assuré à la conclusion de la garantie d'assurance.

Ces informations ont seules valeur probante en cas de contestation de l'assuré sur leur contenu (devis, bulletin d'adhésion, règlement mutualiste, fiche d'information), leur durée de validité ou le tarif de la garantie d'assurance et lui seront seules opposables.

## **CHAPITRE 3 : COTISATIONS**

### **Article 11 : Affectation et fixation des cotisations**

La cotisation est affectée à la couverture des prestations assurées directement ou indirectement par la mutuelle.

À cette cotisation peuvent s'ajouter les cotisations spéciales destinées soit à un organisme fédéral, soit à des organismes techniques publics ou privés, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts ou règlements de ces organismes.

En plus de sa cotisation, le membre participant s'acquitte des impôts, taxes, prélèvements divers dans les conditions prévues par les textes législatifs et réglementaires et dont la mutuelle est chargée du recouvrement.

La mutuelle ne peut moduler les montants des cotisations qu'en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à cette dernière, du régime de Sécurité sociale d'affiliation, du lieu de résidence, du nombre d'ayants droit, de l'âge des membres participants ou de leur situation familiale.

La mutuelle s'interdit de recueillir des informations à caractère purement médical auprès de ses membres participants ou des personnes souhaitant adhérer dans le but de fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.

## **Article 12 : Evolution des cotisations**

Les montants ou taux de cotisations sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur, des dispositions générales de la Sécurité sociale et de ses bases de remboursement en vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la mutuelle pourra procéder sans délai à leur révision.

Les ajustements de cotisations votés par le conseil d'administration de la mutuelle seront portés à la connaissance du membre participant conformément aux dispositions de l'article 7.1 énuméré ci-avant. Par leur notification, ils s'imposeront alors à celui-ci.

## **Article 13 : Paiement des cotisations**

### **13.1. Principe d'exigibilité annuelle**

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle exigible d'avance. Toutefois, à la demande du membre participant, son règlement peut être fractionné selon les modalités exposées ci-dessous.

### **13.2. Modalités de règlement des cotisations**

A l'exception du premier règlement qui parfait l'adhésion, les cotisations peuvent être acquittées en fonction du fractionnement possible retenu (mensuel, trimestriel, semestriel ou annuel), à la date d'exigibilité fixée lors de l'adhésion, dans les conditions particulières.

Le paiement s'effectue au moyen d'un prélèvement automatique au débit du compte du membre participant ou par virement, par chèque bancaire ou postal, par mandat cash ou carte bancaire sur le site Internet de la mutuelle. Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

## **Article 14 : Incidents de paiement**

En cas d'incident de paiement, la mutuelle se réserve le droit :

- De supprimer les facilités de paiement qu'elle a accordées ;
- D'appliquer des frais de recouvrement (frais de rappel, de mise en demeure) ;
- D'imputer les frais fixés par l'organisme bancaire en cas de rejet de prélèvement bancaire ou d'un chèque notamment pour le motif de « compte insuffisamment approvisionné ».

### **Article 15 : Conséquences du défaut de paiement des cotisations**

Conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix (10) jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après l'envoi d'une mise en demeure au membre participant. Dans le 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 les garanties dix (10) jours après l'expiration du délai de trente (30) jours prévu à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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 poursuite et de recouvrement.

Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation.

Tout membre participant radié pour cause de cotisations impayées peut demander à nouveau son adhésion à la mutuelle dès lors qu'il régularise son passif vis-à-vis de la mutuelle.

## **CHAPITRE 4 : PRESTATIONS**

### **Article 16 : Montant ou taux et nature des prestations**

Les montants ou taux des prestations concernant les différentes garanties de la mutuelle sont présentés dans les tableaux de prestations des fiches d'informations.

L'ensemble des prestations accordées par la mutuelle est versé exclusivement pour les événements survenus dans la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre pour laquelle la cotisation a été versée.

