

# **GROUPE FRANCE MUTUELLE**

## Règlement Mutualiste

Edition Novembre 2012

Conforme aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité





# REGLEMENT MUTUALISTE GROUPE FRANCE MUTUELLE

## OPERATIONS INDIVIDUELLES

*Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité*

Le présent Règlement mutualiste comprenant les dispositions générales applicables à l'ensemble des garanties, produits et services de la Mutuelle est adopté par l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration de la Mutuelle, conformément à l'article L.114-1 du Code de la Mutualité.

Il définit les engagements contractuels réciproques existant entre chaque membre et la Mutuelle, tant en ce qui concerne la durée des engagements nés de l'adhésion individuelle, que du contenu de ceux-ci. Il s'applique à l'ensemble des bénéficiaires de l'adhésion, c'est-à-dire au membre participant et à ses ayants droit, cotisants ou non.

### I - CONDITIONS GÉNÉRALES

#### CHAPITRE 1 ADHESION

##### Article 1 : Objet

Le présent Règlement précise les conditions d'assurance des personnes physiques, ainsi que, le cas échéant, leurs ayants droit.

La Mutuelle intervient notamment en complément d'un Régime Obligatoire, de quelque nature qu'il soit. En cas de carence ou d'absence totale d'un Régime Obligatoire, elle peut intervenir au premier euro.

##### Article 2 : Définition des engagements contractuels

Les engagements contractuels visés aux présentes correspondent exclusivement à une opération individuelle.

Est qualifiée d'opération individuelle l'opération par laquelle une personne physique signe un bulletin d'adhésion à la Mutuelle.

##### Article 3 : Catégories d'assurés

###### 3.1: Membres participants

Conformément à l'article 8 des Statuts, la Mutuelle est composée de membres participants et, le cas échéant, de membres honoraires. La Mutuelle intervient au profit des ressortissants français et de leurs ayants droit résidant régulièrement sur le territoire français.

Les ressortissants français et leurs ayants droit résidant ou étant détachés à l'étranger peuvent également être pris en charge dès lors qu'ils cotisent à la Caisse des français à l'étranger ou volontairement à une Caisse obligatoire française d'Assurance Maladie.

Les travailleurs étrangers résidant régulièrement en France et ceux ayant leur résidence à l'étranger et leur lieu de travail permanent en France (dès lors qu'il a été passé dans ce cas une convention avec leur pays d'origine), s'ils bénéficient, pour eux et leurs ayants droit, des dispositions de l'Assurance Maladie française, ils peuvent alors être couverts par la Mutuelle.

La Mutuelle a également vocation à proposer ses services aux ressortissants d'un État membre de la Communauté Européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen.

La Mutuelle peut intervenir pour des ressortissants résidents français qui, ayant réalisé des soins à l'étranger, ont vu ceux-ci pris en charge par le régime obligatoire français sur la reconstitution établie à partir des documents acceptés par ce régime obligatoire.

Enfin, la Mutuelle peut également intervenir au profit des frontaliers, dès lors que leur Régime Obligatoire d'Assurance Maladie ressort au droit français, indépendamment de leur lieu de résidence.

### 3.2 : Ayants droit

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

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

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

Peuvent être considérés comme bénéficiaires les personnes à charge ou conjoints ou concubins majeurs de nationalité étrangère dès lors qu'ils satisfont aux conditions fixées par le Régime Obligatoire et fournissent les justificatifs requis.

- enfant pris en charge sous le numéro d'immatriculation de l'un ou l'autre des deux parents : soit le participant lui-même ou son conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité, dès lors qu'il en est ayant droit ; ceci vaut que les enfants soient légitimes, naturels, reconnus, adoptifs ou recueillis ; ces enfants doivent être mineurs de moins de 16 ans ; cette limite d'âge peut être portée à 28 ans révolus pour les enfants justifiant d'une inscription dans un établissement scolaire ou universitaire.

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

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

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

### 3.3 : Foyer

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

### 3.4 : Cas des tutelles et curatelles

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

## Article 4 : Adhésion

### 4.1 : Information et enregistrement de l'adhésion

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

La Mutuelle remettra avant la signature, dans le respect du délai réglementaire, un bulletin d'adhésion, les Statuts et Règlements ou une fiche d'information sur les engagements contractuels décrivant précisément les droits et obligations réciproques des parties.

L'âge du conjoint, concubin ou signataire d'un pacte civil de solidarité le plus jeune détermine pour l'ensemble du foyer la tranche d'âge à l'adhésion, sauf indication contraire portée dans la fiche d'information.

Le bulletin d'adhésion comporte notamment :

- la date d'effet de l'adhésion ;
- la nature et le taux ou le montant des garanties ainsi que leurs modalités d'entrée en vigueur ;
- les montants de cotisations correspondant aux garanties prévues.

L'adhésion est parfaite lors de l'encaissement des cotisations dues.

Chaque adhérent se voit attribuer, dès la confirmation de son adhésion, un numéro d'adhérent, référence unique et spécifique à la Mutuelle. Ce numéro est à rappeler obligatoirement dans toutes relations ou correspondances avec la Mutuelle.

La garantie souscrite prend effet le 1er d'un mois et au plus tôt le 1er jour du mois suivant la réception par la Mutuelle du bulletin d'adhésion signé, d'une copie de la pièce d'identité du membre participant, des attestations de Sécurité Sociale des personnes inscrites sur le dossier, d'un relevé d'identité bancaire et de l'encaissement du 1er versement par le débit immédiat du compte du nouveau membre participant.

### 4.2 : Remise de la carte d'adhérent

Une carte d'adhérent établie par la Mutuelle une fois l'adhésion validée est remise à chaque bénéficiaire (hors Solution Hospitalisation).

Cette sécurisée à microprocesseur :

- comporte le numéro identifiant du bénéficiaire
- contient les informations nécessaires à la mise en œuvre des services proposés avec les garanties de l'adhérent, dont notamment le tiers payant automatisé, le système de Remboursement Mutuelle Simultané (RMS) et le carnet de vaccination selon la formule souscrite.
- permet la connexion sécurisée au système de RMS et le recueil, en direct auprès des professionnels de santé équipés, des informations utiles au versement des prestations de la Mutuelle.

### 4.3 : Délai de renonciation

Les délais de renonciation sont ceux prévus par la loi :

- aucun délai dans le cadre de la vente en face à face,
- quatorze jours dans le cadre du démarchage à domicile,
- quatorze jours dans le cadre de la vente à distance.

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

S'il fait usage de son droit de renonciation, le membre participant devra rembourser les prestations versées par la Mutuelle dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la notification de la renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception. La Mutuelle s'engage à rembourser dans ce même délai les cotisations réglées.

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

La lettre de renonciation doit être envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à :

Groupe France Mutuelle  
Centre de Gestion  
93542 BAGNOLET cedex

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

Je soussigné(e) (Nom, Prénom), demeurant à (Adresse complète) vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom de la garantie souscrite et des options) que j'ai souscrit le (date).

À (lieu de résidence) Le (date du jour)

Signature

#### 4.4 : Souscription d'une garantie en sur-complémentaire

Les adhérents peuvent souscrire un contrat en sur-complémentaire, à condition d'être couverts par ailleurs par un contrat complémentaire santé solidaire et responsable et que la couverture sur-complémentaire de la Mutuelle comprenne à minima les modules médicaux et médico-chirurgicaux limités à 300% de la base de remboursement sécurité sociale.

## Article 5 : Contrats bénéficiant d'une aide

### 5.1 : Contrats responsables

Les garanties proposées par la Mutuelle respectent les dispositions de la loi 2004-810 du 13 août 2004 réformant l'Assurance Maladie et plus particulièrement des articles L.322-2, L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité Sociale ainsi que toutes les règles relatives aux contrats bénéficiant d'une aide de l'État, dits «responsables». En conséquence, le contrat ne prend pas en charge les éventuelles majorations de participation ni les dépassements d'honoraires visés explicitement par ces textes. Par ailleurs, les assurés reconnaissent expressément que les remboursements complémentaires prévus par leur contrat s'appliquent pour des consultations, prestations, soins et prescriptions délivrés dans le cadre du parcours de soins coordonné tel que visé par l'article L.162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale.

Lorsque certaines garanties prévoient la prise en compte ou en charge ou excluent certaines prestations et actes susvisés, la précision en est apportée par la documentation spécifique attachée à ces garanties qui subissent la taxe spéciale sur les conventions d'assurance majorée.

### 5.2 : Déductions fiscales pour les travailleurs non salariés

Une association déclarée loi 1901, comportant un minimum de 1 000 membres exerçant ou ayant une activité non salariée non agricole, est souscriptrice auprès de la mutuelle d'un contrat permettant aux membres participants de la mutuelle concernés de bénéficier des déductions fiscales prévues par le code général des impôts.

