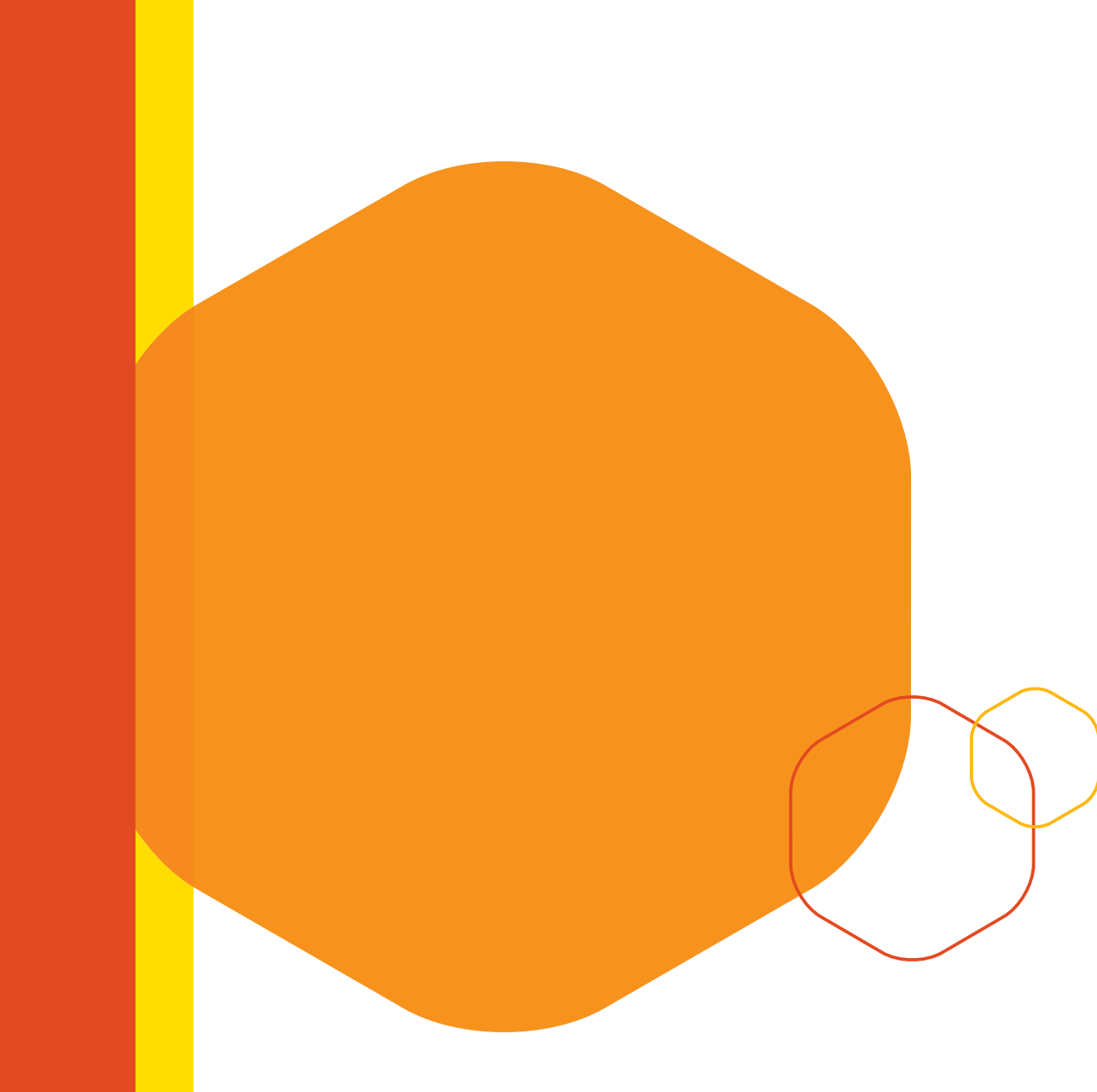


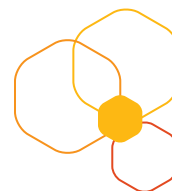


Règlement mutualiste Harmonie Santé Particuliers

Version au 01/09/2015



Sommaire



Chapitre I Dispositions générales	3	Chapitre IV Cotisations	7
Article 1 • Objet du règlement	3	Article 10 • Détermination et mode de calcul de la cotisation	7
Article 2 • Risques couverts	3	10.1 Cotisations pour un adhérent ou un ayant droit jusqu'à la fin de l'année civile de son 28 ^{ème} anniversaire (tarif jeunes)	
Article 3 • Adhésion à la Mutuelle	3	10.2 Minoration de cotisations	
3.1 Modalités d'adhésion		10.3 Majoration de cotisations	
3.2 Bénéficiaires des garanties		10.4 Exonération de paiement de cotisations	
3.3 Garantie des enfants ayants droit de l'adhérent		10.4.1 Naissance ou adoption	
3.4 Prise d'effet de l'adhésion		10.4.2 Cas particulier	
3.5 Durée de l'adhésion		10.5 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé	
Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion	3	Article 11 • Évolution de la cotisation	8
4.1 Nouveaux bénéficiaires		Article 12 • Paiement de la cotisation	9
4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent		12.1 Règlement de la cotisation	
4.3 Autres modifications		12.2 Incident de paiement	
4.4 Évolution des garanties à l'initiative de la Mutuelle		12.3 Non-paiement de la cotisation	
Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité	4	Chapitre V Dispositions diverses	9
5.1 À l'initiative de l'adhérent		Article 13 • Couverture des accidents	9
5.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit		13.1 Recours subrogatoire	
5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel		13.2 Déclaration d'accident	
5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit		13.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires	
5.2 À l'initiative de la Mutuelle		13.4 Tiers payant en cas d'accident	
5.2.1 En cas de non-paiement		Article 14 • Prescription	9
5.2.2 Nullité, exclusion et fausse déclaration intentionnelle		Article 15 • Réclamations	10
5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion		Article 16 • Informatique et libertés	10
Chapitre II Garanties frais de santé	5	Article 17 • Échanges de données informatisées	10
Article 6 • Cadre général	5	Article 18 • Autorité de contrôle	10
6.1 Contrats solidaires et responsables			
6.2 Date d'entrée en vigueur de la garantie			
6.3 Base de remboursement			
6.4 Pluralité de garanties frais de santé			
6.5 Limites de remboursement			
6.6 Limitation de prise en charge en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés			
6.7 Non prise en charge de certaines prestations			
Article 7 • Versement des prestations	6		
7.1 Règlement des prestations			
7.1.1 Calcul des prestations			
7.1.2 Dates de référence			
7.1.3 Documents justificatifs			
7.1.4 Information et modes de paiement des prestations			
7.2 Contrôle			
Chapitre III Garanties autres que santé	7		
Article 8 • Garanties assistance	7		
Article 9 • Garantie protection juridique	7		

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 • Objet du règlement

Le présent règlement mutualiste, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements réciproques entre, d'une part, la Mutuelle et, d'autre part ses membres participants (ces derniers étant ci-après dénommés adhérents) qui ont souscrit à titre individuel une garantie de frais de santé Harmonie Santé Particuliers.

Il a été adopté par l'assemblée générale de la Mutuelle et peut être modifié par cette dernière.

