

REGLEMENT ACTIS SANTÉ

Le présent document constitue la notice d'information du contrat collectif facultatif ACTIS SANTE souscrit par l'association APPUIS auprès de la Mutuelle UMC, sous le numéro « 097 E00 31 001 » pour les membres participants relevant du régime général d'Assurance Maladie et sous le numéro « 097 E00 31 002 » pour les membres participants relevant du régime des Travailleurs Non Saliés. Mutuelle UMC, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au répertoire Sirene sous le n° SIREN 529 168 007, Siège social : 35 rue Saint Sabin – 75011 PARIS, Adresse Postale : 35 RUE SAINT SABIN - 75534 PARIS CEDEX 11. La Mutuelle UMC est l'assureur des garanties d'assurance maladie, accident et décès offertes aux membres participants et à leurs ayants droit et dispose des branches 1, 2 et 20 nécessaires à l'exécution des engagements nés ou à naître relevant de ces branches. Si l'agrément accordé à La Mutuelle UMC lui est retiré, l'adhésion sera résiliée le quarantième jour à midi à compter de la date de la publication de la décision du retrait d'agrément, la portion de cotisation afférente à la période non garantie étant alors restituée au souscripteur. (Article R211-27 du code de la mutualité)

DEFINITIONS

Adhésion : contrat liant le membre participant à la mutuelle.

Accident : atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

Ayants droit : au sens de l'Assurance Maladie Obligatoire, les personnes à la charge du participant en sa qualité d'assuré social et qui peuvent prétendre à ce titre au versement des prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie auquel il est affilié.

Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (BR) : La Base de remboursement est depuis le 1er janvier 2006, la base de calcul du montant des remboursements des frais de santé par l'Assurance Maladie Obligatoire. Elle est fixée par convention entre les professionnels de santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Bénéficiaire : la personne qui recevra la prestation due par la mutuelle en cas de réalisation d'un risque garanti par la présente Notice d'Information.

Délai d'attente : période qui suit la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle le membre participant paye sa cotisation sans pouvoir bénéficier des prestations pour tout ou partie des risques

Garantie : engagement de l'assureur de verser une prestation si le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants-droits sont victimes d'un sinistre.

Médecin traitant : Médecin que le bénéficiaire âgé de 16 ans au moins a choisi pour assurer la coordination de ses soins et indiqué à son régime d'assurance maladie obligatoire, dans le cadre de la Loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance maladie.

Montant Remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (MR) : Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire multiplié par le taux de remboursement.

Nomenclature : cette notion désigne aussi bien la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), que la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), que la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) et que la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux, documents qui codifient les actes et les médicaments donnant lieu à un remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire.

Membre Participant : personne physique membre de l'association APPUIS ayant adhéré au contrat collectif facultatif souscrit par ladite association auprès de la mutuelle.

Prestation : remboursements, indemnités ou services mis en œuvre par la mutuelle en cas de sinistre.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du membre participant ou du bénéficiaire.

Sinistre : la réalisation du risque.

Ticket modérateur : Fraction des dépenses laissée à la charge de l'assuré social après remboursement de son régime obligatoire d'Assurance Maladie. Il est égal à la différence entre la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire (BR) et le Montant Remboursé par l'Assurance Maladie Obligatoire (MR).

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 : NATURE ET OBJET DE LA NOTICE D'INFORMATION

Le présent document est la Notice d'Information du contrat collectif facultatif souscrit par l'association APPUIS auprès de la mutuelle sous le numéro « 097 E00 31 001 » pour les membres participants relevant du régime général d'Assurance Maladie et sous le numéro « 097 E00 31 002 » pour les membres participants relevant du régime des Travailleurs Non Saliés et dont le libellé est « ACTIS SANTE ». Cette Notice d'Information est régie par le Code de la mutualité. Elle a pour objet, en application des articles L.114-1 et L221-6 du Code de la mutualité de définir les droits et obligations réciproques existants entre les membres participants de la mutuelle et la mutuelle, dans le cadre de la garantie des risques suivants :

- Frais de Santé

ARTICLE 2 : BÉNÉFICIAIRES

2.1. - Les membres participants

Les membres participants de la mutuelle sont les personnes physiques qui bénéficient des prestations du contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » auquel elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit. Seuls peuvent adhérer au dit contrat collectif facultatif, les membres participants régulièrement inscrits à la mutuelle. L'adhésion s'effectue selon les conditions et modalités fixées au chapitre I du Titre II de la présente notice d'information. Il est remis à chaque membre participant un exemplaire des statuts de la mutuelle, de la présente notice d'information et des notices d'information liées aux garanties d'assistance définies au TITRE « AUTRES GARANTIES INCLUSES ». Toute personne perdant sa qualité de membre participant peut devenir, selon les modalités et conditions fixées par les statuts de la mutuelle, membre honoraire en versant une cotisation.

