emoa.

Mutuelle

REGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTE

OPERATIONS INDIVIDUELLES GAMME « MODUL'EMOA »

www.mutuelle-emoa.fr

EMOA est une marque de Mutuelle du Var - **EMOA Mutuelle**

Siège administratif : 285, rue de la Cauquière – CS 60117

83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX

Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité immatriculée sous le numéro SIREN 783 169 220

SOMMAIRE

1 - Objet du règlement	3
2 - Contrats responsables	3
3 - Adhésion	3
3-1 Formalités d'adhésion	3
3-2 Personnes couvertes par le contrat	3
3-3 Pièces à fournir à l'adhésion	3
3-4 Date d'effet de l'adhésion	3
3-5 Limite d'âge à l'adhésion pour chaque module	4
3-6 Ajustement de l'adhésion	4
4 - Modification des garanties	4
4-1 Changement de niveau de garantie	4
4-2 Modification des prestations à l'initiative d'EMOA Mutuelle	4
5 - Cessation des garanties	4
6 - Résiliation	4
6-1 Résiliation à l'initiative du membre participant	4
6-2 Résiliation à l'initiative d'EMOA Mutuelle	5
6-3 Délai de renonciation	5
7 - Exclusion	5
8 - Cotisations	5
8-1 Fixation et évolution des cotisations	5
8-2 Mode de calcul des cotisations	5
8-3 Paiement des cotisations	5
8-4 Non-paiement des cotisations	6
9 - Garanties frais de santé	6
9-1 Définition des garanties	6
9-2 Ouverture du droit aux prestations	6
9-3 Modalités de règlement	6
9-4 : Assiette	6
9-5 Limites	7
9-6 Risques exclus	7
9-7 Dispositions propres à certaines prestations	7
9-8 Tiers payant	9
10- Forclusion	9
11- Prescription	9
12- Subrogation	9
13- EMOA Assistance à domicile	10
14- PASS+ EMOA	10
15- Commission d'Action Mutualiste	10
16- Protection des données	10
17- Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)	10
18- Réclamations et médiations	10
19- Travailleurs non-salariés (TNS)	10
ANNEXE	11

1 - Objet du règlement

Les dispositions du présent règlement Mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles EMOA Mutuelle assure des garanties « frais de santé » au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L. 114-1 du Code de la mutualité. Pour ces opérations, EMOA Mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture de frais de santé, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

Des garanties peuvent également être proposées par EMOA Mutuelle, agissant en tant qu'intermédiaire mutualiste, sur la base d'une convention d'assurance collective à adhésion obligatoire en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, ou bien sur la base de contrats collectifs à adhésion facultative. Le détail de ces garanties fait l'objet d'une information spécifique de l'adhérent lorsqu'il en bénéficie. Les garanties proposées par EMOA Mutuelle et objet du présent règlement, sont des garanties relatives au remboursement de frais de santé, telles que définies sur le document remis à l'adhérent lors de son adhésion et des modifications qui lui ont été notifiées, décidées par l'Assemblée générale ou par délégation donnée au Conseil d'administration.

2 - Contrats responsables

Le Contrat est soumis à la législation française et notamment au Code de la mutualité. Ce contrat est un contrat solidaire et responsable au sens des articles L 871- 1 du Code de la sécurité sociale. Il respecte donc le cahier des charges défini aux articles R 871-1 et R 871-2 du même code.

Le contrat « solidaire » signifie que l'affiliation des bénéficiaires n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des assurés. Le contrat « responsable » signifie que le contrat doit s'inscrire dans le cadre du dispositif législatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire de santé bénéficiant d'une aide, conformément à l'article 57 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application. En conséquence, les garanties et niveaux de remboursement seront adaptés en fonction des évolutions législatives et réglementaires régissant les « Contrats responsables ». Ces adaptations seront automatiques si elles sont sans impact sur les cotisations. Aucune exclusion mentionnée au sein des conditions générales ne saurait s'appliquer aux obligations de prises en charge prévue à l'article R871-2 du code de la Sécurité sociale. La couverture de frais de santé respecte les planchers minimaux et les plafonds maximum des garanties « Contrats responsables ». Les membres participants sont représentés à l'Assemblée générale d'EMOA Mutuelle, conformément à l'article L114-6 du Code de la mutualité, selon les dispositions statutaires d'EMOA Mutuelle.

3 - Adhésion

3-1 Formalités d'adhésion

L'adhésion à EMOA Mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. L'ensemble des bénéficiaires doit souscrire à la même garantie et au même niveau. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

L'adhérent doit souscrire trois modules de garanties obligatoires et choisir, pour chacun de ces modules, l'un des sept niveaux de garanties proposé, en respectant un écart maximum de deux niveaux entre ces modules.

