



Règlement mutualiste Dispositions particulières

Véralis Santé

Ces garanties sont exclusivement distribuées par Véralis Santé

REGLEMENT MUTUALISTE

OBJET DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité et a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existants entre chaque membre participant et honoraire et la mutuelle conformément aux dispositions de l'article L. 114-1 du Code de la mutualité. Il a été adopté par l'Assemblée Générale de la mutuelle sur proposition du Conseil d'Administration.

MODIFICATION DU RÈGLEMENT MUTUALISTE

Conformément à l'article L. 114-7 du Code de la mutualité, toute modification du présent règlement est décidée par l'Assemblée Générale de la mutuelle et s'impose aux membres participants dès notification.

ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'adhésion à la mutuelle est matérialisée par la signature d'un bulletin d'adhésion. Avant la signature, la mutuelle doit avoir remis au membre participant les statuts de la mutuelle, le présent règlement mutualiste et les dispositions particulières correspondant à la garantie choisie. C'est sur le bulletin d'adhésion que le membre participant indique la ou les garantie(s) choisie(s).

DROIT D'ADHÉSION

L'Assemblée Générale de la mutuelle en application de l'article 4 des statuts a fixé un droit d'adhésion à la mutuelle. Ce droit d'adhésion s'élève à 20 (vingt) euros. Cette somme est perçue une fois pour toutes lors de la première adhésion.

FIXATION ET ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations sont fixées par l'Assemblée Générale de la mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation à cet effet, par cette dernière.

Les montants ou les taux des cotisations peuvent être modifiés par l'Assemblée Générale de la mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il a reçu délégation à cet effet, par cette dernière.

Toute modification est portée à la connaissance des membres participants.

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège de la mutuelle ou de son délégataire, du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1ère cotisation. Des délais d'attente peuvent éventuellement s'appliquer.

FIN DE L'ADHÉSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée à la mutuelle au moins deux mois avant le 1er janvier de chaque année.

Le membre participant qui aurait porté atteinte aux intérêts de la mutuelle se verra exclu de la mutuelle conformément aux dispositions de l'article 14 des statuts.

FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations faites par le membre participant pour lui-même et les autres bénéficiaires des prestations servent de base à l'adhésion. **En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 221-14 (nullité du contrat) et L. 221-15 (réduction des indemnités) du Code de la mutualité.**

PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du contrat ou du bulletin d'adhésion sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la mutualité, ce délai ne court, en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Article L. 221-11 du Code de la mutualité :

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;

2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque, (...) le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article L. 221-12 du Code de la mutualité :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* 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 ou l'union 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. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont la reconnaissance du droit du bénéficiaire des prestations, la demande en justice et le commandement.

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.**

"En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil)."

SUBROGATION

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

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposé, à due concurrence de la part de l'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part de l'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice d'esthétique et d'agrément. De même qu'en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

RÉCLAMATION - MÉDIATION

Les modalités de traitement des réclamations et de la saisine du médiateur sont précisées dans les dispositions particulières de la ou les garantie(s) choisie(s).

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par la mutuelle ou par son délégataire sont nécessaires à l'appréciation du bulletin d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales. Certaines de ces données seront transmises aux organismes appelés à connaître de l'adhésion pour sa gestion. La mutuelle prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent est organisé. Ces droits peuvent être exercés auprès de Veralis Assurances - Allée des trois caravelles - Parc des Béthunes - BP 39610 - 95063 CERGY PONTOISE Cedex.

CONTRÔLE

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

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie contre la défaillance des mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance instauré par le décret n° 2011-733 du 27 juin 2011 (article L.431-1 du Code de la mutualité).

DISPOSITIONS PARTICULIERES

Véralis Santé

Contrat responsable

LEXIQUE

BÉNÉFICAIRES DES PRESTATIONS : Le membre participant et éventuellement ses ayants droit affiliés : son conjoint et leurs enfants (âgés de moins de 25 ans), affiliés à un régime de base, et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : Tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par le régime de base.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : C'est le document envoyé au membre participant après acceptation de son bulletin d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites, ainsi que leur date de prise d'effet.

CONTRAT D'ACCÈS AUX SOINS (CAS) : Contrat signé par certains médecins/praticiens favorisant l'accès aux soins par une meilleure prise en charge des patients. Les médecins/praticiens signataires s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraire.

COUPLE-CONJOINT : Toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage.

MEMBRE PARTICIPANT : Personne physique qui adhère à une garantie de la gamme Véralis Santé.