2.2. - Les ayants droit

Peuvent également bénéficier des prestations du contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » en qualité d'ayant droit pour les prestations relevant uniquement des branches 1 et 2 relatives aux frais de santé, les personnes physiques définies ci-après et désignées par le membre participant sur son Demande d'Adhésion :

- le conjoint ou le concubin ou la personne ayant conclu un PACS avec le membre participant, à charge ou non au sens de l'Assurance Maladie ;
- les enfants à charge, au sens de l'Assurance Maladie, du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS ;
- les enfants du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS, âgés de moins de 21 ans poursuivant leurs études ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS, inscrits sous leur propre numéro de Sécurité Sociale, sous contrat d'apprentissage, de professionnalisation, ou d'accompagnement dans l'emploi, en recherche d'emploi ou inscrits au Pôle Emploi, s'ils ont moins de 21 ans et ont une rémunération propre inférieure à la moitié du SMIC ;
- les enfants du membre participant, de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS, qui par suite d'infirmité ou de maladie incurable sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80% reconnu au sens de l'article 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles et ce sans limite d'âge ;
- les descendants à charge, au sens de l'Assurance Maladie, du membre participant ou de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS
- toute personne à charge, au sens de l'Assurance Maladie, d'un enfant inscrit du membre participant, de son conjoint ou concubin ou de la personne ayant conclu un PACS, à l'exclusion des ascendants.

Les éventuels ayants-droit bénéficient nécessairement de la même formule que celle souscrite par le membre participant.

2.3. - Bénéficiaires

Les membres participants définis à l'article 2-1 et les ayants droit définis à l'article 2-2 sont désignés sous le terme « bénéficiaires ».

TITRE II – ADHESION, CHANGEMENTS DE FORMULES, RESILIATION, DEMISSION, EXCLUSION, RADIATION

CHAPITRE I - ADHESION - MUTATIONS

ARTICLE 3 : ADHESION

3.1. - Modalités d'adhésion

Chaque personne candidate à l'adhésion se voit remettre avant la signature d'une Demande d'Adhésion, les statuts de la mutuelle, la présente Notice d'Information ainsi que les Notices d'Informations propres aux garanties définies au TITRE « AUTRES GARANTIES INCLUSES ». Elle complète ensuite la Demande d'Adhésion et la signe. Cette signature emporte acceptation des dispositions des statuts de la mutuelle et des droits et obligations définis par la présente Notice d'Information, qui s'imposent au membre participant et à ses ayants droit. Le membre participant doit notamment mentionner sur la Demande d'Adhésion les ayants droit bénéficiaires et la formule choisie. A la demande d'adhésion, doit être joint pour les membres participants n'optant pas pour le prélèvement, la cotisation des trois premiers mois.

3.2. - Date d'effet de l'adhésion

Suite à la réception de la Demande d'Adhésion, la mutuelle envoie au membre participant sa carte d'adhérent ainsi qu'une lettre confirmant l'adhésion comportant le montant des cotisations dues. La date d'effet de l'adhésion est le premier jour du mois en cours si la demande d'adhésion est faite avant le 15 du mois et le 1er jour du mois suivant si la demande d'adhésion est faite entre le 15 et le 30 du mois. Le dossier complet s'entend d'un dossier comprenant nécessairement :

- le Demande d'Adhésion dûment complétée et signée,
- Les 3 premiers mois de cotisations pour les membres participants n'optant pas pour le

prélèvement automatique,

- le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) du compte sur lequel seront prélevées les cotisations,
- le mandat de prélèvement SEPA dument complétée et signée,
- le Relevé d'Identité Bancaire (RIB) des bénéficiaires de prestations âgés de plus de 16 ans,
- la copie de l'attestation de la carte vitale pour l'ensemble des bénéficiaires inscrits,
- Photocopie recto/verso des cartes d'identités du souscripteur et de ses ayants droit,
- un certificat de radiation du pr c dent organisme assureur,
- pour les membres participants ayant la qualité de Travailleur Non Salarié, une attestation des régimes obligatoires d'Assurance Maladie et Vieillesse justifiant du paiement des cotisations qui leurs sont dues.

3.3. - Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat collectif facultatif « **ACTIS SANTE** » souscrit par l'association APPUIS auprès de la mutuelle produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée de un an, sauf résiliation selon les modalités fixées au chapitre II du présent titre. Chaque année, les membres participants ayant la qualité de Travailleur Non Salarié doivent adresser à la mutuelle au plus tard le 31 décembre, une attestation des régimes obligatoires d'Assurance Maladie et Vieillesse justifiant du paiement des cotisations qui leurs sont dues. A défaut, la mutuelle sera en droit de résilier l'adhésion

3.4. - Modification de l'adhésion

Le membre participant doit informer la mutuelle de :

- toute cessation de son statut de membre de l'association APPUIS,
- tout changement de son état civil,
- tout changement de son adresse,
- tout changement concernant les ayants droits,
- tout changement concernant les coordonnées bancaires de l'un des bénéficiaires.