## Article 6 : Garanties souscrites par la Mutuelle pour tous ses membres

Conformément aux dispositions de l'article L.221-3 du Code de la Mutualité, lorsqu'en application d'une décision du Conseil d'Administration ratifiée par l'Assemblée Générale, un contrat collectif est souscrit auprès d'un tiers assureur en vue de faire bénéficier ses membres participants ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires, ceux-ci sont tenus de s'affilier au contrat souscrit par la Mutuelle.

## Article 7 : Délais de carence

Les prestations sont délivrées en tenant compte des éventuels délais de carence.

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

Tout nouvel ayant droit rattaché (mariage, pacs, concubinage, adoption, naissance) au membre participant déjà existant bénéficie de la dispense des délais de carence.

## Article 8 : Durée des engagements contractuels

### 8-1.Principe de la durée annuelle

L'adhésion individuelle à la Mutuelle court à compter de la date d'effet fixée dans le bulletin d'adhésion pour expirer le 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite d'année en année par tacite reconduction.

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

### 8-2.Échéance

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

Pour les adhésions à tacite reconduction relatives à des opérations individuelles à caractère non professionnel, la date limite d'exercice par le membre participant du droit à dénonciation de l'adhésion au Règlement sera rappelée avec chaque avis d'échéance annuel de cotisation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de La Poste. Lorsque cette information ne lui a pas été adressée dans les conditions visées ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée avec accusé de réception, mettre un terme à son adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain du jour suivant la réception du courrier par la Mutuelle.

### 8-3.Effets

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

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

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

#### 8-4. Dérogation

Il est dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle lorsqu'un membre participant présente tout justificatif de l'obligation d'adhésion à un régime d'assurance santé d'entreprise à adhésion collective et obligatoire. Dans ce cas, et sous réserve que le membre participant en fasse la demande par lettre recommandée avec accusé de réception, au plus tard un mois après son affiliation au contrat collectif à adhésion obligatoire, la résiliation sera effective le premier jour du mois suivant la réception de la lettre. Cette résiliation entraînera la radiation du contrat du membre participant et l'éventuel trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la Mutuelle.

### Article 9 : Exécution des engagements contractuels

#### a) Suspension de la garantie

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie peut être suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

La garantie reprend pour l'avenir ses effets à midi le lendemain du jour où ont été payés la cotisation arriérée ou la fraction de cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension et, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

#### b) Fin de l'adhésion

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, la Mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration précitée le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

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

Sous réserve des dispositions législatives en vigueur et dans le strict respect des conditions et délais fixés par décret, lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou en cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile,
- changement de situation matrimoniale,
- changement de régime matrimonial,
- changement de profession,
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

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 ou la résiliation du contrat intervient dans les trois mois de la date de l'évènement ou de la date de sa révélation.

La résiliation prend effet un mois après la réception de sa notification.

La Mutuelle rembourse à l'adhérent la partie de la cotisation qui correspond à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

### c) Situations diverses

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

### d) Autres évènements

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

Dans ce cas, les cotisations payées d'avance, pour les périodes postérieures au mois au cours duquel est survenu le décès, sont remboursées. En cas de décès du titulaire du dossier, le conjoint devient titulaire après acceptation et signature de l'avenant correspondant, la date d'effet étant le premier jour du mois suivant le décès du de cujus.

## Article 10 : Modification des engagements contractuels

### 10.1 : Par l'Assemblée Générale et/ou le Conseil d'Administration

Toute modification des Statuts, des Règlements et des garanties décidée par l'Assemblée Générale ou le Conseil d'Administration, prend effet à partir du moment où elle est portée à la connaissance des membres participants ou honoraires.

Chaque garantie peut être modifiée ou supprimée à tout moment par décision de l'Assemblée Générale ou, par délégation, par le Conseil d'Administration de la Mutuelle (article L.114-11 du Code de la Mutualité).

### 10.2 : Par le membre participant ou le souscripteur

Des modifications peuvent intervenir à la demande écrite des intéressés (modification des bénéficiaires, changement de situations diverses, transformation de bénéficiaire en membre participant, etc.). Pour être régulièrement pris en compte, ces changements doivent être justifiés.

Le membre participant ne peut demander son changement de garantie qu'au terme d'un délai minimum de 12 mois d'adhésion dans la garantie souscrite.

Quelle que soit la durée minimale d'adhésion nécessaire à cette modification, le changement de garantie ne peut intervenir qu'au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande, sauf indication contraire portée dans la notice ou dans la fiche d'information.

## Article 11 : Fausse déclaration - Nullité

**1.- L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion ou au contrat collectif. Si elle est constatée:**

- **avant toute réalisation du risque, la Mutuelle pourra maintenir l'adhésion dans le cadre des**

**Règlements ou le contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation.**

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

- **après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations**

**payées par le membre participant par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

**2.- Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de sa part.**

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

#### **Article 12 : Radiation - Exclusion**

**En cas de non paiement des cotisations ou de fausse déclaration, la Mutuelle peut, après avoir fait application des dispositions légales rappelées supra, radier un membre participant ou un membre honoraire.**

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

**Le membre dont l'exclusion est envisagée est convoqué par le Conseil d'Administration dans les conditions fixées à l'article 13 des Statuts et à l'article 9 du Règlement Intérieur pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. La décision du Conseil d'Administration est notifiée selon les modalités stipulées au Règlement Intérieur. Elle est d'application immédiate du jour de sa notification.**

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

## CHAPITRE 2 COTISATIONS

#### **Article 13 : Fixation des cotisations**

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

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

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

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation annuelle exigible d'avance. Son règlement peut être fractionné selon les modalités prévues à l'article 14 « Paiement » du présent Règlement Mutualiste.

Les montants ou taux de cotisation sont fixés aux conditions particulières des contrats collectifs et dans le dossier d'adhésion en individuel.

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

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

Les montants ou taux de cotisation sont établis compte tenu notamment des dispositions fiscales en vigueur et des dispositions générales de la Sécurité Sociale et de ses bases de remboursement en

vigueur à la date d'effet de l'engagement contractuel. Si ces éléments viennent à être modifiés en cours d'adhésion, la Mutuelle pourra procéder sans délai à leur révision, conformément aux dispositions légales et statutaires. Les modifications votées par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration sur délégation seront portées à la connaissance du membre participant, de l'employeur ou de la personne morale conformément aux dispositions de l'article 10 ci-dessus. Par leur notification, elles s'imposeront alors au membre participant.

## **Article 14 : Paiement**

### 14.1 : Modalités de paiement

A l'exception du premier règlement, les cotisations sont payées :

- au plus tard le 20 de chaque mois pour un paiement mensuel ;
- au plus tard le 20 du premier mois du trimestre ou du semestre ou de l'année.

Le paiement s'effectue au moyen d'un prélèvement automatique au débit du compte du membre participant ou par virement, par chèque bancaire ou postal, par mandat cash ou carte bancaire sur le site Internet de la Mutuelle.

Pour percevoir leurs prestations, les membres participants doivent être à jour de leurs cotisations.

### 14.2 : Pénalités de retard - Frais

En cas de retard répété de paiement ou d'impayés, des pénalités peuvent, outre les frais de relance, être appliquées visant à minima à couvrir l'ensemble des frais engagés par la Mutuelle ou facturés à cette dernière.

## CHAPITRE 3 PRESTATIONS

## **Article 15 : Montant ou taux et nature des prestations**

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

Conformément aux principes mutualistes, la Mutuelle n'instaure de différence dans le niveau de prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

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

Chaque garantie de la Mutuelle contient au minimum deux prestations de prévention fixées après avis de la Haute Autorité de Santé et de l'Union Nationale des Organismes d'Assurance Maladie Complémentaire, notamment :

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

Le remboursement de ces prestations de prévention se fait sur présentation du décompte original de la Caisse d'Assurance Maladie ou de l'impression du décompte AMELI.

## Article 16 : Caractère indemnitaire et pluralité de contrats

**Les opérations relatives au remboursement de frais de soins ont un caractère indemnitaire.**

**En application de l'article 9 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité Sociale.**

**En cas de pluralité de contrats garantissant l'adhérent, conformément à l'article 2 alinéa 1er du décret n°90-769 du 30 août 1990, les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.**

## Article 17 : Conditions de remboursements

### 17.1 Principe général des conditions de remboursement

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

L'adhérent doit transmettre à la Mutuelle ces justificatifs sur lesquels il lui appartient de faire obligatoirement figurer son numéro de membre participant.