Il peut également choisir de souscrire un module facultatif de garanties Confort+. Le cas échéant, il doit à nouveau choisir l'un des six niveaux de garanties proposé, en respectant un écart maximum de deux niveaux entre ce module et les modules obligatoires.

3-2 Personnes couvertes par le contrat

Les bénéficiaires du contrat sont ceux désignés au bulletin d'adhésion, il peut s'agir :

- De l'adhérent, membre participant,
- Du conjoint de membre participant,
- Du concubin lié ou non par un PACS,
- Des enfants à charge célibataires :
 - bénéficiant de la qualité d'ayant droit social du membre participant ou du conjoint inscrit sur le contrat,
 - âgés de plus de 18 ans, ayant la qualité d'assuré social à un régime obligatoire s'ils justifient de la poursuite d'études (certificat de scolarité)
 - âgés de moins de moins de 25 ans bénéficiant de la Sécurité Sociale en tant qu'apprentis et ayant une rémunération inférieure à 55% du SMIC,
 - âgés de moins de moins de 25 ans s'ils justifient de la poursuite des études et sont affiliés au régime obligatoire étudiant,
 - âgés de moins de 25 ans et atteints d'une infirmité titulaire de la carte d'invalidité et à la charge du membre participant ou du conjoint, dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail rémunéré et vivant au foyer familial.

3-3 Pièces à fournir à l'adhésion

En complément du bulletin d'adhésion doivent obligatoirement être jointes les pièces suivantes :

- Copie d'attestation du régime datant de moins de 3 mois obligatoire pour chaque personne mentionnée au bulletin d'adhésion,
- Relevé d'identité bancaire ou postal pour le remboursement des prestations et le prélèvement automatique des cotisations
- Certificat de radiation de la précédente mutuelle
- Un mandat SEPA bancaire accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal, dans le cadre du prélèvement automatique,
- Chèque ou carte bancaire de règlement de la première cotisation, correspondant à la 1ère échéance.

3-4 Date d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet au plus tôt le 1er jour du mois en cours si le bulletin d'adhésion est reçu par EMOA Mutuelle entre le 1er et le 15 du mois. Si le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois en cours, l'adhésion prend effet au plus tôt le premier jour du mois suivant. Ces dispositions concernent l'adhérent et ses ayants droit.

En cas de naissance, l'adhésion du nouveau-né prend effet le 1er jour du mois de sa naissance si l'acte de naissance est présenté à EMOA Mutuelle EMOA dans les 3 mois suivant la naissance.

3-5 Limite d'âge à l'adhésion pour chaque module

L'âge à l'adhésion des niveaux Eco, 1 et 3 est limité à 80 ans. L'âge à l'adhésion des niveaux 4,5 et 6 est limité à 75 ans.

Il n'y a pas de limite d'âge pour le niveau 2.

L'âge se calcule toujours par différence de millésime entre l'année de souscription et l'année de naissance.

3-6 Ajustement de l'adhésion

Si une décision législative ou réglementaire, une évolution des résultats techniques ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des conditions de l'adhésion, la mutuelle se réserve la possibilité de les réviser.

Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à l'adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et/ou d'application immédiate.

En cas de révision suite à une évolution des résultats techniques, la révision ne prendra effet qu'au renouvellement du contrat.

4 - Modification des garanties

4-1 Changement de niveau de garantie

L'adhérent peut solliciter un changement de niveau de garanties (en respectant un écart maximum d'un niveau par module) :

- à la hausse, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins une année civile,
 - à la baisse, sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins deux années civiles,
- tout en respectant un écart de deux niveaux maximum entre les modules.

Les nouvelles garanties et cotisations correspondantes prennent effet au 1er janvier de l'année civile qui suit la demande, dès lors qu'elle a été formulée avant cette date.

La modification de garanties donne lieu à signature d'un avenant au bulletin d'adhésion.

L'ensemble des bénéficiaires bénéficie du changement de niveau de garanties.

4-2 Modification des prestations à l'initiative d'EMOA Mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L 114-10 et L 114-11 du Code de la mutualité. Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

5 - Cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf pour les soins effectués à une date antérieure à la date d'effet de la résiliation.

Quel que soit le motif de la résiliation, l'adhérent est tenu de restituer toutes cartes adhérents en sa possession si la date de fin de garantie mentionnée sur les cartes est postérieure à la date d'effet de la résiliation. En cas d'utilisation d'une carte postérieurement à la résiliation, EMOA Mutuelle engagera une procédure de recouvrement des prestations indûment réglées, à l'encontre de l'adhérent.