RÉGIME DE BASE (RB) : Régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire des prestations (Régime général de la Sécurité sociale ; Régime des TNS ; Régime des exploitants agricoles : AMEXA ; Régime des salariés agricoles ; Régime des étudiants ; Régime d'Alsace-Moselle ; Régime des fonctionnaires)

TICKET MODÉRATEUR (TM) : Quote part restant à la charge de l'assuré, égale à la différence entre la base de remboursement et les remboursements du régime de base.

Ces garanties sont exclusivement distribuées par Véralis Santé

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

Les remboursements exprimés en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) incluent la prise en charge du régime de base.

Les montants exprimés en euros interviennent en complément de l'éventuelle part du régime de base.

Les forfaits intégrant une limite annuelle s'appliquent par bénéficiaire et par année d'adhésion, soit 12 (douze) mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Toutefois, pour l'équipement optique les prestations sont allouées par période de 2 ans à compter de la date d'adhésion.

Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire des prestations.

Les garanties s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables". De ce fait, le remboursement ne pourra être inférieur au ticket modérateur pour les actes visés par le 1° de l'article R871-2 du Code de la Sécurité sociale.

Frais pris en charge	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6	Niveau 7
SECTEUR CONVENTIONNE							
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE (DONT CESARIENNE) / A DOMICILE / ETABLISSEMENTS ET UNITES SPECIALISES							
Frais de séjour	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires							
• Praticiens signataires du CAS*	100% BRSS	130% BRSS	130% BRSS	160% BRSS	160% BRSS	210% BRSS	260% BRSS
• Praticiens non signataires du CAS*	100% BRSS	110% BRSS	110% BRSS	140% BRSS	140% BRSS	190% BRSS	200% BRSS
Forfait journalier durée illimitée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
Chambre particulière (exclue en psychiatrie) dans la limite de 30 jours/an/bénéficiaire	Néant	25 € / jour	25 € / jour	35 € / jour	35 € / jour	45 € / jour	55 € / jour
Frais de location TV dans la limite de 72€/an/bénéficiaire	2 € / jour	2 € / jour	2 € / jour	2 € / jour	2 € / jour	2 € / jour	2 € / jour
Hospitalisation à domicile	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
SECTEUR NON CONVENTIONNE							
HOSPITALISATION MEDICALE / CHIRURGICALE (DONT CESARIENNE) / A DOMICILE / ETABLISSEMENTS ET UNITES SPECIALISES							
Frais de séjour	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Honoraires							
• Praticiens signataires du CAS*	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
• Praticiens non signataires du CAS*	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Forfait journalier durée illimitée	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
MATERNITE							
Forfait de maternité	Néant	Néant	Néant	100€	130€	235€	260€
SOINS MEDICAUX COURANTS							
Consultations et visites (hors psychiatrie) actes techniques médicaux, actes d'obstétrique, actes d'anesthésie, actes de chirurgie, actes d'imagerie et d'échographie							
• Praticiens signataires du CAS*	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	130% BRSS	160% BRSS	210% BRSS	210% BRSS
• Praticiens non signataires du CAS*	100% BRSS	100% BRSS	110% BRSS	110% BRSS	140% BRSS	190% BRSS	190% BRSS
Consultations et visites psychiatriques (CAS et non CAS)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Laboratoires – Auxiliaires médicaux	100% BRSS	100% BRSS	125% BRSS	125% BRSS	125% BRSS	150% BRSS	150% BRSS
Transports	100% BRSS	130% BRSS	130% BRSS	160% BRSS	160% BRSS	210% BRSS	260% BRSS
PHARMACIE							
Pharmacie prise en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
DENTAIRE							
Soins dentaires (dont inlays, onlays, scellement des sillons)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Prothèses dentaires, Inlay Core pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	130% BRSS	160% BRSS	210% BRSS	210% BRSS
Plafond de remboursement par bénéficiaire et par an	-	-	-	-	-	800 €	1 200 €
Orthodontie prise en charge par le régime de base	100% BRSS	130% BRSS	160% BRSS	160% BRSS	210% BRSS	260% BRSS	260% BRSS
OPTIQUE							
Équipement (1 monture + 2 verres) ⁽¹⁾ (dans la limite d'un équipement tous les 2 ans, sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue tous les ans)							
• Verres simples	100% BRSS	130 €	130 €	210 €	210 €	260 €	310 €
• Verre simple et verre complexe ou très complexe	100% BRSS	165 €	165 €	210 €	210 €	260 €	310 €
• Verres complexes et très complexes	100% BRSS	200 €	200 €	210 €	210 €	260 €	310 €
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge par le régime de base ⁽²⁾	100% BRSS	40 €/an	45 €/an	70 €/an	70 €/an	85 €/an	100 €/an
Chirurgie réfractive (par œil opéré)	Néant	180€	180€	230€	230€	280€	305€