ARTICLE 4 : CONDITIONS D'ADHESION

4.1. - Conditions liées à l'adhésion à l'association APPUIS

L'adhésion au contrat collectif facultatif souscrit par l'association APPUIS auprès de la mutuelle est réservée aux membres de l'association APPUIS.

4.2. - Territorialité

La personne candidate à l'adhésion doit être domiciliée en France métropolitaine ou d'Outre Mer et affiliée à un régime d'assurance maladie français. Pour pouvoir être affilié à l'adhésion, l'ayant droit doit également être assuré ou ayant droit d'un régime d'assurance maladie français.

ARTICLE 5 : RENONCIATION

- MODALITÉS DE RENONCIATION - SANTÉ DANS LE CADRE D'UNE VENTE A DISTANCE

Conformément à l'article L.221-18 du code de la mutualité et l'article L.112-2 du code des assurances, toute personne ayant adhéré à distance bénéficie d'un délai de renonciation de 14 jours calendaires révolus à compter de la réception des documents d'adhésion (ou de la date d'effet si postérieure). Dans l'hypothèse où l'adh rent souhaite utiliser cette faculté, le modèle de lettre est proposé dans le bulletin d'adhésion.

- RENONCIATION DANS LE CADRE D'UNE VENTE PAR DÉMARCHAGE   DOMICILE

Articles L 121.23   L 121.26 du Code de la Consommation Conditions : Si vous souhaitez renoncer à votre adhésion, complétez et signez le formulaire détachable présent dans le bulletin d'adhésion. Expédiez-le au plus tard dans un délai de 14 jours (délai légal de 7 jours prolongé par l'assureur à 14 jours)   compter du lendemain du jour de la signature de votre demande d'adhésion ou si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, le premier jour ouvrable suivant.)

ARTICLE 6 : CHANGEMENT DE FORMULE

Les changements de formule, aussi bien à la hausse qu'à la baisse, sont possibles à effet du 1er janvier de chaque année suivant la demande adressée par le membre participant à la mutuelle. Le membre participant doit adresser sa demande de changement de formule, par écrit au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, soit au plus tard le 31 octobre, à : UMC - Centre de Gestion Mutuelle 63 - 35 rue Saint Sabin 75534 PARIS CEDEX 11. Par exception, la prise d'effet d'un changement de formule pourra avoir lieu :

- Changement de formule à la hausse dans le cadre d'opérations promotionnelles ponctuelles proposées par la mutuelle. Dans ce cas, le changement de formule à la hausse prendra effet le 1er jour du mois civil qui suit la réception de la demande écrite du membre participant.
- Dès lors que la demande de changement de formule est justifiée par une modification de la situation familiale (mariage, divorce, séparation de l'adh rent et du concubin ou naissance, décès), le changement de formule prendra effet le 1er jour du mois civil suivant la demande écrite du membre participant.

Le changement de formule est valable pour l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion. Un changement de formule à la hausse s'entend du choix d'une formule dont le montant de cotisation est plus élevé. Un changement de formule à la baisse s'entend du choix d'une formule dont le montant de cotisation est moins élevé. Toute demande de changement de formule après la mise en œuvre d'une précédente demande de changement dans une autre formule, ne pourra intervenir qu'après un délai de maintien de 12 mois minimum dans la formule en cours. Par exception, dès lors que la demande de mutation est justifiée

par une modification de la situation familiale prévue à l'alinéa pr c dent, ce délai de maintien pourra être réduit au 1er jour du trimestre civil suivant la demande.

ARTICLE 7 : REGLES APPLICABLES AUX AYANTS DROIT

7.1. - Adhésion des ayants droit

a) L'adhésion de l'ayant droit simultanée à celle du membre participant est concr t s e par l'envoi de la carte adh rent. L'article « ADHESION ». s'applique de la même façon. L'adhésion d'un ayant droit postérieurement à celle du membre participant est concr t s e par une Demande d'Adhésion correctement et compl tement rempli et signé par le membre participant auquel doit être joint le cas échéant le supplément de cotisation correspondant à trois mois d'assurance lorsque le membre participant n'a pas opté pour le prélèvement automatique.

- En cas de naissance ou d'adoption : la date d'effet de l'ajout est le 1er jour du mois civil suivant la naissance ou l'adoption, sous réserve que la demande d'ajout ait été effectuée dans les 3 mois suivant la survenue de l' v nement. Après expiration de ce délai, la date d'effet sera alors le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.
- En cas de mariage, PACS ou concubinage : la date d'effet de l'ajout est le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.
- S'agissant des autres ayants droit : la date d'effet de l'ajout est le 1er jour du mois civil suivant la réception de la demande.

b) L'adhésion des éventuels ayants droit est nécessairement effectuée dans la même formule que celle du membre participant sauf modalités spécifiques liées à des différences de couverture sociale complémentaire à l'Assurance Maladie Obligatoire des différents bénéficiaires.