En vue du règlement des prestations dans les limites des garanties souscrites, les pièces justificatives à fournir à la Mutuelle sont :

- les notes d'honoraires ou de frais, mémoires, ou factures acquittées, établis en bonne et due forme, datés et signés par le praticien ou l'établissement qui les a délivrés, mentionnant, d'une façon précise, les noms et prénoms de la personne soignée ou opérée, la date des soins, la codification et, le cas échéant, la nature des actes pratiqués et n° ADELI ou FINESS ;
- le décompte original/ Ameli des prestations servies par la Sécurité Sociale ou, en cas de refus de prise en charge, une déclaration de cet organisme faisant connaître les raisons pour lesquelles il n'est pas intervenu et notamment :
  - pour la prise en charge de la participation forfaitaire sur les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à un montant ou à un coefficient fixé par la réglementation, présentation de la facture acquittée.
  - pour les prestations non prises en charge par la Caisse Maladie figurant dans les fiches et notices d'information, la facture acquittée établie par un praticien habilité et contenant la désignation de l'acte et du bénéficiaire.

### 17.2 Conditions spécifiques

Pour les garanties qui le prévoient et sur présentation des justificatifs demandés, à savoir :

- **pour la consultation en neuropsychiatrie** : la prise en charge de la Mutuelle est limitée à un nombre de consultations par année civile précisé dans la notice/fiche d'information.
- **traitement pédicurie** : la prise en charge de la Mutuelle est constituée d'un forfait annuel par année civile et s'effectue sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie. Ce forfait est précisé dans la notice/fiche d'information.
- **en implantologie, optique, pour les lentilles de contact, le forfait journalier, le lit accompagnant et la chambre particulière** : la prise en charge de la Mutuelle est limitée dans le temps et/ou dans son montant (forfait annuel), tel que cela figure dans la notice/fiche d'information.

▪ **pour l'acupuncture**, le remboursement de cette prestation s'effectue sur la base du décompte du régime obligatoire et de la facture comportant : les nom et prénom du bénéficiaire, la date de la séance, le montant payé pour la consultation « généraliste » ou « Acte Technique Médical (ATM) », le cachet et la signature du praticien, le numéro d'enregistrement du Professionnel de Santé au fichier ADELI.

▪ **pour les prothèses dentaires et implants**, un accord préalable de prise en charge est obligatoire. L'accord préalable est obtenu après examen et acceptation du devis envoyé sous pli cacheté au dentiste consultant de la Mutuelle à l'adresse suivante :

Groupe France Mutuelle  
M. Le Dentiste Consultant  
9, bd Jules Ferry  
75551 Paris cedex 11

Ce devis comprend obligatoirement la date, sa durée de validité, la description du traitement proposé, la cotation des actes selon la nomenclature en vigueur, le montant des honoraires, le cachet et la signature du dentiste ainsi que toute mention légale obligatoire.

Sans réponse écrite du service dentaire dans un délai maximum de 20 jours à compter de la réception du devis, l'accord de prise en charge dans la limite de la garantie souscrite sur la base du devis présenté est réputé acquis.

Les remboursements en matière prothétique sont basés sur la prise en charge prévue par le régime obligatoire, dans le cadre de la NGAP, sauf spécification particulière expressément stipulée au contrat.

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

- les travaux ont été réalisés antérieurement à la date de réception du devis ou pendant le délai de 20 jours à compter de la réception du devis,
- les travaux ont été réalisés sans accord préalable du dentiste consultant de la Mutuelle,
- la date du devis présenté est antérieure à l'adhésion à la Mutuelle,
- les implants et prothèses dentaires ont été réalisés à l'étranger et n'ont donné lieu à aucun remboursement par le régime obligatoire français. Ces implants et prothèses dentaires ne sont alors pas remboursés par la Mutuelle, sauf pour les adhérents affiliés à la Caisse des Français à l'Étranger (CFE) conformément à l'art. 3 du présent Règlement.

Afin d'assurer le contrôle des travaux dentaires avant ou après leur exécution, le dentiste consultant de la Mutuelle pourra :

- demander la remise d'une radiographie panoramique sur film à jour.  
Cette radiographie panoramique sera prise en charge par la Mutuelle sur simple demande par courrier accompagné de la facture acquittée adressés au service dentaire et sera restituée, après usage, à l'adhérent.
- ou encore, soumettre l'adhérent à un examen clinique gratuit, l'assuré pouvant, s'il le souhaite, venir à ses frais, assisté de son dentiste personnel.
  - **pour l'orthodontie dentofaciale**, les traitements doivent faire l'objet d'une demande d'entente préalable formulée à la Caisse d'Assurance Maladie avant le 16e anniversaire de l'enfant. Ces traitements dispensés aux adultes et refusés par la Caisse d'Assurance Maladie sont pris en charge par la Mutuelle dans la limite du forfait indiqué dans la garantie.
  - **pour les frais d'optique**, la prescription médicale, la facture détaillée de l'opticien mentionnant explicitement d'une part, la nature et le prix des verres, d'autre part, le prix de la monture.
  - **pour les lentilles de contact refusées et les vaccins**, la prescription ainsi que la facture acquittée avec la désignation de l'acte.
  - **pour les auxiliaires médicaux exerçant leur pratique dans le cadre fixé par les ordres**, en cas de dépassement d'honoraires, la photocopie de la feuille de soins mentionnant « DE » ainsi que la facture correspondante.
  - **pour les prestations médicales et médico-chirurgicales exécutées à l'étranger, à l'exception des prothèses dentaires et implants réalisés à l'étranger qui ne sont pas pris en charge par la Mutuelle** (voir prothèses dentaires et implants supra), les factures détaillées et le décompte original du régime obligatoire français afférents à ces soins à l'étranger.
  - **pour les frais d'appareillage et de fauteuil roulant**, le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat.
  - **pour le matériel acoustique**, le décompte de la Caisse d'Assurance Maladie et la facture dûment acquittée justifiant l'achat, celle-ci est doublée en cas d'appareil stéréophonique.

- **pour la prise en charge hospitalière** (sous réserve de l'encaissement de la cotisation) :
- en cas d'hospitalisation en établissement conventionné, médical, chirurgical, maison de repos ou de rééducation, le membre participant doit se mettre en rapport avec la Mutuelle qui délivrera une prise en charge lui évitant l'avance des frais : ticket modérateur pour le séjour, éventuellement chambre particulière, forfait journalier dans la limite prévue dans sa garantie.
- s'il s'agit d'un établissement agréé par la Caisse d'Assurance Maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être établie. Le membre participant devra acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la Mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie et factures originales dûment acquittées). En cas de dépassement d'honoraires, il devra remettre à la Mutuelle l'original de la facture de l'établissement hospitalier sur laquelle figurent les honoraires (bordereau E 615 pour les cliniques uniquement).
  - **pour les maisons de repos, de convalescence ou de réadaptation**, les frais de chambre particulière font l'objet d'une prise en charge pour la durée maximum prévue par la garantie, et par année civile, sous réserve de l'encaissement de la cotisation. S'il s'agit d'établissement agréé par la Caisse d'Assurance Maladie, mais non conventionné, aucune prise en charge préalable ne peut être établie. Le membre participant devra acquitter l'intégralité des frais et faire parvenir à la Mutuelle les pièces justificatives habituelles (décomptes de la Caisse d'Assurance Maladie et factures originales dûment acquittées).
  - **pour les cures sans hospitalisation, les soins thermaux ainsi que le forfait de surveillance pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie**, la part mutuelle est remboursée sur présentation du décompte de la Caisse d'Assurance Maladie ou de la facture originale de l'établissement.
  - **pour les cures de thalassothérapie** : le forfait est versé par la Mutuelle pour les cures d'une durée de 6 jours minimum et sur présentation de la facture originale de l'établissement (séjours en métropole uniquement).

**Pour les autres frais non pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie :**

- un forfait annuel est accordé notamment sur les **frais pharmaceutiques non remboursés (dont l'homéopathie), sur les frais de parodontologie et les frais de transport** prescrits médicalement, sur présentation de la facture acquittée et de la prescription.
- la participation attribuée pour l'acquisition du **télé agrandisseur ou loupe électronique** est versée sur présentation de la facture acquittée et de la prescription.
- **pour les frais d'obsèques**, la participation de la Mutuelle est versée à la personne ayant effectivement engagé la dépense, sur présentation du bulletin de décès et de la photocopie de la facture des frais funéraires (valable en cas d'incinération du corps) établie et acquittée au nom du demandeur qui doit y joindre un RIB. Si les frais d'obsèques sont réglés par avance par le membre participant, celui-ci doit en informer la Mutuelle. Dans ce cas, la participation aux frais funéraires est versée au notaire chargé de la liquidation successorale du défunt.

**Le membre participant est déchu de ses droits aux prestations si la demande accompagnée des pièces justificatives ne parvient pas à la Mutuelle dans un délai de deux ans à compter du jour du règlement effectué par la Sécurité Sociale, ou le cas échéant de la date de la dépense engagée par le membre participant.**

Tout membre participant bénéficiant de garanties souscrites en « sur complémentaire » doit présenter à la Mutuelle les décomptes de prestations payées par la Caisse d'Assurance Maladie ainsi que les décomptes de l'assureur santé facultatif de premier niveau, pour obtenir le remboursement de ses prestations. Celles-ci sont versées compte tenu du paiement effectué par la Sécurité Sociale et par l'assureur santé facultatif de premier niveau.