Il est référencé HM.RM.HSPa 09-2015. Il est également complété de descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent pour lui-même et ses ayants droit.

Article 2 • Risques couverts

La garantie individuelle de frais de santé a pour objet d'assurer à l'adhérent 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 garantie, en complément des prestations en nature versées par l'Assurance maladie obligatoire.

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de garanties autres que des garanties santé, conformément aux dispositions du chapitre III du présent règlement.

Article 3 • Adhésion à la Mutuelle

3.1 Modalités d'adhésion

Toute personne couverte par un régime d'Assurance maladie obligatoire français peut adhérer à la Mutuelle, pour elle-même et/ou ses ayants droit (tels que définis à l'article 3.2), en signant un bulletin d'adhésion.

L'adhérent indique sur le bulletin d'adhésion la garantie choisie. Celle-ci se compose de trois axes : « être acteur de sa santé », « être soigné » et « être accompagné » et plus précisément à minima du niveau 1 pour les axes « être acteur de sa santé » et « être accompagné » et d'un niveau, au choix, de l'axe « être soigné ». L'adhérent peut également faire le choix de renforcer les prestations des axes « être acteur de sa santé » et « être accompagné » en souscrivant le niveau 2 dans chacun de ces axes, sauf pour les garanties Hospi et Essentiel.

Ainsi, le niveau 2 de l'axe « être accompagné » permet de bénéficier également de garanties d'assistance optionnelles détaillées dans la notice d'information Harmonie Santé Services et de garanties de protection juridique, conformément aux dispositions du chapitre III du présent règlement.

L'adhérent s'engage à renseigner avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites. La signature du bulletin d'adhésion par l'adhérent emporte acceptation des statuts de la Mutuelle, du règlement intérieur et des droits et obligations définis par le présent règlement, par les descriptifs de chaque axe de la garantie choisie, par la notice d'information de la garantie d'assistance Harmonie Santé Services et le cas échéant par la notice d'information de la garantie de protection juridique Harmonie Protection Juridique.

L'adhérent reçoit préalablement à la signature du bulletin d'adhésion, un exemplaire de l'ensemble de ces documents.

3.2 Bénéficiaires des garanties

Les bénéficiaires des garanties sont les personnes inscrites au bulletin d'adhésion :

- ✚ l'adhérent ;
- ✚ les ayants droit de l'adhérent : sont ayants droit, les personnes désignées par l'adhérent sur le bulletin d'adhésion.

Peuvent être ayants droit :

- son conjoint, son concubin, son partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, jusqu'au 31 décembre qui suit son 20^{ème} anniversaire ou son 28^{ème} anniversaire s'ils sont étudiants, apprentis, intérimaires, à la recherche d'un emploi, en contrat à durée déterminée ou contrat d'insertion professionnelle ;
- ses enfants ou ceux de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

3.3 Garantie des enfants ayants droit de l'adhérent

La garantie des enfants ayants droit de l'adhérent est la même que celle de l'un des parents et, est identique pour tous les enfants.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion

Sauf date expressément prévue au bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet au 1^{er} jour du mois suivant la réception de la demande d'adhésion par la Mutuelle.