7.2. - Changements de formules internes des ayants droit

Les changements de formules des ayants droit suivent les règles applicables à l'article « CHANGEMENT DE FORMULE ».

CHAPITRE II - DEMISSION – RESILIATION – EXCLUSION - RADIATION

ARTICLE 8 : DEMISSION

Le membre participant peut mettre fin à son adhésion tous les ans en envoyant une lettre recommandée avec accusé réception au moins deux mois avant la date d'échéance annuelle, à l'adresse suivante : **Centre de gestion ADP GESTION - CS 50155 - BP 13395 - 13395 MARSEILLE Cedex 10**. La date limite d'exercice du droit à résiliation de l'adhésion est r appel e avec chaque information annuelle délivrée par l'association APPUIS conformément aux dispositions légales. La demande prend effet au 1er janvier de l'année suivante, les cotisations restant dues jusqu'à cette date.

ARTICLE 9 : RESILIATION

9.1. - Résiliations exceptionnelles

Conformément à l'article L.221-17 du code de la mutualité, lorsque le membre participant ne remplit plus les conditions nécessaires pour demeurer dans sa formule ou en cas de changement de domicile, de changement de situation matrimoniale, de changement de régime matrimonial, de changement de profession, ou de départ en retraite professionnelle ou de cessation définitive ou temporaire d'activité professionnelle, de mise en invalidité, de mise en disponibilité pour raisons personnelles ou congé parental, perte de qualité membre participant tel que défini à l'article « BENEFCIAIRES » de la présente Notice d'Information, il peut être mis fin à l'adhésion par chacune des parties lorsqu'elle a pour objet la garantie des risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l' v nement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet le premier jour du mois qui suit la réception de sa notification. La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

9.2. - Résiliation pour non paiement des cotisations

Le membre participant qui n'a pas réglé sa cotisation ou la fraction de celle-ci venue à échéance dans les dix jours de cette échéance, verra sa garantie suspendue dans tous ses effets, trente jours après sa mise en demeure effectuée par la mutuelle. Aucune prestation ne peut être servie pendant la période de suspension. Le membre participant n'ayant pas acquitté sa cotisation ou la fraction de celle-ci ayant fait l'objet d'une mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée, verra sa garantie résiliée 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé à l'alinéa pr c dent. Le paiement de la cotisation ou fraction de celle-ci ayant donné lieu à cette mise en demeure ainsi que des fractions éventuellement venues à échéance pendant la période écoulée entre la mise en demeure et le paiement, rétablira le droit aux prestations pour l'ensemble de la période, sous réserve que ce paiement intervienne au plus tard 40 jours après ladite mise en demeure.

9.3. - Résiliations dérogatoires

A titre dérogatoire, il peut être mis fin à l'adhésion dans les cas suivants :

- si le bénéficiaire ne répond plus à la définition de l'ayant droit tel que défini à l'article « BENEFCIAIRES » de la présente Notice d'Information.
- si le membre participant bénéficie d'un contrat collectif obligatoire : dans ce cas, la résiliation intervient à la date d'adhésion audit contrat dans la mesure où la demande est accompagnée d'un justificatif datant de moins de 3 mois.
- si le membre participant bénéficie du dispositif CMU-C : dans ce cas, la résiliation inter-

vient à la date d'effet de l'entrée à ce dispositif.

- en cas de décès d'un bénéficiaire, la radiation intervient à la date de survenance du décès sous réserve de justification par l'acte de décès.

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 10 : EXCLUSION

Sous réserve des dispositions propres aux mutuelles et unions du livre II du code de la mutualité, peuvent être exclus les membres participants qui auraient causé volontairement atteinte aux intérêts de la mutuelle. Le membre participant dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué devant le Conseil d'Administration de la mutuelle pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 11 : RADIATION - CONSEQUENCE DE LA RADIATION

La démission, la résiliation et l'exclusion entraîneront la radiation du membre participant et de ses ayants droit inscrits dans l'une des formules « ACTIS SANTE ». La résiliation donne droit au remboursement des cotisations versées au prorata de la période d'assurance non garantie sauf stipulations contraires prévues à la présente Notice d'Information. La résiliation met un terme à l'ensemble des prestations de la formule. Conformément à l'article « OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS », seuls sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation.