Le membre participant s'engage, sur simple demande de la Mutuelle, à lui présenter toutes pièces justificatives correspondant aux prestations perçues au cours des 12 derniers mois. En outre, en cas de régularisation ultérieure de la Caisse d'Assurance Maladie, le membre participant s'engage à transmettre à la Mutuelle le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de la Mutuelle.

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

## Article 18 : Règlement

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

## Article 19 : Télétransmission

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

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

## Article 20 : Subrogation

L'adhérent s'engage expressément à informer la Mutuelle de l'origine accidentelle des soins qui en découlent. Pour le paiement des prestations, la Mutuelle est subrogée dans les droits et actions de l'adhérent, victime d'un accident, contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par la Mutuelle n'indemnise ces éléments de préjudice. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

## Article 21 : Fonds social

Le fonds social de la Mutuelle peut attribuer des secours ou des aides aux membres participants ou à leurs ayants droit inscrits et dont la situation matérielle le justifie. Ce fonds est alimenté conformément aux dispositions à l'article 7 des statuts; les secours sont attribués dans la limite des sommes qui s'y trouvent.

## CHAPITRE 4 GARANTIES SPECIFIQUES

### Article 22 : Conditions générales d'adhésion des Garanties Modulaires

Les options d'adhésion des garanties modulaires doivent comporter au minimum deux modules de prestation.

### Article 23 : Conditions générales d'adhésion des Garanties Franchise Cautionnée (FC) et Franchise Cautionnée Modulaire (FCM Santé)

Les membres d'un même foyer tel que défini dans les conditions générales relevant du Régime Général d'Assurance Maladie sont enregistrés sur le même dossier en FC Santé.

Tout nouveau membre participant à une garantie FC Santé doit attester qu'aucun membre de son foyer, couvert par le même Régime d'Assurance Maladie, n'est déjà adhérent de la Mutuelle.

## **Article 24 : Changement de garantie Garanties FC et FCM Santé**

Les souscripteurs des garanties FC Santé et FCM Santé ne peuvent demander leur mutation dans une autre garantie de la catégorie statutaire FC Santé et FCM Santé qu'au 31 décembre de chaque année. Celle-ci ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution de la garantie souscrite pour l'année écoulée. Cette demande de changement de garantie est formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de chaque année.

Les nouveaux adhérents, quelle que soit leur date d'adhésion, devront rester au minimum 12 mois dans la même garantie avant de pouvoir en changer, le changement de garantie ne pouvant intervenir que le 1er jour du mois suivant.

Ils peuvent également demander au 31 décembre de chaque année leur mutation dans une autre catégorie statutaire. Ce changement de catégorie statutaire ne fait pas obstacle au remboursement du solde positif du compte caution mais ne pourra toutefois pas être accepté si le membre participant n'est pas à jour du paiement du montant de sa cotisation.

Cette demande de changement est formulée par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 31 octobre de l'année en cours.

Toutefois, s'ils conservent la faculté de réintégrer la garantie FC Santé, il ne leur sera plus possible ultérieurement de changer de catégorie statutaire.

## **Article 25 : Principe des garanties FC Santé et FCM Santé**

Les remboursements de prestations prévus au contrat sont assortis d'une franchise annuelle globale.

Les membres participants de la garantie FC Santé et de la garantie FCM Santé s'acquittent, pour souscrire à l'une des garanties proposées, d'une cotisation restant définitivement acquise à la Mutuelle, à laquelle s'ajoute un versement porté sur le compte « caution » du membre participant. Ce versement est égal au montant de la franchise exprimée annuellement. Le versement au compte caution est intégralement reversé au membre participant, soit au fur et à mesure du financement de ses premières dépenses de santé, soit en fin d'exercice pour son solde créditeur.

Le paiement de la somme versée au compte « caution » bénéficie du même fractionnement (mensuel, trimestriel) que le paiement de la cotisation.

Pour les membres d'un même foyer, enregistrés sur le même dossier, la cotisation et la caution sont calculées en fonction du nombre de bénéficiaires cotisants inscrits sur le dossier.

## **Article 26 : Effet et modalités de fonctionnement des garanties FC et FCM Santé**

Les prestations dont bénéficient les membres participants et leurs ayants droit aux garanties FC Santé et FCM Santé sont assorties d'une franchise familiale annuelle globale.

Cette franchise est cependant couverte au moyen d'une somme remboursable fixée à la même hauteur, exprimée annuellement et versée par le membre participant pour l'ensemble des bénéficiaires du contrat sur un compte « caution » familial. Toutes les dépenses de santé exposées par les bénéficiaires du contrat sont déduites du compte « caution » familial, sauf exceptions éventuellement prévues dans les garanties.

Au-delà du montant de la caution, la Mutuelle prend en charge, dans les limites des garanties souscrites, les dépenses de santé du membre participant et de ses ayants droit au titre de la mutualisation.

Au cas où le montant des remboursements intervenus sur l'année civile se trouverait être inférieur au montant de la caution mutualiste versée par le membre participant, le solde de son compte caution lui est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.

Si aucun remboursement n'est intervenu dans l'année civile, l'intégralité de la caution mutualiste versée par le membre participant lui est restituée dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, sous réserve que ses prises en charge hospitalières soient soldées.

Dans le cas où le versement d'un remboursement devrait intervenir au titre d'un exercice après restitution du solde du compte caution afférent audit exercice, la franchise trouve pleinement à s'appliquer, le remboursement étant en conséquence diminué du montant de la caution déjà restituée.

Le membre participant est tenu informé périodiquement du montant du solde de son compte caution familial au moyen de ses décomptes ou relevés de prestations. La cotisation de même que la caution ne peuvent être individualisées dans un contrat.

#### **Article 27 : Décès du souscripteur ou de son ayant droit Garanties FC et FCM Santé**

En cas de décès du titulaire en cours d'année, si la cotisation et la caution ont été payées intégralement le mois ou le trimestre au cours duquel est survenu le décès, les ayants droit peuvent prétendre aux remboursements dus. Les cotisations et cautions afférentes au mois ou au trimestre non entamé sont remboursées.

Le solde du compte caution, s'il est positif, est lui-même restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante, si la cotisation et la caution ont été réglées partiellement, les ayants droit doivent payer le montant dû jusqu'à la fin du mois ou du trimestre au cours duquel est survenu le décès pour prétendre aux remboursements prévus au dossier. Le solde du compte caution, s'il est positif, est restitué dans les quinze jours suivant le 31 mars de l'année suivante.

#### **Article 28 : Conditions générales d'adhésion de la garantie en cas d'hospitalisation**

Ce contrat spécifique vise les personnes qui souhaitent se couvrir contre les risques lourds et s'assurer uniquement en cas d'hospitalisation pour un coup dur. Il s'agit d'un contrat non responsable soumis à taxes.

Les garanties de ce contrat s'appliquent à toutes les formes d'hospitalisation, y compris celles en ambulatoire, dès lors qu'elles concernent des établissements conventionnés uniquement.

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

Sont exclus la maternité, les hospitalisations en cours au moment de la demande d'adhésion (comprenant les délais d'attente), les chambres particulières demandées pour une hospitalisation en ambulatoire.

### Article 29 : Informatique et Libertés

La sécurité concernant la circulation d'informations nominatives très réglementée est surveillée par la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés). Les systèmes d'échange de données informatisées touchant à la santé des Français sont tout particulièrement visés. Le système RMS (Remboursement Mutuelle Simultané) d'échange de données entre les professionnels de santé et les mutuelles, que le membre participant utilise librement avec sa carte Mutuelle à microprocesseur, ne permet pas l'identification du porteur des données échangées (pas d'utilisation du numéro d'identification national/numéro de Sécurité Sociale).

L'usage de la carte de membre participant et du système RMS emporte de jure l'autorisation expresse de transfert informatisé vers la Mutuelle des données de l'acte concerné.

Les informations collectées sont exclusivement celles nécessaires au traitement de votre demande et à l'envoi de documents commerciaux. Elles nous sont destinées ainsi qu'à nos partenaires contractuels. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée par la loi du 6 août 2004, le membre participant dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression des informations contenues dans son dossier. Il peut faire usage de ce droit en écrivant à :

Groupe France Mutuelle - Centre de Gestion - 93542 BAGNOLET cedex.