La mutuelle prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la signature.

Les garanties de la mutuelle contiennent, à l'exception des cas précisés dans la fiche d'information, au minimum deux prestations de prévention fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, notamment :

- le bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitude à l'acquisition du langage écrit à condition qu'il s'agisse d'un premier bilan réalisé chez un enfant de moins de 14 ans
- le dépistage de l'hépatite B
- un détartrage dentaire annuel
- le scellement prophylactique des puits, sillons et fissures réalisé avant les 14 ans de l'enfant
- le dépistage une fois tous les 5 ans des troubles de l'audition chez les plus de 50 ans
- l'ostéodensitométrie, limitée aux femmes de plus de 50 ans, une fois tous les 6 ans
- certains vaccins

Le remboursement de ces prestations de prévention se fait sur présentation du décompte du régime obligatoire de la Sécurité sociale ou de l'impression du décompte AMELI ou de tous autres régimes obligatoires français de sécurité sociale.

## Article 17 : Conditions de remboursements des garanties frais de santé

### 17.1. Conditions générales

Le règlement des prestations s'effectue obligatoirement par virement après enregistrement du décompte.

Pour tous les dossiers, hors échanges CPAM, l'original du décompte de la Sécurité sociale ou de l'impression du décompte AMELI ou de tout autre Régime Obligatoire ou encore le reçu des tickets modérateurs délivré par les centres de soins, dispensaires... doit être fourni.

Le membre participant doit transmettre à la mutuelle ses justificatifs sur lesquels il lui appartient de faire obligatoirement figurer son numéro d'adhérent.

Les prestations sont délivrées en tenant compte des éventuels délais d'attente ou délais de carence.

### 17.2. Conditions spécifiques

Concernant certaines garanties, la prise en charge de la mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel ou biennal en optique, chaque année s'entendant en année civile), tel que cela figure dans le tableau des prestations.

Le règlement des prestations dans les limites des garanties souscrites, a lieu dans les conditions décrites ci-après:

- **pour l'acupuncture**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base du décompte du régime obligatoire et de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation « généraliste » ou « Acte Technique Médical (ATM) », le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour les auxiliaires médicaux** exerçant leur pratique dans le cadre fixé par les ordres, en cas de dépassement d'honoraires, le remboursement s'effectue sur présentation de la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante.
- **pour la chiropraxie, l'étiopathie, l'ostéopathie et l'acupuncture non prise en charge**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base d'une facture par séance et par bénéficiaire comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant réglé pour la consultation, le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.
- **pour les frais d'optique**, le remboursement est limité à un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans. Ce délai de 24 mois est fixe, ne pouvant être ni réduit ni allongé, le renouvellement de l'équipement dans un délai inférieur ne pourra donner lieu à une prise en charge par la mutuelle. Pour les adhésions en cours au 1er janvier 2016, il s'apprécie à compter de cette dernière date à laquelle sont entrées en vigueur les nouvelles garanties conformes au cahier des charges du contrat responsable issu notamment du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014. Pour les adhésions postérieures, le délai s'apprécie à compter de la date d'adhésion à la garantie. Par dérogation, cette période est réduite à un an pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement pour un mineur ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue.

Le remboursement des frais d'optique s'effectue sur la base :

- d'une prescription médicale datée de moins de 3 ans,
- de la facture acquittée et détaillée de l'opticien mentionnant explicitement d'une part, la nature et le prix des verres, d'autre part, le prix de la monture,
- en cas de renouvellement de l'équipement intervenant sur une période inférieure à deux ans, la prescription médicale doit porter une mention du médecin ophtalmologue attestant du niveau

d'évolution de la vue de l'adhérent ou de son ayant droit. La mutuelle se réserve le droit d'exiger le décompte correspondant à la consultation d'ophtalmologie concernée.

- **pour les lentilles de contact refusées, la chirurgie réfractive et les vaccins**, la prescription ainsi que la facture acquittée avec la désignation de l'acte sont nécessaires au règlement de la prestation.