TITRE III – LES GARANTIES FRAIS DE SANTE

CHAPITRE I - RISQUES EXCLUS ET OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

ARTICLE 12 : RISQUES EXCLUS ET PLAFONDS LEGAUX

12.1. - Risques exclus

Ne sont pas pris en charge, les frais occasionnés par un accident ou une maladie non pris en charge par le régime obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire, sauf stipulation particulière de la garantie. En l'absence de dispositions expressément mentionnées au niveau d'une garantie, l'ensemble des garanties ne couvrent pas, conformément à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables » :

- la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- la franchise mentionnée au III de l'article L.322-2 du Code de la sécurité sociale ;
- la majoration du ticket modérateur mise à la charge des assurés prévue par l'article L.162-5-3 du Code de la sécurité sociale en cas d'absence de désignation d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un autre médecin sans prescription préalable du médecin traitant ;
- la majoration du ticket modérateur visée à l'article L.161-36-2 du Code de la sécurité sociale et applicable aux actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation au professionnel de santé auquel il a eu recours d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter
- les dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations visés à l'article L.162-5, 18° du Code de la sécurité sociale, à hauteur au moins du montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- et, de manière générale, tout autre acte, prestation, majoration ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et par ses textes d'application.

Le fait que la mutuelle ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

12.2. - Plafonds légaux

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et de l'article L.224-8 du Code de la mutualité, 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 ou de ses ayants droit après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Conformément aux dispositions l'article 2 alinéa 1 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 la date de souscription.

Dans cette limite, le bénéficiaire peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Conformément à la loi du 13.08.04 portant sur la Réforme de l'Assurance Maladie, et à l'ensemble des décrets et conventions s'y rapportant :

Les garanties prennent en charge les dépassements d'honoraires encadrés facturés au titre des actes techniques par les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, dans les conditions de l'article 36 de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 telle que modifiée par l'arrêté du 21 mars 2012 pris en application de l'article 56 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement

de la sécurité sociale pour 2012. Ce dépassement est plafonné pour chaque acte technique à 50% de la valeur de l'acte.»

- Prestations de prévention : les garanties remboursent au moins deux prestations de prévention parmi la liste établie par l'arrêté du 8 juin 2006.

- Exclusion de prise en charge : les garanties ne prennent pas en charge les participations et les franchises mentionnées aux II et III de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale, les majorations du ticket modérateur prévues aux articles L.162-5-3 et L.161-36-2 du même code et les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L.162-5 du même code.

ARTICLE 13 : OBJET DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

Les garanties frais de santé définies à la présente Notice d'Information ont pour objet d'assurer au membre participant et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période d'ouverture des droits à prestations sous déduction des remboursements effectués par la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie. L'ensemble des garanties frais de santé définies à la présente Notice d'Information s'applique dans les conditions et limites fixées par l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale et par ses textes d'application relatifs aux contrats dits « responsables ». A ce titre, elles prennent notamment en charge le ticket modérateur d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de Santé Publique, prévues à l'article R. 871-2 II du Code de la sécurité sociale et dont l'arrêté du 8 juin 2006, paru au Journal Officiel du 18 juin 2006, fixe la liste.

CHAPITRE II - LES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

Par une convention de délégation de gestion, la Mutuelle UMC donne mandat à ADP Centre de Gestion pour gérer les prestations et les cotisations de votre contrat frais de santé.

Toutes vos correspondances portant sur ces deux points doivent être adressées à :

Centre de Gestion ADP GESTION

CS 50155 - BP 13395 - 13395 MARSEILLE Cedex 10

ARTICLE 14 : TABLEAU DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

La personne candidate à l'adhésion au contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » peut adhérer à l'une des formules de garanties suivantes :

- « ACTIS SANTE 100 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 125 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 150 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 200 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 300 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable

ARTICLE 15 : OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS FRAIS DE SANTE DELAIS D'ATTENTE - FORCLUSION

15.1. - Délai d'attente

Le droit aux prestations prend effet dès la date d'effet de l'adhésion, pour l'ensemble des bénéficiaires.

15.2. - Conditions d'ouverture du droit aux prestations

La condition d'ouverture des droits est appréciée à la date de l'acte médical portée sur le décompte du régime obligatoire d'Assurance Maladie. Sont pris en charge les soins consécutifs à des maladies ou accidents dont la date des soins ou d'exécution est postérieure à la date d'ouverture des droits et antérieure à la date de résiliation. Pour percevoir leurs prestations les membres participants doivent être à jour du paiement des cotisations dues.

15.3 - Forclusion

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Mutuelle UMC en a eu connaissance.

En cas de réalisation du risque, le délai ne court 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 UMC 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 peut être interrompue par une des causes d'interruption visées par le Code de la mutualité.

ARTICLE 16 : DISPOSITIONS PARTICULIERES D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

16.1. - Optique

- Le remboursement est limité à un équipement par bénéficiaire par année civile dans la limite du plafond annuel éventuellement prévu à la garantie.
- Lentilles : le remboursement pour les lentilles non prises en charge par le régime obli-

gatoire, s'effectuera sur la base des factures originales, détaillées et acquittées. Les frais inhérents à l'adaptation des lentilles ainsi que les produits accessoires ne sont pas pris en charge par la mutuelle. L'essai de lentilles n'est pas pris en charge par la mutuelle.