### Article 30 : Prescription

Toutes actions dérivant des opérations dérivant de l'application ou de l'interprétation du présent Règlement 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 participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

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 au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

### **Article 31 : Traitement des réclamations et saisine du médiateur**

**Le membre participant peut s'adresser à la mutuelle pour faire part d'un désaccord ou d'une insatisfaction concernant l'application ou l'interprétation des Statuts, du Règlement Intérieur ou du présent Règlement Mutualiste.**

**Dans un premier temps, le membre participant s'adressera par écrit à l'adresse suivante :**

**Groupe France Mutuelle  
Service Relations Adhérents  
9 boulevard Jules Ferry  
75551 Paris cedex 11  
E-mail : [relation-adherents@gfm-mut.com](mailto:relation-adherents@gfm-mut.com)**

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

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

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

**Une charte de la médiation précisant les différents engagements est disponible sur le site Internet (<http://www.groupefrancemutuelle.fr/>) ou sur simple demande auprès de la Mutuelle.**

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

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

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

**Conformément au Code de la Mutualité, la Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, située 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09.**



# ANNEXE 1

## ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN

24h/24 et 7J/7

Un coup de fil suffit : 01 55 92 18 50

### Comment ça fonctionne ?

1 – ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN organise et prend en charge les services dont vous avez besoin et auxquels vous avez droit, à condition de les avoir contactés impérativement dans les 72 heures au plus tard qui suivent la date de l'évènement générateur au **01 55 92 18 50 par téléphone** ou au 01 55 92 40 50 par télécopie. Ce service est accessible **7 jours sur 7 et 24 heures sur 24**.

2 – Le bénéficiaire est le membre participant (adhérent) et ses ayants droits inscrits sur le contrat d'assurance frais de santé Groupe France Mutuelle. Communiquez votre N° adhérent, vos Nom et Prénom et votre adresse.

#### **Attention**

**Votre ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN ne prend en charge que les interventions d'assistance qu'elle met en place. C'est pourquoi pour en bénéficier, vous devez impérativement contacter ce service avant toute démarche.**

En cas de maladie ou d'accident corporel, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN intervient dans les contextes suivants :

#### **A domicile**

- Si le médecin habituel du bénéficiaire est indisponible, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN recherche le professionnel de santé dans la limite des disponibilités locales et transmet ses coordonnées. ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN vous fournit également 24h/24 et 7j/7, les coordonnées de services ou de prestataires qualifiés proches de son domicile (Médecins généralistes ou spécialistes, Services de santé spécialisés, Personnel paramédical).

**Le coût de la consultation et/ou de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.**

- Lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'impossibilité matérielle de transmettre un message urgent, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN se charge de transmettre gratuitement les messages ou nouvelles émanant du bénéficiaire vers les membres de sa famille, ses proches ou son employeur.

**Les messages restent de la responsabilité de leurs auteurs.**

#### **Sur prescription médicale**

- ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN recherche une infirmière dans la limite des disponibilités locales et lui transmet ses coordonnées.

**Le coût de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.**

- A la demande du bénéficiaire, lorsque lui-même ou un proche sont dans l'incapacité de se déplacer ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN organise et prend en charge l'acheminement des médicaments indispensables à son traitement sur présentation d'une prescription médicale de moins de 3 mois.

**Le coût des médicaments reste à la charge du bénéficiaire.**

- ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN organise, dans le cas où la santé du bénéficiaire le nécessite, le transport vers le centre hospitalier le plus proche de son domicile ou tout autre centre hospitalier désigné sur la prescription médicale pour autant qu'il se situe dans un rayon de 50km au maximum autour de son domicile.

- ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN recherche, dans la mesure des disponibilités, une place dans tout service hospitalier dans des établissements privés ou publics situés dans un rayon de 50 km autour de son domicile.  
**Le coût de la prestation reste à la charge du bénéficiaire.**

**EN CAS D'HOSPITALISATION IMPREVUE SUPERIEURE A 24 HEURES OU D'UNE IMMOBILISATION IMPREVUE AU DOMICILE SUPERIEURE A 5 JOURS, DU BENEFICIAIRE OU D'UN ENFANT BENEFICIAIRE DE MOINS DE 16 ANS OU D'HOSPITALISATION PREVUE DE PLUS DE 72 HEURES OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE PREVUE DE PLUS DE 8 JOURS.**

#### Pour le bénéficiaire

- Organisation et prise en charge de la garde de ses enfants âgés de moins de 16 ans, soit par l'acheminement d'un proche à son domicile, soit par l'acheminement de ses enfants au domicile d'un proche, soit par la garde des enfants par du personnel qualifié à son domicile, pendant 16 h maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

- Organisation et prise en charge de la garde des animaux domestiques (chiens et/ou chats uniquement), si ceux-ci ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, dans un rayon de 50 km de son domicile : soit, le transfert et la garde des animaux (max. 2) jusqu'à la pension la plus proche de son domicile. Les frais de pension sont pris en charge à concurrence de 250 € par évènement et pour l'ensemble des animaux. Soit, le transfert des animaux (max. 2) au domicile d'un proche.

**La durée de la garde ne pourra être supérieure à la durée de l'hospitalisation du bénéficiaire.**

- Recherche et prise en charge des services d'une aide ménagère au domicile du bénéficiaire pendant la durée d'immobilisation ou d'hospitalisation ou dès son retour à domicile. ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN prend en charge 20 heures maximum dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives. Seul le service d'assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

**Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 72 heures qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.**

- Retour au domicile après hospitalisation, si son état de santé le justifie et sur prescription médicale uniquement, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN organise son retour à domicile en fin d'hospitalisation en ambulance jusqu'à son domicile dans un rayon de 50 km autour de l'établissement hospitalier.

**Si le bénéficiaire est aidant d'un conjoint dépendant de plus de 60 ans, d'un ascendant ou descendant dépendant**

- Lorsque le bénéficiaire est aidant de son conjoint ou d'un ascendant ou descendant ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN organise et prend en charge la mise à disposition d'une auxiliaire de vie à son domicile pendant une durée maximum de 10 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement, avec un minimum de 2 heures consécutives. Seul le service d'assistance est habilité à fixer la durée de présence de l'aide ménagère après la réalisation d'un bilan médical.

**Le bénéficiaire doit formuler sa demande dans les 72 heures qui suivent la date de l'évènement générateur en cas d'immobilisation ou la date de sortie de l'hôpital en cas d'hospitalisation.**

## Pour l'enfant bénéficiaire

Lorsque l'enfant bénéficiaire de moins de 16 ans est immobilisé au domicile sur prescription médicale

- pour une durée supérieure à 5 jours à la suite d'une maladie imprévue ou d'un accident et dans le cas où personne ne peut assurer sa garde, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN organise et prend en charge, dès le 1<sup>er</sup> jour de l'évènement la garde à domicile de l'enfant malade pendant une durée maximum de 16 heures dans les 15 jours suivant la date de l'évènement avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 8 heures consécutives.

- pour une durée supérieure à 15 jours consécutifs, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN recherche et prend en charge un ou plusieurs répétiteurs scolaires. Ces cours sont dispensés à compter du 16<sup>ème</sup> jour de l'immobilisation au domicile de l'enfant durant l'année scolaire en cours, hors jours fériés et vacances scolaires. Seuls les honoraires du ou des répétiteurs sont pris en charge pour l'ensemble des matières dans la limite de 2 heures par jour.

**Cette garantie est limitée à une intervention par année civile et ne peut excéder 250 € par évènement.**

Hospitalisation : Séjour imprévu, d'une durée supérieure à 48h, dans un établissement de soin public ou privé, prescrit médicalement, pour un traitement médical ou chirurgical suite à une atteinte corporelle grave et **dont la survenance n'était pas connue du bénéficiaire dans les 5 jours avant son déclenchement.**

Immobilisation au domicile : Obligation de demeurer au domicile suite à une atteinte corporelle grave (Accident ou maladie à caractère imprévisible), **sur prescription médicale et d'une durée supérieure à 5 jours.**

## A la suite du décès d'un bénéficiaire

- Organise la mise en relation d'un bénéficiaire avec un professionnel en soutien psychologique, dans la limite d'un entretien téléphonique par personne et par évènement et par an. Au-delà de cette intervention et à la demande du bénéficiaire, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN lui transmet les coordonnées d'un professionnel, les coûts de la prestation restent à la charge du bénéficiaire.

- Mise à disposition du conjoint du bénéficiaire ou des enfants survivants, d'un accompagnateur pendant une demi-journée dans la limite de 4 heures, pour l'aider à accomplir les démarches administratives les plus urgentes. Les honoraires de l'accompagnateur et les déplacements dans un rayon de 50 km sont pris en charge par ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN.

- Mise à la disposition des bénéficiaires ou de leurs proches, d'un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8h00 à 20h30 et 7 jours sur 7.