3.5 Durée de l'adhésion

L'adhésion au présent règlement produit ses effets jusqu'au 31 décembre de l'année civile en cours et est renouvelée chaque année par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation selon les modalités définies à l'article 5.

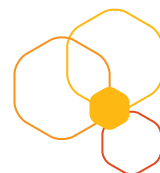
Article 4 • Événements survenant en cours d'adhésion

Tout au long de l'adhésion, l'adhérent doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance tout changement de domicile, de situation familiale ou de situation au regard des régimes d'Assurance maladie obligatoire français. Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements.

Toute modification d'un de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation, dans les modalités décrites à l'article 9.

4.1 Nouveaux bénéficiaires

La date d'effet des modifications demandées est précisée ci-dessous :



Bénéficiaires	Date d'effet de la modification
Nouveau bénéficiaire suite à naissance ou adoption	Au jour de la naissance ou de l'adoption, sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Nouveau bénéficiaire suite à mariage, concubinage ou signature d'un pacte civil de solidarité	Au jour de la survenance de l'événement et sous réserve que la demande de modification ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement. Passé ce délai, les modifications demandées prendront effet au jour de réception de la demande.
Autres bénéficiaires	Au jour de la demande.

4.2 Changement de garantie à l'initiative de l'adhérent

La modification de garantie à la hausse à l'initiative de l'adhérent prend effet 6 mois après la date de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois à compter de la date d'adhésion ou de la date du précédent changement de niveau garantie.

La modification de garantie à la baisse à l'initiative de l'adhérent prend effet au jour de réception de la demande, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins douze mois après la date d'adhésion ou la date du précédent changement de niveau garantie.

4.3 Autres modifications

Les autres modifications prendront effet au jour de la réception de leur demande par la Mutuelle.

4.4 Évolution de la garantie à l'initiative de la Mutuelle

La garantie peut être modifiée par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration, quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Ces modifications prennent effet dès lors qu'elles ont été notifiées à l'adhérent.

Article 5 • Résiliation de la garantie, radiation d'un ayant droit, exclusion, nullité

5.1 À l'initiative de l'adhérent

5.1.1 Résiliation en fin d'année ou radiation d'un de ses ayants droit

L'adhérent peut mettre fin à la garantie ou demander la radiation d'un de ses ayants droit en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception avant le 31 octobre de l'année. La garantie santé est composée de trois axes ; il n'est pas possible de demander la résiliation d'un ou de deux axes ; c'est la totalité de la garantie qui est résiliée.

La demande de résiliation, ou la demande de radiation d'un ayant droit, ne dispense pas l'adhérent du paiement des

cotisations qui restent dues jusqu'à la fin de l'année civile. En contrepartie, la garantie est due par la Mutuelle jusqu'à cette même date.

5.1.2 Résiliation à titre exceptionnel

À titre exceptionnel, il peut être mis fin à la garantie en cours d'année, pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous et sous réserve de produire les justificatifs correspondants.

Motif de la demande de résiliation	Date d'effet de la résiliation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français par l'adhérent	La résiliation prend effet au jour de survenance de l'événement sous réserve que la demande de résiliation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU-C à l'adhérent	
Adhésion de l'adhérent à un contrat collectif obligatoire	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois, ou si des prestations ont été versées, la résiliation prendra effet au jour de réception de la demande.
Décès de l'adhérent	La résiliation prend effet au jour du décès.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

5.1.3 Radiation à titre exceptionnel d'un ayant droit

À titre exceptionnel et, sous réserve de produire les justificatifs correspondants, un adhérent peut demander la radiation d'un ayant droit en cours d'année pour les cas mentionnés au tableau ci-dessous :

Motif de la demande de radiation	Date d'effet de la radiation
Perte du régime d'Assurance maladie obligatoire français de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour de la survenance de l'événement, sous réserve que la demande de radiation ait été reçue dans les trois mois qui suivent cet événement et que la Mutuelle n'ait pas versé de prestations depuis cette date.
Attribution de la CMU-C à l'ayant droit	
Adhésion de l'ayant droit à un contrat collectif obligatoire	Si la demande parvient à la Mutuelle après ce délai de trois mois ou si des prestations ont été versées, la radiation prendra effet au jour de réception de la demande.
Décès de l'ayant droit	La radiation prend effet au jour du décès.
Divorce ou séparation	La radiation prend effet au jour de réception de la demande.

La partie de cotisation correspondant à la période postérieure à la date d'effet de la radiation est mise en acompte à valoir sur le paiement de la prochaine cotisation due par l'adhérent.

5.2 À l'initiative de la Mutuelle

5.2.1 En cas de non-paiement

La Mutuelle peut résilier la garantie en cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, selon les modalités prévues à l'article 11.3.