6 - Résiliation

L'adhésion au présent règlement est viagère. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions suivantes :

6-1 Résiliation à l'initiative du membre participant

• Faculté de résiliation annuelle

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au moins deux mois avant la fin de l'année civile. Si l'avis d'échéance n'est pas parvenu à l'adhérent au moins 15 jours avant ce délai de deux mois, l'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion sur son avis d'échéance de cotisation, conformément aux dispositions de la Loi Châtel n°2005-67 du 28 janvier 2005.

Conformément à l'article L.221-10 du Code de la Mutualité, le membre participant peut mettre fin à son adhésion ou résilier le contrat en envoyant par lettre recommandée la demande à la mutuelle au moins deux mois avant la date d'échéance soit au plus tard le 31 octobre de l'année en cours. La date d'effet de la résiliation est le 31 décembre de l'année en cours.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile. Dans tous les cas, le membre participant s'engage à restituer à la mutuelle les cartes adhérents en sa possession.

• Faculté de résiliation exceptionnelle

En cas d'adhésion à un contrat collectif obligatoire, il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si un membre participant apporte la preuve qu'un contrat collectif à adhésion obligatoire ou, qu'une convention collective, impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite. La demande écrite doit obligatoirement être accompagnée d'un justificatif attestant de l'accord conclu et des noms et prénoms des bénéficiaires concernés par cette adhésion obligatoire.

Cette résiliation entraînera la radiation du membre participant et éventuellement de ses ayants droit, et le trop perçu des cotisations lui sera remboursé par EMOA Mutuelle, après restitution des cartes adhérents.

En application de l'article L.221-17 du Code de la Mutualité, 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.

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou lorsque le membre participant a souscrit une garantie spécifiquement en considération de sa situation de domicile, matrimoniale ou professionnelle, et que cette situation entraîne une modification tarifaire. La fin d'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. EMOA Mutuelle doit rembourser à l'adhérent la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation. Cependant, si un ayant droit majeur conserve le contrat, EMOA Mutuelle maintient la part de cotisation trop perçue au crédit de ce nouveau contrat.

Le remboursement des sommes visées est soumis à l'obligation préalable de restituer les cartes d'adhérents délivrées par la mutuelle.

En cas de décès, la résiliation prend effet au premier jour du mois suivant la réception de l'avis de décès. En cas de décès d'un membre participant, la copie de l'acte de décès doit être transmise à EMOA Mutuelle pour que la radiation puisse être prise en compte. Le remboursement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru s'effectuera sur demande écrite formulée par la ou les personne(s) ayant qualité à agir.

En cas de décès d'un ayant droit, la copie de l'acte de décès doit être transmise à EMOA Mutuelle pour que la radiation puisse être prise en compte.

En cas de résiliation des ayants droits,

En cas de divorce, séparation de corps ou de perte de la qualité d'ayant droit pour les enfants à charges, il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si le membre participant apporte les justificatifs attestant du changement de situation. La résiliation prend alors effet au 1er jour du mois qui suit la notification.

6-2 Résiliation à l'initiative d'EMOA Mutuelle

- En cas de non-paiement des cotisations par le membre participant dans les conditions prévues à l'article 8-3 et 8-4 du présent règlement. EMOA Mutuelle engagera une procédure de recouvrements des cotisations non payées.
- En cas de fausse déclaration conformément à l'article 7 du présent règlement.
- De même, chaque Bénéficiaire cesse d'être garanti dès lors qu'il ne remplit plus les conditions pour être assuré au titre du Contrat telles que prévues à l'article 3 du présent règlement mutualiste,

6-3 Délai de renonciation

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la Mutualité relatif à la fourniture à distance d'opérations d'assurance, l'Adhérent bénéficie d'un délai de 14 jours à compter de la réception des conditions contractuelles, pour exercer son droit de renonciation sans motif, ni pénalité. L'Adhérent exerce cette faculté par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à EMOA Mutuelle – 285 rue de la Cauquière – CS 60117 – 83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX.

La lettre de renonciation peut être rédigée ainsi :

« Je soussigné(e)..... (nom et prénom), demeurant... (adresse), déclare renoncer au contrat de santé n° (n° inscrit sur le bulletin d'adhésion)... souscrit sur le site internet de EMOA Mutuelle le... (date inscrite sur le bulletin d'adhésion) + signature du membre participant.»

Le droit de renonciation entraîne la résiliation du contrat à la date de réception de la lettre recommandée. Le remboursement des primes versées met fin à l'ensemble des garanties.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à EMOA Mutuelle si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

7 – Exclusion

Dans le respect des règles prévues par le Code de la Mutualité peut être exclu de EMOA Mutuelle le membre participant dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à EMOA Mutuelle et qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

L'exclusion entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la date d'exclusion. En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, EMOA Mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues. La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L 221-17 du Code de la Mutualité.