**Pour les lentilles, la durée de validité de l'ordonnance est fixée à 1 an.**

- **pour les frais de prothèses** (hors prothèses dentaires et implants voir infra) et d'appareillage, le décompte de la caisse d'assurance maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat seront transmis à la mutuelle.
- **pour le matériel acoustique**, le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat seront communiqués, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.
- **Pour les notes d'honoraires ou de frais**, doivent parvenir à la mutuelle les mémoires, ou factures acquittées, établis en bonne et due forme, datés et signés par le praticien ou l'établissement qui les a délivrés, mentionnant, d'une façon précise, les noms et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et, le cas échéant, la nature des actes pratiqués et n° ADELI ou FINISS ;
- **pour les prothèses dentaires et implants** : la mutuelle prend en charge les prothèses, implants, bridges et appareils amovibles sur présentation d'une facture acquittée avec désignation de l'acte conformément à la classification commune des actes médicaux pour l'activité bucco-dentaire (avenants 2 et 3 à la convention des chirurgiens-dentistes et avenant 11 à la convention des médecins).

**Toutefois, un refus de prise en charge sera opposé dès lors que :**

- la date de la facture présentée est antérieure à l'adhésion à la mutuelle,
- les prothèses dentaires et implants ont été réalisées à l'étranger. Cette exclusion ne s'applique pas pour les adhérents affiliés à la caisse des français à l'étranger (CFE) conformément à l'article 3.1. du présent règlement.

Afin d'assurer le contrôle des travaux dentaires, le dentiste consultant de la mutuelle se réserve le droit, le cas échéant, de :

- demander la remise d'une radiographie panoramique à jour,
- ou de soumettre l'adhérent ou son ayant droit à un examen clinique gratuit, celui-ci pouvant, s'il le souhaite, venir à ses frais, assisté de son dentiste personnel.

- **pour l'orthodontie dentofaciale, la parodontologie et le surfaçage**, les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée auprès du médecin conseil de la Caisse d'Assurance Maladie. Cette demande doit intervenir avant le 16e anniversaire de l'enfant pour la prise en charge des travaux d'orthodontie. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie sont pris en charge par la mutuelle dans la limite indiquée dans la garantie et sur présentation de la facture acquittée.

- **pour les prestations médicales et médico-chirurgicales exécutées à l'étranger**, à l'exception des prothèses dentaires et implants réalisés à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle (voir prothèses dentaires et implants supra), les factures détaillées et le décompte original de la caisse d'assurance maladie française afférent à ces soins à l'étranger.

- **pour la prise en charge hospitalière en établissement conventionné** (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) : l'adhérent, son ayant droit ou l'établissement doit adresser à la mutuelle sa demande de prise en charge afin qu'elle lui délivre une prise en charge évitant ainsi l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière (hors hospitalisation en ambulatoire), et le forfait journalier hospitalier. Le courrier de demande sera envoyé à l'adresse indiquée en dernière page du présent règlement. .



En cas de dépassement d'honoraires, l'adhérent ou son ayant droit soumet à la mutuelle l'original de la facture de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent les honoraires (bordereau de facturation S3404 et mode opératoire).

**Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) n'est pas pris en charge par la mutuelle.**

- **Pour les maisons de repos, de convalescence ou de réadaptation**, les frais de chambre particulière font l'objet d'une prise en charge pour la durée maximum prévue par le contrat, et par année civile, sous réserve de l'encaissement de la cotisation. S'il s'agit d'établissement agréé par la caisse d'assurance maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être établie. L'adhérent doit acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la caisse d'assurance maladie et factures originales dûment acquittées).
- **pour les autres frais non pris en charge par la caisse d'assurance maladie** : un forfait annuel est accordé notamment sur les médicaments avec ou sans prescription médicale (dont l'homéopathie) mais sans remboursement de la Sécurité sociale, sur les pilules, implants et stérilets contraceptifs, sur les médicaments pour le sevrage tabagique, sur le bilan diététique, sur présentation de la facture acquittée et le cas échéant, de la prescription.