5.2.2 Nullité, exclusion et fausse déclaration intentionnelle

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées à l'adhérent par la Mutuelle sont nulles 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 l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Peut être exclu dans les conditions définies à l'article 13 des statuts :

- ✚ **l'adhérent ou un de ses ayants droit qui aura, de mauvaise foi, fait des déclarations inexactes ou aura omis de communiquer des informations entraînant la nullité des garanties d'assurance accordées par la Mutuelle, dans les conditions définies par les articles L.221-14, L.221-15 et L.223-18 du Code de la Mutualité,**
- ✚ **ainsi que tout adhérent ou tout ayant droit qui aura, par fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir des prestations indues.**

5.3 Conséquence de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion

Les soins réalisés après la date d'effet de la résiliation, de la radiation, de l'exclusion, ne pourront donner lieu à aucun remboursement de la part de la Mutuelle. Il en va de même pour toutes les facturations de biens médicaux (médicaments, prothèses, optique, appareillage...) ayant eu lieu après cette date.

À compter de la date d'effet de résiliation, de radiation ou encore d'exclusion, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les cartes mutualistes qui lui ouvraient des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci.

La demande de résiliation entraîne la cessation des prestations des 3 axes de la garantie – y compris de la garantie d'assistance incluse et, le cas échéant, des garanties d'assistance supplémentaires et de la protection juridique telles que définies au chapitre III.

Chapitre II

GARANTIES FRAIS DE SANTÉ

Article 6 • Cadre général

6.1 Contrats solidaires et responsables

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

- ✚ aucune information d'ordre médical ne peut être demandée à l'adhérent ou à ses ayants droit ;
- ✚ les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés ;
- ✚ les garanties respectent les exclusions et obligations minimales et maximales de prise en charge définies aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale conférant ainsi au contrat son caractère responsable.

6.2 Date d'entrée en vigueur de la garantie

L'adhérent et ses ayants droit mentionnés au bulletin d'adhésion bénéficient des garanties de la Mutuelle à compter de la date d'effet indiquée sur celui-ci.

Les prestations sont assurées pendant la période d'effet de la garantie sous réserve du paiement de la cotisation dans les conditions fixées à l'article 11.

6.3 Base de remboursement

Sauf autres dispositions indiquées aux descriptifs de la garantie, le remboursement de la Mutuelle est conditionné à l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire française, y compris pour les soins effectués à l'étranger.

En cas de modification des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM), ou en cas de diminution des taux de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, et sauf décision contraire du conseil d'administration de la Mutuelle, agissant par délégation de son assemblée générale, les montants des remboursements de la Mutuelle demeurent au niveau défini au tableau descriptif de la garantie, avant la modification.

6.4 Pluralité de garanties frais de santé

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

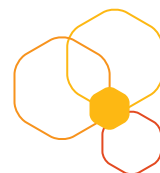
6.5 Limites de remboursement

Les remboursements ou les indemnisations de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge des bénéficiaires, après les remboursements de toutes natures auxquels ils ont droit.

6.6 Limitation de prise en charge en cas de non respect du parcours de soins coordonnés

Dans le cadre du « parcours de soins coordonnés » défini à l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité sociale, et de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale relatif aux contrats dits « responsables », les garanties ne prennent pas en charge :

- ✚ les participations forfaitaires et les franchises annuelles prévues au paragraphe II et III de l'article L.322-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- ✚ la majoration de participation laissée à la charge de l'assuré par l'Assurance maladie obligatoire en l'absence de désignation, par l'assuré, d'un médecin traitant ou en cas de consultation d'un médecin sans y avoir été adressé par le médecin traitant ou par le médecin correspondant, en dehors des cas d'urgence, d'éloignement de la



résidence habituelle et d'accès direct prévu pour certaines spécialités ;

- ✚ la modulation de participation applicable en cas de refus d'autorisation du patient au professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter ;
- ✚ les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non-respect par les assurés du parcours de soins coordonnés.

6.7 Non prise en charge de certaines prestations

Les prestations suivantes ne permettent pas de bénéficier d'une prise en charge par la Mutuelle :

- ✚ les dépassements d'honoraires pour exigence personnelle et notamment les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance maladie obligatoire ;
- ✚ les cures médicales en établissement de personnes âgées, les séjours dans les ateliers thérapeutiques, dans les instituts ou centres médicaux à caractère éducatif, psychopédagogique et professionnel, dans les centres de rééducation professionnelle, dans les services de longs séjours et établissements pour personnes âgées ;
- ✚ la chambre particulière facturée pour le jour de sortie d'une hospitalisation (y compris pour la maternité).

Article 7 • Versement des prestations

7.1 Règlement des prestations

7.1.1 Calcul des prestations

Les prestations sont calculées sur la base des tarifs de responsabilité de l'Assurance maladie obligatoire en vigueur à la date de référence telle que définie ci-dessous ou sur des valeurs forfaitaires, déduction faite, le cas échéant, du remboursement du régime obligatoire, y compris lorsqu'il s'agit de soins effectués à l'étranger.