8 – Cotisations

8-1 Fixation et évolution des cotisations

Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'Assemblée générale d'EMOA Mutuelle ou par le Conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière. Le montant des cotisations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L 114-10 et L 114-11 du Code de la mutualité. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

8-2 Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont calculées pour chaque bénéficiaire de la garantie. Elles peuvent varier en fonction :

- du lieu de résidence,
- du régime obligatoire d'affiliation,
- de la composition familiale, de l'âge des membres participants ou ayants droit, calculé par différence de millésime à l'adhésion et lors de l'année en cours, selon délibération de l'Assemblée générale ou du conseil d'administration dûment mandaté,
- des niveaux de garanties.

L'évolution par âge se fait annuellement à partir de 18 ans. La cotisation intègre toutes les taxes et contributions qu'EMOA Mutuelle doit acquitter et qui sont en vigueur au moment de l'appel de cotisation. Un droit d'adhésion ou des frais de dossier peuvent être demandés par EMOA Mutuelle, s'ils sont prévus sur le bulletin d'adhésion.

8-3 Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est dû pour l'année civile dès la prise d'effet de la garantie. La cotisation doit être réglée au début de chaque période. L'absence de règlement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie, et éventuellement sa résiliation conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité.

• En cas de choix du prélèvement automatique

Le membre participant devra transmettre à EMOA Mutuelle un mandat SEPA bancaire accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal. EMOA Mutuelle prélèvera la cotisation incombant au membre participant selon la périodicité et la date de prélèvement choisies sur le bulletin d'adhésion. En cas d'incidents de paiement répétés (2 rejets consécutifs de prélèvement), EMOA Mutuelle supprime le prélèvement jusqu'à la fin de l'année. La cotisation est alors réglée trimestriellement, semestriellement ou annuellement.

Des frais de rejet peuvent être imputés à l'adhérent par EMOA Mutuelle dans la limite de 5 € par rejet. Lorsque le prélèvement est rejeté une première fois pour les motifs suivants : Compte soldé, opposition, tirage contesté ou destinataire non reconnu, le prélèvement est également suspendu et la cotisation est appelée au trimestre le temps que l'adhérent rétablisse sa situation (ordre donné à sa banque de lever l'opposition, envoi de nouvelles coordonnées bancaires).

Le membre participant réglant ses cotisations par prélèvement sur compte bancaire et souhaitant annuler cette procédure devra en faire la demande par écrit.

Le paiement de la cotisation doit être effectué aux périodicités fixées au bulletin d'adhésion.

• En cas de choix du paiement par chèque

Le paiement de la cotisation doit être effectué aux périodicités fixées au bulletin d'adhésion, de manière à délivrer les cartes d'adhérents en temps utile.

• En cas de choix du paiement par carte bancaire

Le paiement par carte bancaire est possible, dans nos agences ou par Internet. Le paiement de la cotisation doit être effectué au 1er jour de la période, semestrielle ou annuelle.

8-4 Non-paiement des cotisations

L'absence de règlement de la cotisation entraîne la suspension de la garantie, et éventuellement sa résiliation conformément à l'article L 221-7 du Code de la Mutualité. En cas de non-paiement de la cotisation, EMOA Mutuelle peut prévoir des majorations de retard fixées par le Conseil d'administration.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, EMOA Mutuelle exigera le remboursement des prestations versées après la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations. La cotisation doit être réglée au début de chaque période. Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, EMOA Mutuelle exigera le remboursement des prestations versées après la résiliation des garanties pour non-paiement des cotisations.

9 - Garanties frais de santé

9-1 Définition des garanties

Les garanties « frais de santé » ont pour objet, en cas d'accident, de maladie ou de maternité d'assurer au membre participant, et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Il peut s'agir de prestations forfaitaires espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par le régime obligatoire. Ces prestations sont précisées pour chacune des garanties joint au bulletin d'adhésion.

9-2 Ouverture du droit aux prestations

Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts.

La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par EMOA Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire. Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements engagés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations ne sont pas remboursés par la mutuelle.

Règlement des garanties Modul'EMOA. MARK-RG17-2017

Approuvé par l'Assemblée générale du 10/06/2017.

9-3 Modalités de règlement

Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou celui de ses ayants droit. Dans le cadre des accords de dispense d'avance de frais (tiers payant), ce règlement s'effectuera soit sur le compte du professionnel de santé ou de celui de l'organisme qu'il aura mandaté.