16.2. - Dentaire

La mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis de son chirurgien dentiste conseil, qui pourra procéder au contrôle des travaux dentaires effectués, quelle que soit la nature des soins.

16.3. - En l'absence de clause particulière :

- Le remboursement des actes des praticiens non conventionnés est calculé sur la base de remboursement conventionnelle, sous déduction de la participation versée par le régime obligatoire d'assurance maladie.
- Les forfaits dits « annuels » sont valables du 1er janvier au 31 décembre sans proratisation pour les adhésions en cours d'année. Le forfait peut être versé en une ou plusieurs fois.
- Dans le cadre d'un remboursement à 100% par le régime obligatoire d'assurance maladie, pour un acte ou un soin :
 - si la garantie ne prévoit pas de dépassement d'honoraires : le total des remboursements du régime obligatoire et du régime complémentaire ne peut excéder 100% de la base de remboursement conventionnel
 - si la garantie prévoit des dépassements d'honoraires : la participation de la mutuelle est minorée du montant du ticket modérateur.
- Toutes prestations non prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie doivent faire l'objet d'une prescription nominative et d'une facture originale, détaillée et acquittée.
- Pour tous remboursements concernant des prestations hospitalisation, optique, dentaire, orthopédique et acoustique : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.
- Aide à l'achat de matériel médicalisé prévu aux garanties : une facture originale, détaillée et acquittée doit être jointe à la demande de remboursement.

ARTICLE 17 : BASE DE REMBOURSEMENT

Les prestations sont exprimées en pourcentage de la base de remboursement sous déduction des remboursements du régime obligatoire. Sauf autres dispositions indiquées aux tableaux des garanties, le paiement des prestations est conditionné à l'intervention du régime obligatoire de l'assurance maladie. En cas de modification de la législation relative aux remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie ou de diminution de ces remboursements, les montants des prestations de la mutuelle demeurent au niveau défini aux tableaux des garanties avant la modification, sauf décision contraire des instances de la mutuelle.

ARTICLE 18 : VERSEMENT DES PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

- Les prestations sont payées exclusivement par virement sur le compte bancaire du membre participant ou sur celui des ayants-droit de plus de 16 ans pour les prestations qui les concernent sauf refus exprès de leur part. Les prestations peuvent être exceptionnellement remboursées sur demande expresse du membre participant par lettre-chèque.
- Le montant des prestations versées donne lieu à un relevé de périodicité mensuelle.

TITRE IV – LES COTISATIONS

ARTICLE 19 : COTISATIONS

19.1. - Montant de la cotisation

La cotisation est annuelle. Elle est fixée selon l'âge de chaque bénéficiaire, la région de domiciliation du membre participant, la composition familiale, la formule choisie et l'adhésion éventuelle à une option. Elle figure en annexes II et III de la présente Notice d'Information. L'âge est calculé par différence de millésime entre la date d'émission de la cotisation et l'année de naissance du bénéficiaire. Il y a changement de cotisation au 1er janvier de l'année au cours de laquelle le bénéficiaire change d'âge. Le membre participant est informé du montant des cotisations afférentes à la formule à laquelle il adhère.

19.2. - Paiement des cotisations

Le membre participant est tenu au paiement de la cotisation annuelle due pour lui-même et l'ensemble de ses ayants droit. Le montant de la cotisation annuelle est mentionné sur chaque appel de cotisations. La cotisation est due pour l'année civile et elle est payable d'avance. Elle peut être acquittée mensuellement d'avance par prélèvement automatique sur un compte bancaire. En cas de décès d'un bénéficiaire, la cotisation perçue au titre de périodes mensuelles ultérieures au trimestre durant lequel l'événement s'est produit est remboursée.

19.3. - Non paiement des cotisations

En cas de non paiement des cotisations, il est fait application des procédures visées à l'article « RESILIATION POUR NON PAIEMENT DES COTISATIONS ».

TITRE V - AUTRES GARANTIES INCLUSES

Informations concernant les garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance

ARTICLE 20 : MUTUELLE ASSISTANCE

20.1. Sauf stipulation contraire dans le tableau des garanties, les bénéficiaires de la Mutuelle UMC ont droit à la date d'effet de leur adhésion aux garanties du contrat d'assistance familial «Mutuelle Assistance». Cette garantie est souscrite, dans le cadre d'un contrat collectif, par la Mutuelle UMC auprès GARANTIE ASSISTANCE, Société Anonyme au capital de 1 850 000 € - immatriculée sous le n°312 517 493 RCS Nanterre, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé 108, Bureaux de la Colline - 92210 SAINT-CLOUD.