Lorsqu'aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent, les prestations sont exprimées en pourcentage, la Mutuelle calcule son remboursement en multipliant le taux indiqué par le tarif de responsabilité ou par la base de remboursement définis par l'Assurance maladie obligatoire.

Des limitations en durée, quantité ou montant peuvent être appliquées. Celles-ci sont alors mentionnées aux descriptifs de la garantie choisie par l'adhérent.

En tout état de cause et pour tous les niveaux de garanties, la prise en charge par la Mutuelle des frais dentaires au-delà du ticket modérateur pour les actes suivants : inlays-onlays, prothèses amovibles et fixes (y compris les piliers de bridge et prothèses fixes transitoires) et implants, réalisés ou non dans le réseau dentaire Kalivia est limitée à 2500 € par bénéficiaire et par période de 12 mois consécutifs. Cette période débute au jour de la prise d'effet de l'adhésion. Le remboursement de l'intégralité du ticket modérateur sera remboursé au-delà de cette prise en charge dentaire maximale, dans le respect du cahier des charges du contrat responsable (article R.871-2 du Code de la sécurité sociale). Cette prise en charge dentaire maximale n'est plus appliquée à compter du 24^{ème} mois d'adhésion à compter de la prise d'effet de l'adhésion.

Les prestations peuvent être éventuellement renforcées dans le cadre de conventions signées avec des professionnels de santé.

L'adhérent conserve dans tous les cas, la liberté du choix de son professionnel de santé.

7.1.2 Dates de référence

Les dates qui servent de référence au calcul des prestations, lorsque leur prise en charge est indiquée aux descriptifs de la garantie sont :

- ✚ les dates de facturation pour la pharmacie, l'appareillage et les accessoires médicaux, l'optique, les vaccins, la contraception, et selon la garantie choisie pour les autotests et l'automédication ;
- ✚ les dates de réalisation des actes pour les soins médicaux et les actes effectués par des auxiliaires médicaux, le dentaire, les examens de prétraitements et de contention en orthodontie, la médecine douce telle que définie dans les descriptifs de garantie, les transports en ambulances et véhicules sanitaires légers, la chirurgie correctrice de l'œil, les honoraires des médecins, les analyses et examens et la participation forfaitaire et selon la garantie choisie, la psychologie ;
- ✚ les dates de début et fin de séjour pour les cures thermales, l'hospitalisation ⁽¹⁾ ou la maternité ⁽²⁾ ;
- ✚ la date de naissance ou d'adoption pour l'indemnité de naissance, lorsque celle-ci est prévue aux descriptifs de la garantie, sous réserve que l'inscription soit réalisée dans les 3 mois suivant la naissance ou l'adoption ;
- ✚ les dates de début et de fin de semestre pour le traitement d'orthodontie ;

⁽¹⁾ Le cas échéant, la chambre particulière est prise en charge :

- en cas d'hospitalisation avec nuitée(s)
- ou lorsque le séjour est réalisé dans le cadre d'une hospitalisation avec anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire sans nuitée. Les frais d'accompagnant lorsqu'ils sont pris en charge le sont uniquement, lorsque l'hospitalisation de la personne accompagnée comprend une nuitée.

⁽²⁾ Chambre particulière prise en charge uniquement en cas d'hospitalisation avec nuitée(s).

7.1.3 Documents justificatifs

Les prestations sont versées sur production :

- ✚ des originaux des décomptes de prestations délivrés par l'Assurance maladie obligatoire ;
- ✚ des documents nécessaires à la Mutuelle pour connaître le montant des dépenses engagées par l'adhérent ou ses ayants droit (notes d'honoraires ou factures détaillées et acquittées ou tout autre document justificatif) ;
- ✚ si nécessaire, des originaux des décomptes de prestations délivrés par un autre organisme d'Assurance maladie complémentaire, de telle sorte que le montant total des remboursements soit limité aux frais restant à la charge de l'adhérent ou de ses ayants droit.

Pour les prestations dentaires, le bénéficiaire doit présenter un devis ou une facture détaillée, établie par le professionnel de santé. En leur absence, il ne pourra obtenir le remboursement des frais dépensés.

L'adhérent ou ses ayants droit sont dispensés de l'envoi des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire lorsque leur caisse d'affiliation les transmet

directement à la Mutuelle par l'intermédiaire d'un centre de traitement informatique. En ce cas, le remboursement complémentaire est effectué par la Mutuelle sans avoir recours aux originaux des décomptes reçus par l'adhérent ou ses ayants droit, sur lesquels apparaît la mention « copie transmise à votre mutuelle » ou une mention équivalente.

Toutefois, lorsque l'adhérent ou ses ayants droit ont bénéficié d'une procédure de tiers payant pour la seule part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils ne peuvent se dispenser, pour obtenir leur remboursement, de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de prestations émis par l'Assurance maladie obligatoire et des factures détaillées et acquittées.

7.1.4 Information et modes de paiement des prestations

Les remboursements sont effectués par virement en euros. Un relevé périodique des remboursements effectués est communiqué à l'adhérent ou à la personne qu'il a désignée.