PROTHESES MEDICALES							
Prothèses auditives	100% BRSS	100% BRSS +100 €/an	100% BRSS + 160 €/an	100% BRSS + 210 €/an	100% BRSS + 210 €/an	100% BRSS + 260 €/an	100% BRSS + 310 €/an
Prothèses orthopédiques, appareillage, petit appareillage, prothèse capillaires, bas de contention, canne, ceinture lombalgique, bandage et genouillère	100% BRSS	100% BRSS + 100 €/an	100% BRSS + 120 €/an	100% BRSS + 140 €/an	100% BRSS + 140 €/an	100% BRSS + 160 €/an	100% BRSS + 180 €/an
CURES THERMALES prise en charge par le régime de base ⁽³⁾							
Honoraires (CAS et non CAS)	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Frais d'établissement	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Transport et hébergement	100% BRSS	160 €/an	160 €/an	210 €/an	210 €/an	260 €/an	310 €/an
MEDECINES DOUCES ⁽⁴⁾							
Consultation ostéopathie, chiropracteur, acupuncteur, homéopathe phytothérapeute, diététicien, naturopathe, pédicure et podologue	Néant	25 €/acte (limité à 4 séances /an)	30 €/acte (limité à 4 séances /an)	35 €/acte (limité à 4 séances /an)	35 €/acte (limité à 4 séances /an)	40 €/acte (limité à 6 séances /an)	45 €/acte (limité à 6 séances /an)
PREVENTION							
Actes pris en charge par le régime de base	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS	100% BRSS
Actes non pris en charge par le régime de base : Dépistage et traitement des troubles de la ménopause et de l'andropause, dépistage du cancer colorectal et du col de l'utérus, dépistage de l'ostéoporose, de l'hépatite B, vaccins prescrits, ostéodensitométrie	-	100 €/an	120 €/an	140 €/an	140 €/an	160 €/an	180 €/an
SERVICES							
Assistance incluse	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Tiers payant inclus et remboursements automatisés par télétransmission	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
Espace adhérent	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI

* Contrat d'Accès aux Soins (CAS)

(1) La prise en charge de la monture au sein de l'équipement sera au maximum de 150€.

Verres simples : 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.

Verres complexes : 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.

Verres très complexes : verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8,00 à +8,00 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4,00 à +4,00 dioptries.

(2) Sur présentation de la prescription pour les lentilles refusées.

(3) Participation payable sur présentation des justificatifs dans la limite des frais engagés.

(4) Remboursement par acte et par bénéficiaire. Ces actes doivent être réalisés par des praticiens pouvant justifier d'un diplôme d'état ou universitaire, d'une formation certifiée par l'école de la spécialité ou d'une certification par la fédération française de la discipline.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Véralis Santé a pour objet de garantir au membre participant et le cas échéant à ses ayants droit, le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations).

Elle intervient en complément du régime de base.

ADHESION ET VIE DE LA GARANTIE

CONDITIONS D'ADHESION

Pour être assurable au titre de la présente garantie, le membre participant et ses éventuels ayants droit doivent être des personnes physiques résidant en France métropolitaine (y compris Corse, **hors Monaco**) ou dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), à Saint-Barthélemy ou à Saint-Martin (**territoire français**).

Tous les membres d'une même famille doivent souscrire le même niveau de garantie.

Les bénéficiaires des prestations doivent être affiliés à l'un des régimes de base de la protection sociale française (cf. lexique).

Il est précisé que les garanties ne sont pas éligibles au dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévu aux articles L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.

FORMALITÉS D'ADHESION

Le membre participant doit compléter, signer et dater un bulletin d'adhésion, en indiquant la garantie choisie et les éventuels ayants droit à garantir.

PRISE D'EFFET DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège du Gestionnaire de la demande d'adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation.

DROIT DE RENONCIATION

Le membre participant dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent (sauf dispositions particulières rappelées ci-après) :

- si des prestations ont été versées, le membre participant s'engage à rembourser à la Mutuelle les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours ;
- si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle les remboursera au membre participant dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

La garantie est vendue à distance si elle est conclue au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de la garantie à distance.

Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance sont à la charge du membre participant (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

Informations précontractuelles en cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

Le membre participant dispose, dans le cadre de la présente garantie, d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). Le membre participant ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Véralis Assurances - Allée des trois caravelles - Parc des Béthunes - BP 39610 - 95063 CERGY PONTOISE Cedex, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de membre participant),..... demeurant àai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signé le (date).....".

A..... Le
Signature

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de la famille.