En cas de prestation non prise en charge par la caisse maladie figurant dans la fiche d'information et non énumérée ci-dessus doit parvenir à la mutuelle : la facture acquittée établie par un praticien habilité et contenant la désignation de l'acte et du bénéficiaire.

- **pour les frais d'obsèques éventuellement inclus dans les garanties santé et précisés dans la fiche d'information ou le tableau des garanties** (exclusion faite de la garantie spécifique souscrite à cet effet dont les conditions sont précisées dans la fiche d'information), la participation de la mutuelle est versée à la personne ayant effectivement engagé la dépense, sur présentation d'un acte de décès et de la photocopie de la facture des frais funéraires (valable en cas d'incinération du corps) établie et acquittée au nom du demandeur qui doit y joindre un RIB. Si les frais d'obsèques sont réglés par avance par le membre participant, celui-ci doit en informer la mutuelle. Dans ce cas, la participation aux frais funéraires est versée au notaire chargé de la liquidation successorale du défunt.

## Article 18 : Tiers payant

### 18.1. Le tiers payant généralisé

Depuis le 1er janvier 2017, les professionnels de santé exerçant en ville ont la faculté de proposer le tiers payant à l'ensemble des patients bénéficiaires de l'assurance maladie. Ce dispositif, prévu par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, permet à l'adhérent de ne pas avancer les frais pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Lorsque les garanties sont responsables, le tiers payant doit pouvoir s'appliquer sur les prestations visées par les nouvelles exigences du contrat responsable, au moins à hauteur de la base de remboursement de la sécurité sociale.

A compter du 30 novembre 2017, cette faculté deviendra obligatoire pour les professionnels de santé.

Pour la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, le tiers payant intervient sur présentation de la carte vitale.

Pour la part des dépenses prises en charge par la mutuelle, le tiers payant intervient sur présentation de la carte de tiers payant dans les conditions et limites exposées au paragraphe ci-dessous.

## 18.2. La carte de tiers payant France Mutuelle

La carte de tiers payant France Mutuelle permet à l'adhérent de bénéficier d'une dispense d'avance de frais auprès des catégories de professionnels de santé indiqués sur cette carte si ces derniers acceptent le tiers payant.

Elle intervient, **à hauteur du ticket modérateur**, sur les postes suivants :

- Médecins généralistes et spécialistes (MGS)
- Toute la pharmacie (PHAR)
- Biologie hors soins externes (BIO)
- Radiologie hors soins externes (RAD)
- Auxiliaires médicaux (AUX)
- Soins externes (SE)
- Transports (TRA)

En cas d'hospitalisation, la carte de tiers payant permet à l'adhérent de ne pas avancer les frais:

- de ticket modérateur pour le séjour
- de forfait journalier
- de chambre particulière (lorsque les garanties souscrites le prévoient)

La carte de tiers payant France Mutuelle permet enfin une prise en charge, **à hauteur des garanties souscrites**, des équipements optiques (et prothèses dentaires à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018) réalisés dans le réseau de soins Carte Blanche.

**A la cessation des garanties, l'adhérent est tenu de restituer sa carte de tiers payant et d'en informer les professionnels de santé. A défaut, les sommes avancées à tort par la mutuelle pour le compte de ce dernier seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu conformément à l'article 23 du présent règlement.**

### Article 19 : Déclaration tardive des demandes de remboursement

La demande de remboursement accompagnée des pièces justificatives doit parvenir à la mutuelle dans un **délai de deux (2) ans** à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité sociale ou le cas échéant, à compter de la date de la dépense engagée par le membre participant.

Au-delà, aucun remboursement ne sera effectué par la mutuelle.