Dans le cas où des accords ont été passés avec des professionnels de santé et/ou des établissements hospitaliers pour éviter à l'adhérent ou à ses ayants droit de faire l'avance de tout ou partie des frais, les remboursements convenus sont alors adressés directement à ces professionnels de santé ou établissements.

7.2 Contrôle

Afin de vérifier la réalité des dépenses engagées et la conformité des soins à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ainsi qu'aux conditions d'attribution de ses prestations, la Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent règlement.

Ce contrôle s'exerce sur production de pièces justificatives aux professionnels de santé et éventuellement par expertise médicale.

En cas de refus du bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes concernés ne donneront pas lieu à prise en charge par la Mutuelle.

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

Chapitre III

GARANTIES AUTRES QUE SANTÉ

Article 8 • Garanties assistance

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient également de la garantie d'assistance de base Harmonie Santé Services (niveau 1 de l'axe « être accompagné »).

La garantie d'assistance de base a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion obligatoire par la Mutuelle, sur décision de l'assemblée générale dans le cadre des dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité auprès de Ressources Mutuelles Assistance (RMA, union technique d'assistance, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et immatriculée au répertoire Sirene sous

le numéro Siren 444 269 682, dont le siège social se situe : 46 rue du Moulin - BP 62127 – 44121 Vertou Cedex – numéro LEI 969500YZ86NRB0ATRB28) au profit de l'ensemble des adhérents et de leurs ayants droit bénéficiant d'une garantie santé.

Si par ailleurs l'adhérent a décidé de souscrire le niveau 2 de l'axe « être accompagné », il bénéficie, également, ainsi que ses ayants droit de garanties d'assistance optionnelles, souscrites sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative par la Mutuelle auprès de RMA.

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

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 9 • Garantie protection juridique

L'adhérent et ses ayants droit bénéficient de la garantie de protection juridique Harmonie Protection Juridique, si l'adhérent a souscrit le niveau 2 de l'axe « être accompagné ».

Cette garantie a été souscrite sous la forme d'un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative par la Mutuelle au bénéfice de ses adhérents auprès de CFDP Assurances - Entreprise d'assurances régie par le Code des Assurances, Société Anonyme au capital de 1 600 000 €, ayant son siège social 01 place Francisque Régaud - 69002 Lyon, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Lyon sous le numéro 958 506 156 B.

Une notice d'information spécifique à cette garantie est remise à l'adhérent.

Cette garantie est révisable ou résiliable annuellement par l'assureur. Ces modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Chapitre IV

COTISATIONS

Article 10 • Détermination et mode de calcul de la cotisation

La cotisation est déterminée en fonction de la garantie choisie, du lieu d'habitation de l'adhérent, du régime d'Assurance maladie obligatoire, du nombre et de l'âge des personnes garanties (âge calculé par différence de millésime entre l'année de cotisation et l'année de naissance - 1).

La cotisation varie avec l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de chaque année.

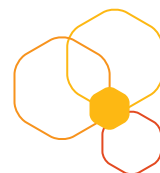
Toute modification d'un autre de ces critères en cours d'année pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

Le nouveau montant de la cotisation, liée à la modification de l'adresse de l'adhérent, prendra effet au jour de la réception par la Mutuelle du courrier l'informant du changement d'adresse.

10.1 Cotisations pour un adhérent ou un ayant droit jusqu'à la fin de l'année civile de son 28^{ème} anniversaire (tarif jeunes)

La cotisation d'un adhérent ou d'un ayant droit jusqu'à la fin de l'année civile de son 28^{ème} anniversaire pouvant justifier d'une des situations suivantes :

✚ étudiant ;



- ✚ apprenti ;
- ✚ intérimaire ;
- ✚ à la recherche d'un emploi ;
- ✚ en contrat à durée déterminée ;
- ✚ en contrat d'insertion professionnelle ;
- ✚ handicapé ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire française ;

sera celle d'un adhérent ou d'un ayant droit âgé de moins de 20 ans.

Cette situation est prolongée au-delà de la fin de l'année civile du 28^{ème} anniversaire, pour l'ayant droit enfant de l'adhérent ou de son conjoint, en situation de handicap ayant un taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 % reconnu par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

10.2 Minoration de cotisations

Une minoration de cotisations, dont le montant est fixé par l'assemblée générale, ou le conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière est appliquée à un bénéficiaire, en cas de prise en charge de l'adhérent ou de l'ayant droit au titre des affections de longue durée, sous réserve de produire la notification délivrée par le régime d'Assurance maladie obligatoire français.

10.3 Majoration de cotisations

Pour toute nouvelle adhésion intervenant à partir du 1^{er} janvier qui suit l'anniversaire des 65 ans du bénéficiaire, la cotisation est majorée. Son montant est fixé par l'assemblée générale ou par le conseil d'administration de la Mutuelle sur délégation de l'assemblée générale.

Cette majoration ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire peut justifier, sur présentation d'un certificat de radiation, qu'il bénéficiait, antérieurement à son adhésion à la Mutuelle, d'une garantie complémentaire santé, résiliée dans les trois mois précédant cette adhésion.