## Et en plus, ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN

- Met à la disposition des bénéficiaires un service **d'informations juridiques** accessibles de 8h00 à 20h00 7jours sur 7. Les questions ou demandes sont d'ordre privé, elles ne peuvent engendrer forcément de réponse immédiate.
- Vous communique des **informations et conseils médicaux et paramédicaux**, diététique, dans un esprit de prévention et d'information, de 8h à 20h du lundi au vendredi.
- Fait réaliser du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 et prend en charge, **une évaluation** par téléphone de la situation du bénéficiaire **par un(e) assistant(e) social(e)** qui l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés en prenant contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés.
- Vous met en relation avec **une Enseigne Nationale de Services à la personne**, du lundi au vendredi de 8h00 à 20h00 et le samedi de 9h00 à 18h00.

## CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

### Responsabilité

#### ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN :

- ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage à caractère professionnel ou commercial, subi par un bénéficiaire à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.
- ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention sauf stipulation contractuelle contraire.

### Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN repose sur une obligation de moyens et non de résultat.

ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

## EXCLUSIONS

### Exclusions spécifiques aux garanties d'assistance santé à domicile

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention d'ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :

- toutes interventions et / ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,
- les interruptions volontaires de grossesse,
- les convalescences, les affections en cours de traitement et non encore consolidées et / ou nécessitant des soins ultérieurs programmés,
- les maladies ou blessures préexistantes, diagnostiquées et/ou traitées et ayant fait l'objet d'une consultation médicale ou d'une hospitalisation dans les 6 mois avant la date de demande d'assistance,
- les tentatives de suicide et leurs conséquences,
- les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,
- les frais médicaux,
- les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation.

### Exclusions communes à toutes les garanties

Outre les exclusions précisées dans les textes du présent contrat, sont exclues et ne pourront donner lieu à l'intervention d'ASSISTANCE SANTE AU QUOTIDIEN, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, toutes conséquences :

- résultant de l'usage abusif d'alcool (taux d'alcoolémie constaté supérieur au taux fixé par la réglementation en vigueur), de l'usage ou de l'absorption de médicaments, drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement ;
- de dommages provoqués par une faute intentionnelle ou dolosive du bénéficiaire ;
- de la participation en tant que concurrent à un sport de compétition ou à un rallye ;
- d'une inobservation volontaire de la réglementation du pays visité ou de la pratique d'activités non autorisées par les autorités locales ;
- de la pratique, à titre professionnel, de tout sport et à titre amateur des sports aériens, de défense, de combat ;
- de la participation à des compétitions ou à des épreuves d'endurance ou de vitesse et à leurs essais préparatoires, à bord de tout engin de locomotion terrestre, nautique ou aérien ;
- du non-respect des règles de sécurité reconnues liées à la pratique de toute activité sportive de loisirs ;
- d'effets nucléaires radioactifs ;
- des dommages causés par des explosifs que le bénéficiaire peut détenir ;
- de la participation volontaire à des rixes sauf en cas de légitime défense, à la guerre civile ou étrangère, à des émeutes, à des grèves, à des actes de terrorisme, de pirateries, de sabotage, à des mouvements populaires ;
- d'évènements climatiques tels que tempêtes ou ouragans.

### Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni remboursement

- les frais liés aux excédents de poids des bagages lors d'un transport par avion et les frais d'acheminement des bagages lorsqu'ils ne peuvent être transportés avec le bénéficiaire ;
- les frais non justifiés par des documents originaux ;
- les frais engagés par le bénéficiaire pour la délivrance de tout document officiel,
- toute intervention initiée et/ou organisée à un niveau étatique ou inter-étatique par toute autorité ou organisme gouvernemental ou non gouvernementale.

Ces services sont proposés en partenariat avec Inter Partner Assistance, 6 rue André Gide 92328 CHATILLON  
CEDEX - RCS NANTERRE B 316 139 500 - convention N°0802002



# ANNEXE 2

## GARANTIE INVALIDITE GRAVE



**GROUPE MDS**  
**Mutuelle des Sportifs**

CONTRAT n° 1674 applicable au 17/09/2012

Contrat collectif de prévoyance à adhésion obligatoire  
Souscrit par le Groupe France Mutuelle auprès de la Mutuelle des Sportifs  
Conformément à l'article L221 -3 du Code de la Mutualité

### Notice d'information

#### Article 1 - OBJET DU CONTRAT :

Il a pour objet de garantir à la totalité des adhérents individuels ayant souscrit à :

- une garantie « Autres Primes et Participations »,
- une garantie « Prestations supplémentaires »,
- une garantie « Solution Hospitalisation »,

ainsi qu'à la totalité des adhérents collectifs du Groupe France Mutuelle, dans les conditions définies ci-après, le règlement d'un forfait immédiat invalidité grave lors de la survenance d'accidents résultant de la pratique d'activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante.

#### Article 2 - DEFINITIONS :

##### 2.1. - Activités garanties :

Ce sont toutes les activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, à l'exclusion de toute activité ou pratique professionnelle.

Par activités sportives, culturelles, touristiques, amicales, de loisirs et de la vie courante, il faut entendre toute activité non lucrative, pratiquée à domicile ou à l'extérieur, exercée librement, hors les temps des sujétions professionnelles.

Sont notamment couvertes : les activités scolaires et universitaires, les sorties culturelles, le bricolage, le jardinage, la cuisine etc...

L'activité garantie peut être pratiquée 7 jours/7, 24 h/24 et dans le monde entier, sous réserve que les séjours à l'étranger n'excèdent pas 90 jours. Les séjours et/ou stages à l'étranger organisés dans un cadre institutionnel scolaire et/ou universitaire sont néanmoins admis dans la limite de 12 mois consécutifs.

##### 2.2. - Accidents garantis :

Ce sont les accidents corporels survenus pendant les activités garanties ci-dessus définies.

Par accident corporel, il faut entendre toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

L'accident corporel se distingue ainsi de la maladie qui n'entre jamais dans le champ d'application du contrat.

Par extension, l'accident médical survenant à l'occasion de soins consécutifs à un accident garanti peut ouvrir droit également aux prestations dudit contrat.

Il y a accident médical lorsque un acte ou un ensemble d'actes de soins, de prévention ou d'exploration pratiqués par des médecins ou auxiliaires médicaux visés au livre IV du Code de la santé publique ou, s'agissant d'un acte accompli hors de France, par des praticiens autorisés à exercer par la réglementation du pays où l'acte a été effectué, a eu sur la santé de l'assuré des conséquences dommageables anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de l'état de santé antérieur.

Par extension également, les attentats, infractions ou catastrophes naturelles dont peut être victime l'assuré sont assimilés à des accidents.

#### Article 3 - GARANTIES :

##### 3.1. - Garantie Forfait immédiat invalidité grave pour les adhérents individuels et collectifs à adhésion facultative

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

##### Consolidation

Le forfait de 80 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51%.

En revanche, si le blessé a connu une aggravation de son état et s'il atteint le taux de 51% à sa consolidation le forfait de 80 000€ lui est alors versé.

La MDS cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

##### Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

##### 3.2. - Garantie Forfait invalidité grave pour les adhérents collectifs à adhésion obligatoire

Le souscripteur au contrat collectif à adhésion obligatoire peut opter pour deux options de garanties, l'option 1 permettant la déductibilité de la participation de l'employeur sous réserve du respect des conditions imposées par la réglementation, l'option 2 sans déduction fiscale.

##### 3.2.1 OPTION 1 : Régime Déductible

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident a entraîné à la

- 1 -

consolidation du blessé une invalidité reconnue comme absolue et définitive ou correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3° de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale, la MDS lui verse un capital forfaitaire de 80 000 €.

En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

#### Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité correspondant à une perte totale et irréversible d'autonomie visée au 3° de l'article L. 341-4 du Code de la Sécurité Sociale et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

#### **3.2.2. OPTION 2 : Régime Non Déductible**

En cas d'accident survenu pendant les activités garanties et lorsqu'il est constaté par expertise médicale que cet accident peut entraîner des conséquences graves et irréversibles (notamment tétraplégie, paraplégie) et/ou des séquelles de traumatismes crâniens graves, et/ou des séquelles d'accidents cérébro-vasculaires, et que dans ces conditions le blessé court le risque d'une invalidité fonctionnelle prévisible supérieure ou égale à 51%, la MDS lui verse un capital forfaitaire immédiat de 80 000 €.

Seule sera prise en compte l'invalidité fonctionnelle prévisible. En aucun cas, il ne sera tenu compte de l'invalidité professionnelle.

#### Consolidation

Le forfait de 80 000 € est attribué une seule fois à titre forfaitaire et définitif et ne peut en aucun cas être remis en cause à la consolidation, même dans l'hypothèse où le blessé, bénéficiant d'une rémission, n'atteint pas lors de cette consolidation le taux de 51%.

En revanche, si le blessé a connu une aggravation de son état et s'il atteint le taux de 51% à sa consolidation le forfait de 80 000€ lui est alors versé.