Dans le cadre de relations directes avec les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie, ce règlement s'effectuera sur le compte desdits organismes. Le règlement des prestations s'effectue :

- soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :
 - Les décomptes originaux, délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie (sauf si ceux-ci indiquent que le double a été transmis automatiquement à la Mutuelle ou à un autre organisme assureur).
 - Les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, ou par les praticiens.
 - Les originaux des avis de sommes à payer émis par les hôpitaux, obligatoirement accompagnés des attestations de paiement.
 - Les originaux des factures acquittées accompagnés du bulletin de situation émis par les cliniques.
 - Les originaux des attestations de cure et factures d'hébergement.
 - Les photocopies des notifications du régime obligatoire d'assurance maladie concernant les refus de prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés.
 - Les originaux des factures pour les actes non pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.
- soit par réception de fichiers informatisés

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé. La date des soins, prise en considération pour le remboursement des prestations par EMOA Mutuelle, est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie. Pour les actes non remboursés par les régimes obligatoires, la date prise en compte est la date de la facture. Les originaux des factures acquittées ou de relevés de dépenses engagées par l'assuré ainsi que de toute pièce justificative des dépenses réelles et tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier doivent être datés, signés et porter mention des noms, prénoms de l'adhérent ou du bénéficiaire des soins.

9-4 : Assiette

Les Prestations sont basées sur la valeur du tarif de convention selon la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur ou sur des montants forfaitaires, déduction faite du remboursement du régime obligatoire.

L'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée au remboursement des prestations par le régime obligatoire français. Seuls les frais correspondant à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. EMOA Mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon le tableau de garanties joint au bulletin d'adhésion. Les soins non pris en charge par les régimes obligatoires ne donnent pas lieu à remboursement de la part d'EMOA Mutuelle.

9-5 Limites

Toutes les prestations sont limitées aux frais réels engagés, tous organismes de couverture complémentaire intervenant confondus, et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers, par EMOA Mutuelle. Le montant, la durée ou la fréquence d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties dans les descriptifs figurant au tableau des garanties.

Conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31/12/1989, 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 assureur de son choix.

Le Bénéficiaire doit faire la déclaration des assurances cumulatives. Cette obligation est valable pendant toute la durée de l'affiliation au Contrat.

9-6 Risques exclus

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- Les séjours en maison d'enfants à caractère social, les maisons de retraite, y compris hébergement temporaire et placement à l'année, les longs séjours, ainsi que les soins reçus sans prescription médicale.
- Les frais de santé non pris en charge par la Sécurité sociale et/ ou ne figurant pas à la nomenclature de la Sécurité sociale ou à la classification commune des actes médicaux et ce même s'ils ont fait l'objet d'un refus ou d'un remboursement nul par le Régime obligatoire, sauf disposition contraire mentionnée au tableau des garanties,
- Les soins esthétiques, la thalassothérapie,

En outre, le Contrat ayant la qualité de « Contrat responsable », il ne prendra jamais en charge :

- la participation forfaitaire légale et les franchises médicales qui restent à la charge des assurés sociaux,
- la diminution du remboursement de la Sécurité sociale et les dépassements d'honoraires consécutifs au non-respect du Parcours de soins coordonné.

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

9-7 Dispositions propres à certaines prestations

Vous trouverez ci-après les modalités d'application de l'ensemble des garanties proposées dans le Contrat individuel. Il convient donc pour chaque garantie mentionnée au tableau des garanties de se reporter à l'article concerné.

Les montants de garanties dont bénéficient les Bénéficiaires dépendent du niveau souscrit par l'Adhérent.

• La participation forfaitaire de 18 euros :

Ce Contrat prend en charge la participation forfaitaire de 18 euros que le Régime obligatoire peut laisser à la charge du Participant ou des Bénéficiaires du Contrat si ces derniers bénéficient d'actes dont le tarif est égal ou supérieur à un plafond fixé par la réglementation de la Sécurité sociale.

En cas d'Hospitalisation

• Hospitalisation en Secteur conventionné ou non conventionné :

En cas d'Hospitalisation en médecine, maternité ou chirurgie en Secteur conventionné ou non conventionné, cette garantie rembourse l'ensemble des frais de séjours, honoraires médicaux et chirurgicaux restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement de la Sécurité sociale.

Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité Sociale.

Attention le taux de remboursement des dépassements d'honoraires médicaux et chirurgicaux varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO (l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

• Forfait hospitalier

Cette garantie rembourse le forfait hospitalier facturé par les établissements hospitaliers pour couvrir les frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une Hospitalisation.

Le montant de ce forfait est règlementé, et facturé pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement public ou privé. Cette garantie est exprimée en pourcentage des frais réellement engagés.