10.4 Exonération de paiement de cotisations

10.4.1 Naissance ou adoption

L'adhérent qui inscrit un enfant dans les trois mois qui suivent sa naissance ou son adoption est dispensé du paiement de la cotisation de cet enfant pour le mois de son inscription et le mois qui suit.

10.4.2 Cas particulier

L'adhérent, pouvant se prévaloir d'une ancienneté d'au moins 24 mois consécutifs dans une garantie santé de la Mutuelle au jour de la perte de son emploi salarié et donnant lieu à une indemnisation par l'assurance chômage pendant une période d'au moins un mois, peut bénéficier de la dispense du paiement d'une fraction de sa cotisation annuelle.

La fraction de la cotisation annuelle exonérée correspond à la cotisation totale due pour l'ensemble des bénéficiaires de la garantie pour la période des deux mois qui suivent la demande de l'adhérent.

La même dispense de paiement est accordée en cas de perte d'emploi salarié du conjoint, du concubin, ou du partenaire de l'adhérent lié à lui par un pacte civil de solidarité et ayant la qualité d'ayant droit au sens du présent règlement (ci-après dénommé le conjoint), si cette perte d'emploi donne lieu à une indemnisation par l'assurance chômage pendant une période

d'au moins un mois et si le conjoint peut se prévaloir d'une ancienneté d'au moins 24 mois consécutifs dans une garantie santé de la Mutuelle au jour de la perte de son emploi salarié.

La dispense de paiement est accordée, sur demande écrite de l'adhérent sous réserve que :

- ✚ cette demande soit adressée à la Mutuelle au plus tard dans les 6 mois qui suivent le premier versement des allocations de l'Assurance chômage ;
- ✚ l'adhérent n'ait pas reçu une mise en demeure de payer ses cotisations au jour de la demande.

La dispense de paiement est accordée une fois par bénéficiaire (adhérent ou conjoint) et par année civile. Toutefois, la même période de chômage ne donne lieu qu'à une seule dispense de paiement, y compris si elle se poursuit au-delà de la fin de l'année civile au cours de laquelle elle a commencé.

La dispense de paiement cesse lorsque la garantie de l'adhérent est résiliée ou lorsque le conjoint est radié.

Cette dispense de paiement de cotisation ne peut donner lieu à un quelconque versement par la Mutuelle d'une somme d'argent.

Ainsi, si l'adhérent bénéficie d'aides sociales directement affectées au paiement des cotisations de la présente garantie, la dispense de paiement sera accordée dans la limite du montant de la cotisation effectivement à la charge de l'adhérent.

L'adhérent doit fournir la copie de la lettre d'admission au bénéfice des allocations de l'Assurance chômage, ainsi que l'avis de situation, l'attestation des périodes de chômage indemnisées ou une attestation de paiement fournis par l'Assurance chômage et correspondant au mois précédant la demande.

10.5 Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

En fonction de leurs revenus, certains adhérents ou leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une réduction de cotisation appelée « Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » dont les conditions d'attribution et les montants sont déterminés par les pouvoirs publics. Pour bénéficier de cette réduction, il faut souscrire une des offres sélectionnées dans le cadre de la mise en concurrence prévue par l'article L.863-6 du Code de la sécurité sociale.

Le présent règlement mutualiste ne fait pas partie des offres éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Aussi, si l'adhérent (ou l'ayant droit) devient éligible à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, il devra pour bénéficier de cette aide signer un bulletin d'adhésion au contrat collectif ACCÈS SANTÉ, offre sélectionnée dans le cadre de la mise en concurrence déjà mentionnée qui remplacera l'adhésion au présent règlement mutualiste.

Article 11 • Évolution de la cotisation

La cotisation est ajustée, chaque année, à effet du 1^{er} janvier par l'assemblée générale de la Mutuelle ou par le conseil d'administration, lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière, notamment en fonction des résultats constatés, de l'évolution prévisible des dépenses de soins de santé et des modifications d'ordre législatives ou conventionnelles.

À titre exceptionnel, la cotisation peut également être modifiée en cours d'année par l'assemblée générale ou le conseil d'administration lorsqu'il a reçu délégation à cet effet de la part de l'assemblée générale.

Article 12 • Paiement de la cotisation

12.1 Règlement de la cotisation

L'adhérent s'engage à régler une cotisation pour lui-même et l'ensemble des ayants droit désignés au bulletin d'adhésion. La cotisation est due pour l'année civile et payable d'avance. Son paiement peut être fractionné au mois (par prélèvement automatique uniquement), au trimestre, au semestre. Le paiement intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion.

12.2 Incident 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 ».

12.3 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement de la cotisation dans les dix jours de son échéance, les garanties sont suspendues trente jours après l'envoi par la Mutuelle à l'adhérent d'une mise en demeure de payer la cotisation. Les frais engagés pendant la période de suspension des garanties ne donnent pas lieu à indemnisation, même après régularisation du paiement de la cotisation. Sans autre envoi spécifique de la Mutuelle, les garanties sont résiliées si l'adhérent n'a pas réglé la cotisation quarante jours après l'envoi de la mise en demeure de payer.