MODIFICATION DE LA GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, le membre participant peut demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou au 1^{er} juillet suivant la demande.

La demande de modification de la garantie, adressée au gestionnaire, devra se faire par lettre recommandée avec avis de réception en respectant un délai de préavis de 2 mois.

DURÉE DE L'ADHÉSION

La garantie acquise est viagère sauf en cas de déclarations inexactes faites à l'adhésion ou de perte de la qualité d'assuré social affilié à un régime de base ou dans les cas définis au paragraphe cessation des garanties. En cours de contrat, aucun bénéficiaire des prestations ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

CHANGEMENT DE LA SITUATION DU BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Le membre participant doit informer le Gestionnaire par écrit, dans le mois qui suit tout changement dans la situation d'un bénéficiaire des prestations :

- d'un changement de situation familiale (mariage, décès, naissance, adoption, concubinage, pacte civil de solidarité (PACS)) sur présentation d'un justificatif ;
- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du département de résidence : les modifications tarifaires éventuelles liées au changement du département de résidence, prennent effet au 1^{er} janvier suivant ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de compte bancaire débité.

GARANTIES

RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base du bénéficiaire des prestations et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par le bénéficiaire des prestations (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par la mutuelle visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant à l'article "**Risques exclus**".

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE (dont césarienne), À DOMICILE, EN ÉTABLISSEMENTS ET UNITÉS SPÉCIALISÉS

Le forfait hospitalier, mentionné dans le descriptif de prestations, correspond au forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 du Code de la Sécurité sociale fixé par arrêté.

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique ;
- les établissements et unités spécialisés :
 - de psychiatrie,
 - de soins de suite,
 - de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

Les séjours en établissements ou unités spécialisées sont pris en charge même s'ils ne font pas suite à une hospitalisation.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

FORFAIT MATERNITE

Le montant du forfait maternité est versé une seule fois par accouchement, quel que soit le nombre d'enfant(s) né(s) et sur justificatif d'acte de naissance.

FONCTIONNEMENT DES PRESTATIONS DE L'ÉQUIPEMENT OPTIQUE

Les prestations sont allouées conformément à la législation en vigueur du contrat "responsable" et par période de deux ans. Ce délais commence à courir à compter de la date de souscription du contrat (date de prise d'effet des garanties indiquées au sein du certificat d'adhésion).

Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, les prestations s'appliquent par période annuelle.

Les montants en euros des forfaits optiques du descriptif de prestations incluent 100% du ticket modérateur.

FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS (HORS ÉQUIPEMENT OPTIQUE)

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs, à partir de la date d'effet de la garantie) et par bénéficiaire.

Le remboursement ne pourra pas être inférieur au ticket modérateur.

PLAFONDS DENTAIRES

Les remboursements du poste Dentaire (hors soins) sont plafonnés pour les niveaux 6 et 7.

Une fois les plafonds dentaires atteints, le remboursement est limité au ticket modérateur.

PHARMACIE

La liste des médicaments et leur taux de prise en charge par la sécurité sociale est disponible sur le site medicaments.gouv.fr.

CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime de base sont prises en charge.

PREVENTION

Les actes pris ou non pris en charge par le régime de base sont remboursés dans les limites prévues au descriptif de prestations.

ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier lors des séjours n'excédant pas trois mois par an. Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Les remboursements de soins à l'étranger se font à hauteur du ticket modérateur uniquement pour les actes pris en charge par la sécurité sociale française.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

TÉLÉTRANSMISSION

Afin d'éviter l'envoi des décomptes papiers, la mutuelle pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base.

Lorsque celle-ci est opérationnelle, la mention "nous avons également transmis ces informations à votre organisme complémentaire" figure sur le décompte de votre régime de base. Le service de télétransmission est un service gratuit. Cette liaison est réalisée à réception des attestations délivrées avec la carte Vitale de tous les bénéficiaires des prestations inscrits.

Lorsque la télétransmission n'est pas opérationnelle, les bénéficiaires des prestations doivent adresser à la mutuelle ou à son délégataire de gestion les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations. En outre, pour obtenir le règlement des prestations dont les montants sont exprimés en euros (dentaire, optique...), le bénéficiaire des prestations doit envoyer à la mutuelle les factures originales et acquittées pour les actes non pris en charge par le régime de base.

Dans tous les cas, la mutuelle peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par le bénéficiaire des prestations d'informations ou justificatifs complémentaires. **Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.**

La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, la mutuelle délivre des prises en charge.

TIERS PAYANT

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 322-1 du Code de la Sécurité sociale.

Le tiers payant est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin (**territoire français**) et selon accords passés avec les praticiens.