• Chambre particulière

Les frais de chambre particulière sont remboursés dans la limite du nombre de jour d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et en fonction des plafonds prévus pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant dans le tableau de garanties joint au bulletin d'adhésion. Les suppléments pour chambre particulière facturés à l'occasion d'un séjour ne comportant pas au minimum une nuit, ne seront pas pris en charge par EMOA Mutuelle hors conventions spécifiques.

• Frais d'accompagnant

Sont pris en charge les factures de lit accompagnant et repas servis à l'hôpital, en clinique ou au sein des établissements d'accueil pour familles de malades (maisons des parents, maisons d'accueils inscrites dans la liste établie par la F.N.E.A.F.H). La nature des séjours ouvrant droits au bénéfice d'accompagnants est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant dans le tableau de garanties joint au bulletin d'adhésion.

Soins courants

• Consultations, visites généralistes et spécialistes, auxiliaires médicaux, actes d'imagerie, actes techniques médicaux et analyses (y compris en soins externes en milieu hospitalier)

Sont pris en charge au titre de cette garantie (y compris lorsqu'ils sont effectués en soins externes) :

- les honoraires pratiqués pour une consultation au cabinet du médecin ou pour une visite effectuée par ce dernier à votre domicile ou pour une consultation en milieu hospitalier (soins externes) ;
- les honoraires des auxiliaires médicaux : infirmiers, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures/ podologues, et kinésithérapeutes ;
- les frais d'actes techniques médicaux ;
- les frais d'analyses ;
- les frais consécutifs à des actes de prélèvement,
- les frais d'exams, d'imagerie médicale.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale.

Les remboursements sont exprimés en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

Attention le taux de remboursement des dépassements d'honoraires médicaux varie selon que le médecin est adhérent ou non adhérent à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO (l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée).

Sont soumises à des conditions de remboursement spécifiques :

Les consultations, visites et actes techniques réalisés « hors Parcours de soins coordonnés » : le Contrat ne prendra pas en charge la hausse du ticket modérateur (c'est-à-dire l'augmentation de la partie des frais non prise en charge par la Sécurité sociale) et/ou les dépassements d'honoraires conformément aux dispositions relatives aux Contrats responsables.

Pharmacie remboursée par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie, les frais de médicament restant à la charge du Bénéficiaire après remboursement par le Régime obligatoire. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Appareillage

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais suivants :

- appareillage orthopédique,
- audioprothèse,
- prothèse non dentaire.

Ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale. Sont également pris en charge les frais de petits et gros appareillages ayant donné lieu à un remboursement par la Sécurité sociale. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

Transport remboursé par le Régime obligatoire

Sont pris en charge au titre de cette garantie les frais de transport prescrits par un médecin et ayant donné lieu à un remboursement par le Régime obligatoire. Cette garantie est exprimée en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties.

Dentaires

• Soins dentaires conventionnés

Sont pris en charge au titre de cette garantie :

- les frais d'honoraires pour la consultation d'un chirurgien- dentiste,
- les frais de soins dentaires qui comprennent les soins dits «conservateurs» et les soins chirurgicaux,
- les frais d'inlays-onlays.

Pour pouvoir être pris en charge, ces frais doivent avoir fait l'objet d'un remboursement par la Sécurité sociale et le chirurgien-dentiste doit être conventionné. Le montant de prise en charge est exprimé en pourcentage de la Base de remboursement de la Sécurité sociale dans la limite exprimée au sein du tableau des garanties. Le montant, la durée ou la fréquence d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties dans les descriptifs au tableau des garanties.

• Orthodontie et prothèses dentaires remboursées par le régime obligatoire

- Si orthodontie acceptée par le régime obligatoire d'assurance maladie
- Le paiement des forfaits pour les soins d'orthodontie s'effectue à la date des soins prise en compte par le régime obligatoire d'assurance maladie qui est la date de facturation de fin de semestre
- Si la télétransmission entre EMOA Mutuelle et le régime obligatoire fonctionne, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée.
- Si la télétransmission entre EMOA Mutuelle et le régime obligatoire ne fonctionne pas, le membre participant doit fournir la facture originale acquittée et le décompte du régime obligatoire d'assurance maladie.
- Si orthodontie refusée par le régime obligatoire d'assurance maladie : Le paiement des forfaits pour les soins d'orthodontie s'effectue à la date de facturation de fin de semestre sur présentation d'une facture originale acquittée précisant la date de début et de fin de semestre.

Optiques

Seuls les frais d'optique ayant fait l'objet d'une prescription médicale sont pris en charge au titre du Contrat.