### Article 20 : Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés

Comme exposé à l'article 2.1 du présent règlement, les assurés ne respectant pas le parcours de soins coordonnés tel que défini à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale devront supporter un reste à charge plus important dans leurs postes de dépenses frais de santé.

### Article 21 : Caractère indemnitaire des garanties frais de santé

Les opérations relatives aux remboursements de frais de soins ont un caractère indemnitaire.

En application de l'article 9 de la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, 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 membre participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit.

Le membre participant s'engage, sur simple demande de la mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des douze (12) derniers mois. En outre, en cas de régularisation

ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la mutuelle.

## **Article 22 : Pluralité de garanties frais de santé**

En cas de pluralité de contrats garantissant le membre participant, conformément à l'article 2 alinéa 1<sup>er</sup> du décret n°90-769 du 30 août 1990, 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 contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Ainsi, si le membre participant souscrit auprès de plusieurs entreprises d'assurance des contrats pour un même intérêt contre un même risque, il doit en informer immédiatement la mutuelle en portant à sa connaissance le nom et les coordonnées du ou des assureurs le garantissant contre le même risque que celui couvert par la mutuelle.

Il devra ensuite lui fournir les originaux des décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ou l'impression des décomptes AMELI ainsi que les décomptes originaux du ou des assureur(s) complémentaire santé de premier niveau, pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci seront versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité sociale et par le ou les assureur(s) santé de premier niveau dans les limites précédemment exposées.

## **Article 23 : Fraude à l'assurance**

**Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a sciemment utilisé, au moment de la souscription et tout au long de l'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation ...).**

**La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.**

**Les prestations déjà versées par la mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.**

**Toute personne assurée dont la fraude est avérée pourra se voir exclue de la mutuelle dans les conditions de l'article 11 des statuts.**

## **Article 24 : Prestations indues**

Le membre participant s'oblige à rembourser à la mutuelle, dans les meilleurs délais, les prestations versées à tort pour quelque raison que ce soit. Le cas échéant, une retenue peut être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures versées par la mutuelle au titre de la répétition de l'indu.

## **Article 25 : Télétransmission**

Le système d'échanges dit NOÉMIE (Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est une transmission automatique, par liaison informatique, des données de Sécurité sociale du membre participant et de ses éventuels ayants droit, de la Caisse d'assurance maladie vers la mutuelle.

Le bénéficiaire du système NOÉMIE n'a pas de justificatifs à fournir pour les actes courants. En revanche, certains types de soins nécessitent l'envoi de pièces justificatives afin que la mutuelle puisse compléter les informations communiquées par la Caisse d'assurance maladie et calculer au mieux le montant de son remboursement. Il s'agit notamment des frais d'optique, de prothèses auditives et appareillages, de prothèse dentaire, d'orthodontie, d'hospitalisation et de cure thermique.

### **Article 26 : Subrogation**

Le membre participant s'engage expressément à informer la mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent. Pour le paiement des prestations, la mutuelle est subrogée dans les droits et actions du membre participant, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. 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.

### **Article 27 : Attribution d'aides à caractère social**

La mutuelle peut attribuer des secours ou des aides aux membres participants ou à leurs ayants droit inscrits et dont la situation matérielle le justifie. Une commission instituée par le conseil d'administration est créée à cet effet.

### **Article 28 : Maîtrise des dépenses de santé - Réseau de soins**

Au titre de sa garantie complémentaire santé, le membre participant a accès au réseau de soins retenu par la mutuelle, qui lui permet de bénéficier de nombreux avantages tarifaires notamment chez les opticiens et audioprothésistes.

La fiche d'information relative à la garantie souscrite détaille l'ensemble des modalités de mise en œuvre du service. Elle est remise avant la signature du bulletin d'adhésion

## **CHAPITRE 5: DISPOSITIONS DIVERSES**

### **Article 29 : Informatique et Libertés**

Dans le cadre de la relation d'assurance, Groupe France Mutuelle est amené à recueillir auprès de l'adhérent des données personnelles protégées par la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée.