20.2. - Cette garantie intervient pour les conséquences soudaines d'accident corporel, ou de maladie soudaine, imprévisible et aiguë ou de décès, selon les conditions fixées dans la notice d'information établie par GARANTIE ASSISTANCE.

20.3. - « Mutuelle Assistance » doit être contacté avant la fin de la maladie ou de l'hospitalisation, pour que les garanties soient acquises dès le premier jour de leur mise en œuvre.

20.4. - Les prestations sont les suivantes, selon les conditions fixées dans la notice d'information établie par GARANTIE ASSISTANCE :

• Assistance Hospitalisation

Garde et transfert d'enfants ou petits-enfants, garde ou transport d'ascendants résidant sous le même toit, garde d'animaux familiers d'espèce courante, aide ménagère.

• Assistance informations médicales

En cas d'accident ou de maladie subite à domicile, recherche d'un médecin, transport à l'hôpital, recherche d'un médicament.

• Assistance informations pratiques

Renseignement sur de nombreux domaines de la vie quotidienne.

20.5. - Une notice d'information spécifique concernant ces prestations en inclusion, est établie par GARANTIE ASSISTANCE, est jointe à la présente Notice d'Information.

ARTICLE 21 : UMC JURIS

21.1. - Cette garantie de protection juridique «Recours médical» est souscrite dans le cadre d'un contrat collectif, par la Mutuelle UMC auprès de Protection Mutualiste Assurance SA (PMA-SA), Société du Groupe MATMUT, sis Rue de Sotteville 76100 ROUEN Société anonyme au capital de 7 500 000 euros, entreprise régie par le code des assurances.

21.2. - Selon les conditions et dans la limite des plafonds de garantie et des montants fixés dans la notice d'information établie par Protection Mutualiste Assurance SA (PMA-SA), cette garantie couvre :

- les frais et honoraires de la personne qualifiée et/ou de l'avocat en charge des intérêts du bénéficiaire.
- les frais de procédure.
- les sommes à la charge du bénéficiaire au titre des dépens et des frais irrépétibles.

Ces honoraires, frais et sommes sont pris en charge :

- si l'action en justice qui en est la cause a été décidée d'un commun accord ou a été admise par une décision d'arbitrage.
- si, outre la solution proposée ou l'avis de l'arbitre pour le litige ou le différend qui est à leur origine, il a été obtenu une décision de justice plus favorable.

Les sommes qui pourraient être attribuées au titre des dépens ou des frais irrépétibles sont acquises à PMA-SA ; toutefois, elles sont réparties au prorata des dépenses respectives de PMA et du bénéficiaire.

21.3. - Une notice d'information spécifique concernant ces prestations en inclusion, est établie par Protection Mutualiste Assurance SA (PMA-SA), est jointe à la présente Notice d'Information.

TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE 22 : SUBROGATION

Conformément à l'article L.224-9 du Code de la mutualité, la mutuelle est subrogée de plein droit, dans les droits et actions du bénéficiaire victime d'un accident, contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée, jusqu'à concurrence des prestations de remboursement de frais de soins de santé qu'elle lui a versées. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droit s'engage(ent) à déclarer à la mutuelle, dans les meilleurs délais, tout accident dont il est (ou ils sont) victime(s).

ARTICLE 23 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant de la présente Notice d'Information sont prescrites 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, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action du membre participant ou du bénéficiaire 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 le bénéficiaire, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à 10 ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 du Code de la Mutualité, à savoir : les engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, versement de capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ; 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 24 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations concernant le membre participant ou, le cas échéant, les ayants droit sont destinées à La Mutuelle UMC et à ADP Centre de Gestion et leurs sont nécessaires pour assurer la gestion et le suivi des adhésions. Conformément à la Loi n°2004-801 du 6 août 2004 modifiant la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, le membre participant ou, le cas échéant, ses ayants droit, dispose d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes ; d'un droit d'accès et de communication ; d'un droit de modification et de suppression des données le concernant. Ces droits peuvent être exercés en s'adressant à : UMC - Centre de Gestion Mutuelle 63 - 35 rue Saint Sabin 75534 PARIS CEDEX 11 ou à contact.cil@mutuelle-umc.fr.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant ou, le cas échéant, aux ayants droit, selon leur choix, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet, dans le respect des dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique. Conformément à la recommandation de la CNIL n°97-008 du 4 février 1997 portant sur le traitement des données de santé à caractère personnel, la mutuelle s'engage pendant la durée du contrat, à :

- assurer la sécurité du traitement des informations par des procédures adéquates de telle sorte que seuls le médecin conseil et ses collaborateurs directs aient accès au traitement,
- préserver l'anonymat des informations,
- mettre en œuvre des procédures d'anonymisation telles que des techniques de hachage ou de chiffrement des données, si des données de suivi individualisées (informations qui peuvent être « chaînées » pour connaître l'évolution de l'état de santé d'une personne déterminée, sans que son identité soit connue de la personne mettant en œuvre le traitement, au sens de la recommandation de la CNIL n° 97-008 du 4 février 1997) sont utilisées.