La MDS cesse en tout état de cause ses prestations à la consolidation du blessé.

#### Expertise médicale

Dans tous les cas d'invalidité grave et préalablement à tout versement, une expertise médicale est diligentée par le médecin conseil désigné par la MDS dans un délai maximal de 4 mois après la survenance de l'accident.

En cas de désaccord entre les conclusions du médecin de l'assuré et de celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné par protocole signé d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal de grande instance.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par chacune des deux parties afin que soit garantie son indépendance et son impartialité.

#### **ARTICLE 4 : EXCLUSIONS:**

**Sont exclus des garanties :**

- les accidents du travail ou les maladies professionnelles reconnus par la sécurité sociale,
- les accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré et ceux qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilation volontaire,
- les accidents occasionnés par guerre civile ou étrangère, insurrection, émeute, complot, mouvement populaire auxquels l'adhérent a pris une part active,
- les accidents qui résultent de la participation de l'adhérent à

des rixes, sauf en cas de légitime défense ou assistance à personne en danger,

- les suites d'accidents, d'infirmité ou de maladies dont la survenance est antérieure à la date d'adhésion de l'assuré,

- les accidents résultant de l'usage de drogues ou de stupéfiants par l'assuré, ou sous un taux d'alcoolémie supérieur à 0,5 gramme par litre de sang,

- les accidents résultant des effets directs ou indirects d'explosion, d'irradiation, de dégagement de chaleur provenant de la transmutation de noyaux d'atome ou de la radioactivité.

#### **Article 5 : OBLIGATIONS DE L'ASSURE**

5.1 - Déclaration d'accident :

Sauf cas de force majeure tout accident résultant de la pratique d'une des activités garanties doit être déclaré dans les 5 jours à l'aide d'un formulaire type adressé sous pli cacheté au médecin conseil de la Mutuelle des Sportifs.

La non déclaration ou la déclaration passée le délai ci-dessus, entraîne la déchéance, dans la mesure où le retard non imputable à un cas fortuit ou de force majeure, aura causé un préjudice à la Mutuelle des Sportifs.

En cas de non déclaration par l'assuré de la modification du risque celui-ci s'expose à la déchéance de garantie.

La M.D.S. se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'elle estime nécessaire et de faire expertiser l'assuré par un médecin expert de son choix.

#### **Article 6 : DROIT DE CONTROLE ET EXPERTISE**

La Mutuelle des Sportifs se réserve le droit de contester les conclusions des certificats médicaux et des notifications fournis par l'assuré.

Pour ce faire, les médecins délégués de la M.D.S. ont libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle ou toute expertise ; de son côté, l'assuré a la faculté de se faire assister, à ses frais, par un médecin.

Si l'assuré s'y refusait, il perdrait tout droit aux prestations pour l'accident en cause. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de la Mutuelle des Sportifs, il est procédé à une expertise amiable et contradictoire par un médecin tiers arbitre désigné d'un commun accord par les parties.

A défaut d'entente sur ce choix, le tiers arbitre serait nommé à la requête de la partie la plus diligente par le tribunal compétent de Paris.

Chaque partie supportera les frais et honoraires de son Médecin, les frais et honoraires du tiers arbitre seront supportés pour moitié par les deux parties.

#### **Article 7 : REPRESENTATION DES ADHERENTS A L'ASSEMBLEE GENERALE DE LA M.D.S.**

Les adhérents du Groupe France Mutuelle bénéficiant du présent contrat deviennent membres participants de la M.D.S.

Ils reçoivent gratuitement un exemplaire des statuts de la M.D.S.

Conformément aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et des articles 10 et 12 des statuts susvisés, leur représentation à l'assemblée générale de la M.D.S. est organisée comme suit :

- Le Groupe France Mutuelle constitue une section de vote qui doit élire un délégué et un délégué suppléant à l'assemblée générale de la M.D.S.,

- la M.D.S. prend acte du processus démocratique et règlementé des élections organisées au sein du Groupe France Mutuelle et reconnaît comme légitime l'élection des délégués par les membres de leur Conseil d'Administration.

Le Groupe France Mutuelle s'engage à communiquer à la M.D.S. sur simple demande de cette dernière, toute information susceptible de déterminer exactement le nombre des adhérents cotisants, et notamment la liste nominative de ses affiliés, l'exactitude de cette liste présentant un caractère déterminant pour la régularité de l'organisation des Assemblées Générales de la Mutuelle.

#### **Article 8 : INFORMATIQUE ET LIBERTES**

Les informations recueillies dans la demande d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat.

- 2 -

L'adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers du Groupe France Mutuelle, de la Mutuelle des Sportifs ou de leurs réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification auprès du Groupe France Mutuelle et de la M.D.S. à l'adresse de leurs sièges sociaux (loi n° 78-17 du 6 Janvier 1978).

#### Article 9 : MEDiateur

En cas de difficulté, les assurés peuvent d'abord consulter leur interlocuteur habituel, en principe, le Groupe France Mutuelle; si le désaccord persiste, ils peuvent s'adresser à la M.D.S. Au cas où le litige n'a pu être résolu par ces voies, ils peuvent demander les coordonnées du médiateur compétent, dont les conditions de saisine lui seront communiquées sur simple demande.

#### Article 10 : GARANTIES ASSISTANCE- RAPATRIEMENT

Les garanties « Assistance Rapatriement » souscrites par la M.D.S à titre obligatoire pour l'ensemble de ses adhérents auprès de Mutuaide Assistance, figurent à l'annexe A ci-dessous.

#### ANNEXE

##### Garanties applicables au 17 septembre 2012

##### ASSISTANCE

Garanties souscrites par la MDS auprès de Mutuaide Assistance, au profit des adhérents du Groupe France Mutuelle bénéficiaires du contrat n° 1674

Entreprise régie par le Code des Assurances S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 4.590.000 €, 8-14 avenue des Frères Lumière, 94366 Bry-sur-Marne cedex. Mutuaide Assistance, dans le respect des dispositions du Code des Assurances assure les garanties « MDS Assistance » proposées aux assurés victimes d'accident ou de maladie grave, dans le cadre des activités garanties telles que décrites à l'article 2.1 dudit contrat.

#### Article 1 : MISE EN OEUVRE DES GARANTIES

Mutuaide Assistance assure l'organisation des prestations et la couverture des garanties décrites ci-dessous 24 h sur 24 et 7 jours sur 7.

**Ce service « MDS ASSISTANCE » est accessible :**  
par téléphone au 01.45.16.65.70 (International + 33.1.45.16.65.70)  
par fax au 01.45.16.63.92 (International + 33.1.45.16.63.92)  
par email : [assistance@mutuaide.fr](mailto:assistance@mutuaide.fr)

Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Mutuaide Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales.

#### Article 2 : DEFINITIONS

Pour l'application des présentes garanties, il faut entendre par :

##### 2.1 - Accident grave :

Toute atteinte corporelle décelable non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure et lui interdisant tout déplacement par ses propres moyens.

##### 2.2 - Maladie grave survenue à l'étranger :

Une altération de santé constatée par une autorité médicale notoirement compétente interdisant de quitter la chambre et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre.

#### Article 3 : GARANTIES

##### 3.1 - Rapatriement médical :

En cas d'accident grave survenu en France ou à l'étranger ou de maladie grave survenant lors d'un déplacement à l'étranger d'un assuré, Mutuaide Assistance organise et prend en charge son transport jusqu'à son domicile ou jusqu'à l'hôpital le plus proche de son domicile, par le moyen le plus approprié.

La décision de rapatriement est prise par le médecin conseil de Mutuaide Assistance, après avis du médecin traitant, et éventuellement du médecin de famille. Seules les exigences d'ordre médical sont prises en considération pour arrêter le choix du moyen de transport et du lieu d'hospitalisation dans lequel Mutuaide Assistance aura réservé, si nécessaire, une place.

Sur prescription médicale, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport retour d'une personne qui voyage avec l'assuré ou, à défaut, d'un accompagnant.

Mutuaide Assistance se réserve le droit de réclamer le remboursement du (des) titre(s) de transport initial prévu éventuellement détenu (s) et non utilisé(s) du fait du rapatriement.

##### 3.2 - Visite d'un proche à l'étranger :

En cas d'hospitalisation à l'étranger pour une durée de plus de 3 jours d'un assuré en déplacement dans le cadre des activités garanties, si celui-ci est seul sur place et, si les médecins ne préconisent pas de rapatriement immédiat, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le déplacement aller/retour (train 1<sup>ère</sup> classe ou avion classe économique) d'une personne désignée par l'assuré hospitalisé, et résidant en France métropolitaine, afin de se rendre à son chevet.

Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

La garantie ci-dessus est également mise en œuvre au départ d'un département d'outre-mer si le domicile de l'assuré est situé dans un département d'Outre-Mer.