Le responsable du traitement de ces données personnelles est Groupe France Mutuelle, qui les utilise principalement pour les finalités suivantes, dans le strict respect de la confidentialité et du secret médical : gestion de la relation, prospection, études statistiques, enquêtes et sondages, prévention de la fraude, obligations légales.

Le caractère obligatoire ou facultatif des données personnelles demandées et les éventuelles conséquences à l'égard de l'adhérent d'un défaut de réponse sont précisés lors de leur(s) collecte(s). Les informations collectées obligatoires sont nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi des documents commerciaux.

Ces données sont conservées durant la durée nécessaire à la relation contractuelle et conformément aux exigences légales et réglementaires en vigueur.

A ce titre, l'adhérent est informé que les données personnelles le concernant peuvent être transmises :

- Aux établissements et sous-traitants liés contractuellement avec Groupe France Mutuelle pour l'exécution de tâches se rapportant directement aux finalités décrites précédemment,
- Aux partenaires commerciaux de Groupe France Mutuelle qui interviennent dans la réalisation d'un produit ou un service souscrit par l'adhérent aux seules fins d'exécution de leurs obligations contractuelles vis-à-vis de l'adhérent ou de Groupe France Mutuelle
- A des organismes publics afin de satisfaire aux obligations légales ou réglementaires
- Vers des pays non membres de l'Union Européenne lorsque l'exécution du contrat le nécessite et notamment lors d'une surcharge de notre standard téléphonique.

Il est précisé que toute déclaration fautive ou irrégulière pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Conformément à la loi Informatique et Liberté, vous disposez, sans frais et pour motif légitime, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et d'opposition des données vous concernant. Vous avez également le droit de définir des directives après votre décès, en vous adressant à l'adresse suivante :

Groupe France Mutuelle  
Correspondant Informatique et Libertés, Service juridique  
10 rue du 4 septembre  
CS 11601, 75089 Paris Cedex 02  
ou par mail à [GFM\\_CIL@francemutuelle.fr](mailto:GFM_CIL@francemutuelle.fr)

### **Article 30 : Prescription**

**En application des articles L. 221-11 et L 221-12 du code de la mutualité, toute action dérivant du présent règlement est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, qu'à partir du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, qu'à partir 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription visées aux articles 2240 et suivants du code civil à savoir :

- la reconnaissance du débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
- la demande en justice (même en référé)
- un acte d'exécution forcée

La prescription est également interrompue 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, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées relatives aux engagements 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 31 : Traitement des réclamations et saisine du médiateur**

Le membre participant peut s'adresser à la mutuelle pour faire part d'un désaccord ou d'une insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des statuts, du règlement intérieur ou du présent règlement mutualiste.

Dans un premier temps, le membre participant s'adressera par écrit à l'adresse indiquée en dernière page du présent règlement.

La mutuelle s'engage à traiter les dossiers en respectant un délai de dix (10) jours ouvrables pour en accuser réception sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai.

Après épuisement de ces voies de recours et si le litige persiste, le membre participant pourra saisir, par écrit, le médiateur de la mutuelle. L'ensemble des éléments nécessaires à l'instruction du dossier devront être communiqués avec la requête à l'adresse suivante :

Fédération Nationale de la Mutualité Française  
(F.N.M.F.)  
Le Médiateur  
255, rue de Vaugirard  
75015 PARIS

Ou bien par e-mail à : [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr)

Une charte de la médiation précisant les différents engagements est affichée dans les agences de Groupe France Mutuelle et est disponible sur le site Internet [www.francemutuelle.fr](http://www.francemutuelle.fr) ou sur simple demande auprès de la mutuelle.

### **Article 32 : For juridique**

En cas de litige qui ne trouverait pas de résolution amiable, les tribunaux du siège de la mutuelle sont seuls compétents.