• Monture et verres remboursés par la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais de monture optique et de verres simples ou complexes, multifocaux ou progressifs remboursés par la Sécurité sociale. Cette garantie s'entend des frais exposés pour l'acquisition d'un équipement optique composé de deux verres et d'une monture, à raison d'une prise en charge par période de deux ans à compter de la date d'affiliation sauf pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement optique justifié par une évolution de la vue auquel cas, la prise en charge s'effectue par période d'un an.

A noter : Conformément aux dispositions sur le « Contrat responsable » et au tableau des garanties, la prise en charge de la monture au sein de l'équipement optique fait l'objet d'une limitation et le montant global de prise en charge varie en fonction du niveau de correction du Bénéficiaire et de la complexité des verres.

• Lentilles jetables ou non, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale

En fonction du niveau souscrit, sont pris en charge dans la limite du montant exprimé au sein du tableau des garanties, les frais liés à l'achat de lentilles correctrices médicalement prescrites, jetables ou non, acceptées ou refusées par la Sécurité sociale.

Cette garantie est exprimée au tableau des garanties sous la forme d'un montant maximum de prise en charge valable par Année d'affiliation et par Bénéficiaire.

Bien-être et Médecine douce

• Vaccins non remboursés par le régime obligatoire de la Sécurité sociale

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion par Bénéficiaire, les frais suivants :

- vaccins médicalement prescrits et non pris en charge par le Régime obligatoire.

• **Sevrage tabagique**

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion et par Bénéficiaire, les frais de sevrage tabagique suivants :

- gommes à mâcher et/ou patchs médicalement prescrits et pris en charge par le Régime obligatoire.

• **Homéopathie – veinotonique**

Sont pris en charge, tels qu'exprimés au tableau des garanties, les frais d'homéopathie et de veinotonique.

La prise en charge au titre de cette garantie est limitée au montant indiqué au tableau des garanties.

• **Automédication**

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, par année d'adhésion, concernant la pharmacie non pris en charge par le Régime obligatoire. Etant précisé que ne sont pas pris en charge au titre de l'automédication, les produits de parapharmacie. La prise en charge est conditionnée à la présentation de l'original de la facture acquittée présentant le détail des médicaments achetés.

• **Cure thermale**

Sont pris en charge au titre de cette garantie, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties, les frais de cure thermale remboursée par le Régime obligatoire. Le montant exprimé dans le tableau des garanties est valable par Bénéficiaire et par année d'adhésion.

• **Consultations**

Sont pris en charge, dans la limite du montant exprimé au tableau des garanties et dans la limite de quatre consultations par année d'adhésion et par Bénéficiaire, les consultations suivantes réalisées par un praticien diplômé d'état :

- consultation chiropracteur,
- consultation diététicien,
- consultation psychologue,
- consultation podologue,
- consultation ostéopathe.

9-8 Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, les adhérents peuvent être dispensés de l'avance des frais engagés par le membre participant ou le cas échéant par ses ayants droit, sur présentation de leur carte adhérent, dès lors qu'une convention de tiers payant a été signée par EMOA Mutuelle avec les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les fournisseurs de matériels médicaux.

Cette dispense est limitée au niveau de couverture de la garantie souscrite et à la fraction de dépense imputable à l'assurance maladie complémentaire. Toute prestation indûment réglée fera l'objet d'une demande de remboursement auprès de l'adhérent concerné. A défaut de régularisation, EMOA Mutuelle engagera à son encontre une procédure contentieuse de recouvrement.

En cas d'hospitalisation, la dispense d'avance de frais ne s'applique pas aux dépenses supplémentaires, ainsi qu'aux dépassements d'honoraires. Pour bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit solliciter auprès de EMOA Mutuelle une demande de prise en charge pour l'ensemble des établissements, à l'exclusion de ceux ayant conclu une convention avec EMOA Mutuelle.

10 – Forclusion

Conformément à l'article L 332-1 du Code de la Sécurité sociale, pour être recevable, toute demande de paiement des prestations doit parvenir à EMOA Mutuelle dans un délai de deux ans à compter de la date des soins. Par ailleurs, les réclamations afférentes aux règlements des prestations sont à présenter dans les six mois à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

11 – Prescription

Toute action dérivant du présent contrat se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où EMOA Mutuelle en a eu connaissance. En cas de réalisation du risque, ce délai ne court que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Si la réclamation porte sur des prestations accordées ou refusées, le délai commence à compter du paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

12 – Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, EMOA Mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables.