##### 3.3 - Retour anticipé uniquement depuis l'Etranger :

Mutuaide Assistance organise et prend en charge le retour prématuré de l'assuré en déplacement à l'étranger dans le cadre des activités garanties en cas de décès en France du conjoint (ou concubin notoire, ou PACSE), d'un ascendant au premier degré ou descendant au premier degré.

La prise en charge du retour anticipé de l'assuré s'effectue sur la base d'un titre de transport aller/retour pour regagner le domicile, ou le lieu des obsèques en France.

La mise à disposition du titre de transport est immédiate mais, il sera demandé au bénéficiaire du retour anticipé de fournir, dès que possible, une copie du certificat de décès ainsi que tout document utile permettant d'établir le degré de parenté.

##### 3.4 - Frais médicaux :

##### 3.4.1 - Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation à l'Etranger :

A la suite d'accident ou de maladie grave de l'assuré survenu à l'étranger dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de 6 000 € par an.

##### 3.4.2 - Remboursement des frais médicaux et d'hospitalisation des étudiants se rendant à l'étranger pour une durée pouvant atteindre 12 mois consécutifs dans le cadre d'échanges scolaires ou universitaires :

A la suite d'accident ou de maladie grave d'un étudiant assuré survenu à l'étranger dans le cadre d'échanges scolaires ou universitaires, Mutuaide Assistance rembourse la partie des frais médicaux et/ou d'hospitalisation qui n'a pas été prise en charge par les organismes sociaux et/ou tout organisme de prévoyance ou complémentaire de l'assuré à concurrence de 30.000 € par an.

##### 3.4.3 - Avance de fonds :

En cas de nécessité, Mutuaide Assistance pourra, sur justificatif, consentir une avance de fonds contre la remise d'un chèque de garantie ou d'une reconnaissance de dette. Cette avance est remboursable dans le mois qui suit le retour en France du bénéficiaire, à défaut le chèque de garantie est encaissé dans les 45 jours.

##### 3.4.4 - Exclusions particulières :

- Les frais médicaux en France.
- Les remboursements de prothèses, appareillages.
- Les frais de cures thermales et de rééducation.

##### 3.5 - Frais de secours, frais de recherche, frais de cours de ski, frais de remontées mécaniques :

##### 3.5.1 - Frais de recherche et/ou de secours en mer, lac et rivière, sur terre, en montagne :

Mutuaide Assistance prend en charge ou remboursement des frais de recherche et/ou de secours à concurrence de 30.000 € par an.

Cette prestation s'applique aux frais de recherche et/ou de secours non pris en charge par les organismes publics de secours.

- 3 -

### 3.5.2 - Frais de remontées mécaniques et cours de ski inutilisés par suite d'accident :

En cas d'accident entraînant l'impossibilité médicale d'exercer l'activité prévue, Mutuaide Assistance rembourse les frais de cours/stages et les forfaits de remontées mécaniques inutilisés, au prorata du temps restant à courir et sur présentation des justificatifs :

- les frais de remontées mécaniques sont remboursés dans la limite de 16€ par jour et par assuré dans la limite de 7 jours,
- les cours de ski sont remboursés dans la limite de 16€ par jour et par assuré dans la limite de 7 jours.

### 3.5.3 - Modalités d'application et procédure de déclaration :

Les assurés, ou toute personne agissant en leurs noms, doivent aviser Mutuaide Assistance immédiatement verbalement et, au plus tard, dans les 48 heures suivant l'intervention. Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, dans les 5 jours suivant la date de facture, les assurés, ou leurs ayants droit, doivent faire parvenir directement à Mutuaide Assistance :

- l'original de la (des) facture(s) acquittée(s) et faisant ressortir la date, les motifs et la nature de l'intervention,
- un certificat médical initial précisant la nature de l'atteinte corporelle grave, adressé sous pli confidentiel au Médecin Chef de Mutuaide Assistance,
- un certificat de décès ou un constat des autorités de police, suivant le cas.

### 3.5.4 - Remboursement :

Le remboursement des frais se fait exclusivement aux assurés ou à leurs ayants droit, à l'exclusion de toute autre personne physique ou morale.

Toute intervention et demande de remboursement non conforme à ces dispositions entraîne la déchéance de tout droit à remboursement.

### 3.6 - Envoi de médicament :

Si lors de son séjour à l'étranger, un assuré a besoin de médicaments, Mutuaide Assistance organise et prend en charge sous réserve qu'ils soient introuvables sur place, la recherche et l'envoi des médicaments indispensables à la poursuite d'un traitement en cours ou tout appareil indispensable dans les actes de la vie quotidienne. Les frais de médicaments ou d'appareil, ainsi que les frais de douanes restent à la charge de l'assuré. La garantie est accordée sous réserve d'accord d'acheminement par les autorités locales.

### 3.7 - Rapatriement de corps :

En cas de décès d'un assuré dans le cadre des activités garanties, Mutuaide Assistance organise et prend en charge le transport du corps ainsi que les frais de cercueil utilisé pour le transport du corps organisé par elle jusqu'au lieu d'inhumation proche de son domicile en France métropolitaine ou Département d'Outre-mer, à concurrence de 500 €.

Les frais de cérémonie et d'inhumation restent à la charge de la famille.

En cas de décès à l'étranger uniquement, si la présence d'un ayant droit est requise par les autorités locales pour effectuer les démarches nécessaires au rapatriement, Mutuaide Assistance met à sa disposition et prend en charge un titre de transport aller/retour. Les frais d'hébergement de cette personne ne sont pas pris en charge.

### 3.8 - Prise en charge des honoraires d'avocat :

Si l'Assuré est incarcéré ou menacé de l'être à la suite d'un acte survenant durant son séjour à l'étranger, Mutuaide Assistance prend à sa charge les frais d'un homme de loi à concurrence de 8 000 € TTC par événement, le règlement intervenant sur justificatif.

### 3.9 - Avance de la caution pénale :

Si lors de son séjour à l'étranger, un assuré est passible de poursuites judiciaires, d'incarcération pour non-respect ou violation involontaire des lois et règlements locaux, Mutuaide Assistance fait l'avance de la caution exigée par les autorités locales pour permettre sa mise en liberté provisoire avec un plafond de 15 000 €, le règlement intervenant sur justificatif.

Cette avance est consentie contre une reconnaissance de dette ou un chèque de garantie (à déposer de préférence en France). Elles sont remboursables à Mutuaide Assistance dans les 30 jours qui suivent la date de mise à disposition des fonds. Ce délai pourra être renouvelé. Si cette caution est remboursée avant ce délai par les autorités du pays, elle doit être aussitôt restituée à Mutuaide Assistance. Si l'Assuré est cité devant un tribunal et ne s'y présente pas, Mutuaide Assistance exigera immédiatement le remboursement de la caution.

### Article 4 : EXCLUSIONS GENERALES

- Dans tous les cas les prestations qui n'ont pas été demandées et/ou qui n'ont pas été organisées par Mutuaide Assistance ou en accord avec elle.
- Tout déplacement excédant 90 jours consécutifs, sauf pour les étudiants, exclusivement dans le cadre d'échanges universitaires à l'Etranger pour qui sont garantis les déplacements jusqu'à 12 mois consécutifs.
- La pratique professionnelle de toutes activités sportives.
- Les affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et qui n'empêchent pas de poursuivre son voyage.
- Les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance.
- Les faits provoqués intentionnellement par le bénéficiaire ou résultant d'un suicide ou d'une tentative de suicide.
- Une infirmité préexistante.
- Les voyages entrepris dans un but de diagnostic et/ou de traitement médical.
- Les états de grossesse de plus de 6 mois (date présumée de conception) à moins d'une complication imprévisible.
- Les convalescences et les affections en cours de traitement et non encore consolidées.
- Les dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré.
- Les accidents résultant de l'usage d'alcool, de drogues ou de stupéfiants par l'assuré.

### Article 5 : CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES

La responsabilité de Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques



**MUTUELLE DES SPORTIFS** - 2/4, rue Louis David - 75782 Paris Cedex 16 - ☎ 01 53 04 86 86 - 📠 01 53 04 86 87.

Mutuelle régie par le Code de la Mutualité et soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité. Mutuelle immatriculée au répertoire Siren sous le numéro siren N° 422 801 910

**MUTUAIDE ASSISTANCE** - 8/14, avenue de frères Lumière - 94366 Bry - Sur - Marne Cedex - ☎ 01 45 16 65 70 - 📠 01 45 16 63 92.

**GROUPE FRANCE MUTUELLE** - Siège social 56, rue de Monceau 75008 Paris

Siège administratif 9, boulevard Jules Ferry 75551 Paris Cedex 11

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - Immatriculée sous le N° 784 492 084



Siège Social  
56, rue du Monceau  
75008 Paris