### **Article 33 : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**

Conformément au code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située : 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.

## **CHAPITRE 6 : DEFINITIONS**

### **Accident**

Événement soudain, imprévisible, provenant d'une cause extérieure à l'ayant droit et indépendante de sa volonté, sans rapport avec une maladie et qui entraîne des lésions corporelles ou le décès.

### **Adhérent**

Voir définition « membre participant ».

### **Ayant droit**

Personne bénéficiant des prestations de la garantie souscrite par le membre participant selon les critères définis par l'article 3.2 du présent règlement.

### **Assuré**

Personne physique dont le régime d'assurance maladie obligatoire ressort du droit français, sur la tête de laquelle repose le risque et dont le nom figure dans les conditions particulières de la garantie.

### **Autorité médicale**

Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France.

### **Base de remboursement**

Tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement.

On parle de :

- Tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'assurance maladie obligatoire et les représentants de cette profession.
- Tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'assurance maladie obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert socle de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- Tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, les appareillages et autres biens médicaux.

### **Contrat d'accès aux soins / OPTAM – OPTAM CO**

Issu de l'avenant n°8 de la convention médicale du 25 octobre 2012, le contrat d'accès aux soins a pour objet de limiter les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2. En adhérant à ce contrat, le médecin s'engage à maintenir ou à augmenter la part des actes qu'il pratique au tarif opposable (sans dépassement) et à stabiliser ses honoraires ainsi que son taux moyen de dépassement concernant les autres actes. En contrepartie, ses patients et lui-même bénéficieront des conditions de remboursement applicables aux médecins du secteur 1, c'est-à-dire plus favorables. L'adhérent et ses ayants droit profiteront également, au titre du contrat frais de santé d'un remboursement plus important de la consultation par rapport à la consultation auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, le contrat d'accès aux soins laisse place :

- à l'option pratique tarifaire maîtrisée – CO (dite OPTAM- CO) pour les chirurgiens et obstétriciens
- à l'option pratique tarifaire maîtrisée (dite OPTAM) pour les médecins des autres spécialités.

Ces options suivent le même mécanisme que le contrat d'accès aux soins. Ainsi, les adhérent et les ayants droit dont le médecin aura adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO) bénéficieront, au titre de leur contrat frais de santé, d'un remboursement plus important de leurs actes et consultations par rapport aux actes et consultations effectués auprès d'un professionnel de santé n'ayant pas adhéré à l'OPTAM (ou OPTAM-CO).

**Consultation chez un médecin conventionné de secteur 1 :** Le médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif fixé par convention avec l'Assurance Maladie. Un dépassement d'honoraires n'est autorisé qu'en cas d'une demande particulière de votre part comme, par exemple, une visite en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet du médecin.

Ces dépassements exceptionnels ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie, que le patient soit dans le cadre du parcours de soins coordonnés ou non.

**Consultation chez un médecin conventionné de secteur 2 :** Le médecin conventionné de secteur 2 pratique des honoraires libres. Il est, en effet, autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le montant du dépassement n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie.

### **Délai d'attente (ou délai de carence)**

Période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas (dans la limite des prises en charge imposées par le cahier des charges du contrat responsable – ticket modérateur, participation forfaitaire de 18euros pour les actes techniques supérieur à 120 euros – forfaits journaliers hospitaliers) bien que le membre participant cotise. Les éventuels délais d'attente sont mentionnés et détaillés dans la fiche d'information.

### **Forfait journalier hospitalier**

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

**Le forfait journalier facturé par les établissements médico-sociaux incluant les maisons d'accueil spécialisées (MAS) n'est pas pris en charge par la mutuelle.**

### **Franchise**

Somme déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Son montant est de :

- 0,50€ par boîte de médicament ;
- 0,50€ par acte paramédical ;
- 2€ par transport sanitaire

La franchise est plafonnée à 50€ par an pour l'ensemble des actes et/ou prestations concernés par assuré social. Certaines personnes sont exonérées de cette franchise : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

### **Hospitalisation**

Tout séjour d'une durée supérieure à 24 heures dans un hôpital ou une clinique.