Pour le paiement des prestations à caractère forfaitaire en cas d'accident de la circulation, lesquelles constituent une avance sur indemnités de la part de EMOA Mutuelle, cette dernière est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des membres participants, des bénéficiaires ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables. Afin de permettre à EMOA Mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou ses ayants droits s'engagent à déclarer à EMOA Mutuelle tout accident impliquant des tiers dont il est victime. EMOA Mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 9-6 consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun, du travail, sportif, scolaire, ou de vie privée. A cet effet, l'adhérent doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant, à un constat. L'adhérent couvert pour le même risque, par une autre Mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer EMOA Mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que l'assuré puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels. L'adhérent doit informer EMOA Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. EMOA Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire. Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à EMOA Mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

L'adhérent doit également informer EMOA Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à EMOA Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord. En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité, ne peut être imputée à un tiers, EMOA Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'une compagnie d'assurances.

13 - EMOA Assistance à domicile

Tous les adhérents à la garantie frais de santé Modul'EMOA bénéficient de l'assistance à domicile. Les prestations sont définies dans la notice technique remise à l'adhésion.

14 - PASS+ EMOA

Tous les adhérents de moins de 71 ans bénéficient de cette garantie. Les prestations sont définies dans la notice technique remise à l'adhésion.

15 - Commission d'Action Mutualiste

L'adhésion au présent règlement offre aux membres participants la possibilité de bénéficier du fonds social de EMOA Mutuelle, sous réserve d'être titulaire d'un contrat santé depuis plus de trois ans. Les membres participants peuvent demander une aide financière exceptionnelle, une seule fois, à la Commission d'Action Mutualiste de EMOA Mutuelle :

- soit pour une prestation non prise en charge, sur présentation de la facture,
- soit dans le cas où ils se trouvent dans des conditions sociales difficiles. La décision d'acceptation ou de refus d'intervention est sans appel.

16 - Protection des données

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de EMOA Mutuelle et des organismes ou unions auxquelles elle adhère. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte, sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. L'Adhérent ou le cas échéant les Bénéficiaires, ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de EMOA Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs. Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à EMOA Mutuelle, à l'adresse de son siège social. L'Adhérent peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans le but de prospections commerciales, en adressant à EMOA Mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

17 - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)

Conformément au Code de la mutualité, EMOA Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – ACPR - 61, rue Taitbout 75436 PARIS CEDEX 09.

18 - Réclamations et médiations

Pour toute réclamation, l'Adhérent et les Participants peuvent s'adresser au service relations Adhérents au siège administratif de EMOA Mutuelle.

EMOA Mutuelle

Service relations adhérents – 285, rue de la Cauquière – CS 60117

83184 SIX-FOURS-LES-PLAGES CEDEX

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du Contrat, l'Adhérent et les Participants peuvent demander l'avis du médiateur désigné par EMOA Mutuelle. Le médiateur désigné est impartial.

Ce dernier peut être saisi par courrier adressé au siège administratif de EMOA Mutuelle, service du médiateur – secrétariat de la présidence. Les modalités de la procédure de médiation sont communiquées aux Participants et à l'Adhérent qui en fait la demande à EMOA Mutuelle.

19 - Travailleurs non-salariés (TNS)

Tout adhérent à une garantie frais de santé, ayant le statut de travailleur non salarié indépendant ou de profession libérale, et souhaitant bénéficier de la Loi Madelin, adhère à :

L'Association Nationale de Prévoyance des Professions Indépendantes (ANPPI) – 125, Avenue de Paris 92327 CHATILLON CEDEX

ANNEXE

	Niveau ECO	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3	Niveau 4	Niveau 5	Niveau 6
OPTIQUE							
Forfait équipement ⁽¹⁾ :							
Équipement 2 verres simples*		100 €	150 €	200 €	300 €	400 €	470 €
Équipement 1 verre simple + 1 verre complexe ou très complexe		150 €	200 €	250 €	350 €	500 €	610 €
Équipement 2 verres complexes* ou 2 verres très complexes		200 €	250 €	300 €	400 €	600 €	750 €
Équipement 1 verre complexe + 1 verre très complexe*	TM	200 €	250 €	300 €	400 €	600 €	750 €
<i>Dont forfait maximum pour la monture</i>		50 €	60 €	70 €	100 €	150 €	150 €
Lentilles remboursées ou non par le RO ^{(2) (3)}		TM+60 €	TM + 60 €	TM + 90 €	TM + 120 €	TM + 150 €	TM + 250 €

(*) Verres simples : verres simple foyer dont la sphère est comprise entre -6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Verres complexes : verres simple foyer dont la sphère est hors zone de -6,00 à + 6,00 dioptries ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00 dioptries et verres multifocaux ou progressifs.

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

- (1) Cette garantie s'applique aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de deux ans à compter de la date d'acquisition du premier élément composant l'équipement. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elle s'applique pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.
- (2) Par an et par bénéficiaire
- (3) Sont exclus les produits d'entretien, accessoires et lentilles de couleur non correctrices