Pour les prestations "Optique, Dentaire, Ostéopathie, Audioprothèse et Hospitalisation", le tiers payant évite l'avance des frais, dans la limite du contrat souscrit et dans la limite du ticket modérateur pour les autres actes.

RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;

- la désintégration du noyau atomique ;
- les faits volontaires du bénéficiaire des prestations, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements et services sociaux, médico-sociaux, médico-pédagogiques ; aux établissements ou unités de longs séjours; aux établissements ou unités pour personnes âgées ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non pris en charge par le régime de base ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

La garantie dite "responsable" ne couvre pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

I. la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale ;

II. les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :

- la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;

III. Tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

LIMITE DE PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.

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.

En tout état de cause, le cumul des remboursements obtenu du régime de base et des garanties complémentaires ne pourra dépasser les plafonds prévus par le dispositif du contrat "responsable".

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- dès que le bénéficiaire des prestations ne remplit plus les conditions pour être garanti ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de décès du membre participant ;
- en cas de résiliation par le membre participant à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, adressée à Véralis Assurances - Allée des trois caravelles - Parc des Béthunes - BP 39610 - 95063 CERGY PONTOISE Cedex, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de non-paiement des cotisations : Cf. § « DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS ».

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

Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un membre participant.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction du niveau de garantie choisi, du département de résidence principale du membre participant, de l'âge des bénéficiaires des prestations et du régime de base.

Le montant de la cotisation tient compte de la composition familiale.

La gratuité de la cotisation à partir du 3^{ème} enfant, ayant droit du membre participant cesse au 1^{er} janvier de l'année de ses 25 ans.

L'âge retenu est calculé par différence de millésimes entre l'année d'adhésion et l'année de naissance du bénéficiaire des prestations.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel.

VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Outre l'évolution en fonction de l'âge, les cotisations peuvent également évoluer au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution des dépenses de la Sécurité sociale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

Cas particulier des enfants : la cotisation des enfants n'évolue pas en fonction de l'âge jusqu'au 1^{er} janvier de l'année de ses 18 ans.

Cas particulier du bénéficiaire des prestations âgés de 85 ans et plus : à compter du 1^{er} janvier de l'année de ses 85 ans, sa cotisation n'évolue plus en fonction de l'âge.

DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle adressera au membre participant par lettre recommandée, une mise en demeure pouvant entraîner sa résiliation à l'expiration d'un délai de quarante jours, dans les conditions définies à l'article L. 221-7 du Code de la mutualité.

Les cotisations sont dues jusqu'à la fin de l'exercice en cours. Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation.

LOI MADELIN

Le travailleur non-salarié, non agricole en activité peut bénéficier de la déductibilité fiscale de ses cotisations pour le présent contrat, s'il remplit les conditions prévues par cette loi. Il doit notamment être à jour du paiement de ses cotisations dues au titre de son régime obligatoire, et éventuellement de celles de son conjoint et de ses enfants.

Pour ce membre participant, l'adhésion au règlement mutualiste entraîne concomitamment l'adhésion à l'association.

DISPOSITIONS DIVERSES

EXONERATION DES COTISATIONS

En cas de décès accidentel du membre participant ou de son conjoint inscrit au dossier, gratuité pendant deux ans des cotisations "Frais de santé", du conjoint et des enfants inscrits au dossier au jour du décès.

Cette prestation s'applique également à la Réunion, à la Martinique et à la Guadeloupe.

Pour bénéficier de l'exonération des cotisations "Frais de santé", adressez le certificat de décès à : La Mutuelle

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, le membre participant peut adresser une réclamation à Véralis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- e-mail adressé à contact@veralis-sante.fr, en précisant son numéro de membre participant ;
- courrier adressé au Service Client de Véralis Assurances - Allée des trois caravelles - Parc des Béthunes - BP 39610 - 95063 CERGY PONTOISE Cedex, en précisant son numéro de membre participant.

Véralis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu lui être apportée au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, le membre participant pourra saisir le Médiateur de la Fnim :

- Soit par courrier : Médiateur de la Fnim, 4 avenue de l'Opéra, 75001 - Paris
- Soit par courriel à l'adresse : mediateur@fnim.fr

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Véralis Assurances

Concepteur et distributeur du contrat

Siège social : Allée des trois caravelles - Parc des Béthunes - BP 39610 - 95063 CERGY PONTOISE Cedex

SARL au capital de 60 000 euros – RCS Pontoise 400 786 935

Entreprise de courtage et conseils en assurances - N° ORIAS 07 002 267 - www.orias.fr

Soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS

Véralis assurances est adhérente au syndicat Planète courtier dont le médiateur est Mr Michel YARHI, (Article L.156-1 du code de la consommation).