### **Maladie**

Altération soudaine et imprévisible de la santé du bénéficiaire constatée par une autorité médicale compétente entraînant soit un arrêt total des activités, soit une hospitalisation en établissement public ou privé ou à domicile.

### **Membre participant**

Personne physique répondant aux critères définis à l'article 3.1 du présent règlement signataire du bulletin d'adhésion. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur et droits et obligations du règlement mutualiste.

**Mutuelle** : désigne France Mutuelle, l'organisme d'assurance frais de santé

### **Parcours de soins**

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et être remboursé normalement sans diminution du montant de leur remboursement.

Organisé autour du médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne tous les bénéficiaires d'un régime obligatoire d'assurance maladie âgés de plus de 16 ans.

Est considéré comme étant dans le parcours de soins coordonnés, le patient qui consulte en premier lieu, le médecin traitant qu'il a déclaré auprès du régime d'assurance maladie obligatoire (ou son remplaçant).

Entrent également dans le parcours de soins tous actes auprès :

- D'un autre médecin en cas d'urgence ou d'éloignement du domicile principal,
- D'un autre médecin dit « correspondant » auquel il a été adressé par son médecin traitant,
- D'un spécialiste en accès direct autorisé par la loi n°2004-810 du 13/08/2004, à savoir : les ophtalmologues, les gynécologues, les stomatologues et les psychiatres et neuropsychiatres pour les patients entre 16 et 25 ans.

### **Participation forfaitaire d'un Euro**

La participation forfaitaire d'un euro est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et de radiologie.

La franchise est plafonnée à 4€ par jour pour le même professionnel de santé et le même bénéficiaire et à 50€ par année civile et par patient. Certaines personnes sont exonérées de cette participation forfaitaire : les jeunes de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale de l'état, les ACS et les femmes enceintes durant toute la durée de la grossesse. Afin d'être conforme au cahier des charges du contrat responsable et solidaire, les garanties frais de santé ne remboursent pas les franchises.

### **Prescription médicale**

Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.



**Tarif de responsabilité ou tarif opposable**

Base tarifaire retenue par l'assurance maladie comme base de remboursement (cf. base de remboursement).

**Ticket modérateur**

Différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise). Conformément aux exigences du cahier des charges du contrat responsable cette prise en charge couvre donc non seulement les consultations et les actes professionnels de santé en ville, mais aussi les médicaments remboursés à 65% par l'assurance maladie, les analyses et les examens, les frais de transport sanitaire, les dispositifs médicaux (optique, dentaire, appareillages) et le ticket modérateur sur les séjours hospitaliers.

**NOUS CONTACTER**

▪ **Pour la prise en charge hospitalière :**

France Mutuelle  
Prise en charge - Centre de Gestion  
10 rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75089 PARIS cedex 02

Par mail : [pec@francemutuelle.fr](mailto:pec@francemutuelle.fr)  
Par fax : 01 80 18 91 90

▪ **Pour l'application de la Loi Informatique et Libertés :**

Groupe France Mutuelle  
Correspondant Informatique et Libertés, Service juridique  
10 rue du 4 septembre  
CS 11601, 75089 Paris Cedex 02  
ou par mail à [GFM\\_CIL@francemutuelle.fr](mailto:GFM_CIL@francemutuelle.fr)

▪ **Pour les réclamations :**

France Mutuelle  
Service Relations Adhérents  
10 rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75089 PARIS cedex 02  
[adherent@francemutuelle.fr](mailto:adherent@francemutuelle.fr)

▪ **Pour faire usage de votre délai de renonciation :**

France Mutuelle  
Renonciation - Centre de Gestion  
10 rue du 4 Septembre  
CS 11601  
75089 PARIS cedex 02