Et se porte fort pour La Mutuelle UMC du respect de ces engagements.

ARTICLE 25 : MODIFICATION DE LA NOTICE D'INFORMATION

La présente Notice d'Information ne peut être modifiée qu'en cas de modification du contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » souscrit par l'association APPUIS auprès de la mutuelle. Conformément à l'article L221-6 du Code de la Mutualité, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des membres participants, l'association APPUIS est tenue d'informer chaque membre participant en lui remettant une nouvelle Notice d'Information établie par la mutuelle. Tout membre participant peut, dans un délai d'un mois à compter de la remise de cette Notice, dénoncer son adhésion en raison des modifications.

ARTICLE 26 : ADHESION A DISTANCE

26.1. – Coût lié à l'usage d'une technique de communication à distance

Le coût de l'utilisation d'une technique de communication à distance par le membre participant pour adhérer au contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » est à sa charge exclusive selon les conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée.

26.2. – Loi applicable

En toutes hypothèses et notamment si le risque est situé hors de France et/ou si le lieu de résidence du membre participant est situé hors de France, la loi applicable aux relations précontractuelles avec le membre participant ainsi qu'à son adhésion au contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » notamment pour son interprétation ou son exécution, sera la loi française.

26.3. – Langue utilisée

L'adhésion emporte convention d'usage de la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

26.4. – Fonds de Garanties

Le membre participant est informé de l'existence du fonds de garantie destinés à préserver les droits des membres participants et des bénéficiaires contre la défaillance des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code la mutualité, tel que défini aux articles L431-1 et suivants dudit code.

ARTICLE 27 : RECLAMATIONS ET MEDIATIONS

Le membre participant peut adresser une réclamation par écrit à l'assureur à laquelle il s'engage à accuser réception et à apporter une réponse dans les meilleurs délais à l'adresse suivante :

Mutuelle UMC

Secteur Relations adhérents - centre de gestion N°63
35 rue Saint Sabin - 75534 PARIS CEDEX 11.

En cas de réponse non satisfaisante de la part de l'assureur à une réclamation du membre participant; une demande de médiation peut être envoyée, par recommandé avec avis de réception, à l'adresse suivante :

Le médiateur de la Mutuelle UMC

Monsieur le Médiateur
35 rue Saint Sabin 75534 PARIS CEDEX 11.

En cas de désaccord à l'issue de cette médiation interne, le membre participant peut saisir le médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) à l'adresse suivante :

FNMF

Service Médiation
255 Rue de Vaugirard - 75015 PARIS

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de médiation interne, examinera la demande du membre participant et rendra un avis en toute équité et en toute indépendance.

ARTICLE 28 : AUTORITE DE CONTROLE

ADP Courtage Plus, 20, rue Jean François Champollion - 21200 Beaune SAS au capital de 402 000 € RCS Dijon 514 072 057 - APE n° 6622Z - immatriculée à l'ORIAS n°09 051 735 Autorité de Contrôle Pludentiel et de résolution (ACPR) 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex. Produit conçu par l'association **APPUIS**, géré par **Centre de gestion ADP GESTION** et assuré par la **Mutuelle UMC**.

TITRE VII – GESTION

Le contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » souscrit par l'association APPUIS est géré par La Mutuelle UMC. L'adhérent doit adresser toutes les correspondances destinées à la mutuelle à l'adresse suivante : UMC - Centre de Gestion Mutuelle 63 - 35 rue Saint Sabin 75534 PARIS CEDEX 11. (sauf stipulations contraires dans l'un des articles de la présente notice).

Information produit

ADP Courtage Plus, 20, rue Jean François Champollion - 21200 Beaune SAS au capital de 402 000 € RCS Dijon 514 072 057 - APE n° 6622Z - immatriculée à l'ORIAS n°09 051 735 Autorité de Contrôle Pludentiel et de résolution (ACPR) 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex. Produit conçu par l'association **APPUIS**, géré par **Centre de gestion ADP GESTION** et assuré par la **Mutuelle UMC**.

ANNEXE I - PRESTATIONS FRAIS DE SANTE

RÉGIME GÉNÉRAL ET RÉGIME ALSACE-MOSELLE

La personne candidate à l'adhésion au contrat collectif facultatif « ACTIS SANTE » peut adhérer à l'une des 5 formules de garanties :

- « ACTIS SANTE 100 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 125 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 150 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 200 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable
- « ACTIS SANTE 300 % » régime général ou Alsace-Moselle, formule responsable