Au cas où le paiement de la cotisation annuelle serait fractionné, la suspension des garanties intervenue du fait du non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. Les garanties suspendues mais non résiliées reprennent, pour l'avenir, leurs effets le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée, ou en cas de fractionnement, les fractions de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension majorées des frais de mise en demeure et de recouvrement.

La suspension puis la résiliation des garanties n'empêchent pas la Mutuelle de poursuivre en justice en vue d'obtenir le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle restant due, le cas échéant des prestations indues, et des frais de recouvrement et de contentieux.

Après résiliation, l'adhérent pourra adhérer à nouveau : le lendemain de la date de la résiliation, si la demande d'adhésion parvient à la Mutuelle dans les 6 mois à compter de cette date et à condition, pour l'adhérent, d'honorer les sommes dues ainsi que les cotisations venues à échéance ; à défaut, 2 ans après la date de la résiliation, sous réserve d'absence d'action contentieuse en cours. Cette adhésion sera alors considérée par la Mutuelle comme une nouvelle adhésion.

Chapitre V

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 13 • Couverture des accidents

La Mutuelle prend à sa charge les frais occasionnés par les accidents dans les conditions prévues au présent règlement et selon les modalités prévues ci-après.

Elle se réserve le droit d'effectuer un recours subrogatoire en cas de tiers responsable.

13.1 Recours subrogatoire

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent ou à un de ses ayants droit, victime d'un accident, dans ses droits et actions contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée.

Sont également concernés les accidents d'origine sportive ou scolaire.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses engagées par la Mutuelle, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

13.2 Déclaration d'accident

L'adhérent ou son mandataire doit, sous peine de déchéance, et sauf cas de force majeure, faire à la Mutuelle, dans les délais les plus brefs, une déclaration d'accident sur le formulaire remis à cet effet, soit par la Sécurité sociale, soit par la Mutuelle. À défaut d'information par l'adhérent, la Mutuelle se réserve le droit de faire application de l'article 15 de la loi n° 85.677 du 5 juillet 1985 qui donne aux tiers payeurs, un droit de recours contre la victime de l'accident.

13.3 Cas particulier des accidents sportifs et scolaires

La Mutuelle n'intervient dans les remboursements de frais consécutifs à des accidents sportifs ou scolaires, qu'en complément de la Sécurité sociale et des organismes spécialisés couvrant ces risques et ce, dans la limite des tarifs conventionnels et des dépenses engagées.

Toutefois lorsque la Mutuelle est signataire de conventions avec des organismes spécialisés dans les domaines des assurances scolaires ou sportives, elle participe aux remboursements des frais dans les limites fixées par voie conventionnelle, cette participation ne pouvant excéder 50 % des frais évalués sur le tarif de responsabilité.

13.4 Tiers payant en cas d'accident

Dans tous les cas, si les frais ne lui incombent pas ou ne lui incombent que partiellement, et si la Mutuelle effectue le tiers payant des frais à titre d'avance, elle pourra intervenir en tiers payant subrogé de plein droit dans son action contre le responsable ou l'organisme à qui incombe la totalité ou une partie des frais.

Article 14 • Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement 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 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 de l'adhérent 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 l'adhérent ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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

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.

Article 15 • Réclamations

Pour toute réclamation liée à l'application du présent règlement mutualiste, le bénéficiaire peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord entre lui et la Mutuelle.

À compter de la réception de la réclamation, la Mutuelle en accusera réception dans un délai de 10 jours ouvrables (sauf réponse dans ce délai). En tout état de cause, la réclamation sera traitée dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa réception.

En cas de désaccord sur la réponse donnée, le bénéficiaire peut saisir le service Qualité Relation Adhérents au CS81021 - 49010 Angers Cedex 01.

Enfin, en application et dans les conditions de l'article 64 des statuts, si le désaccord persiste et si toutes les voies de recours internes ont été épuisées, le réclamant peut solliciter l'avis du Médiateur dont les coordonnées lui seront fournies dans la réponse du service Qualité Relation Adhérents.

Article 16 • Informatique et libertés

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'adhérent et ses ayants droit peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant sur tout fichier à l'usage de la Mutuelle.

Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de données les concernant.

Pour exercer ce droit et pour s'opposer sans frais à l'utilisation à des fins de prospection commerciale de ces informations, il suffit de s'adresser au siège social de la Mutuelle.

Il est rappelé en outre que l'ensemble des informations transmises par l'adhérent, de même que celles recueillies ultérieurement, pourront être utilisées par la Mutuelle pour la lutte contre les fraudes et le respect de ses obligations légales et réglementaires (notamment lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme).

Article 17 • Échanges de données informatisées

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

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

Article 18 • Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.



Harmonie Mutuelle, mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, immatriculée au répertoire Sirene sous le numéro Siren 538 518 473, numéro LEI 969500JLU5ZH89G4TD57.
Siège social : 143, rue Blomet - 75015 Paris.

