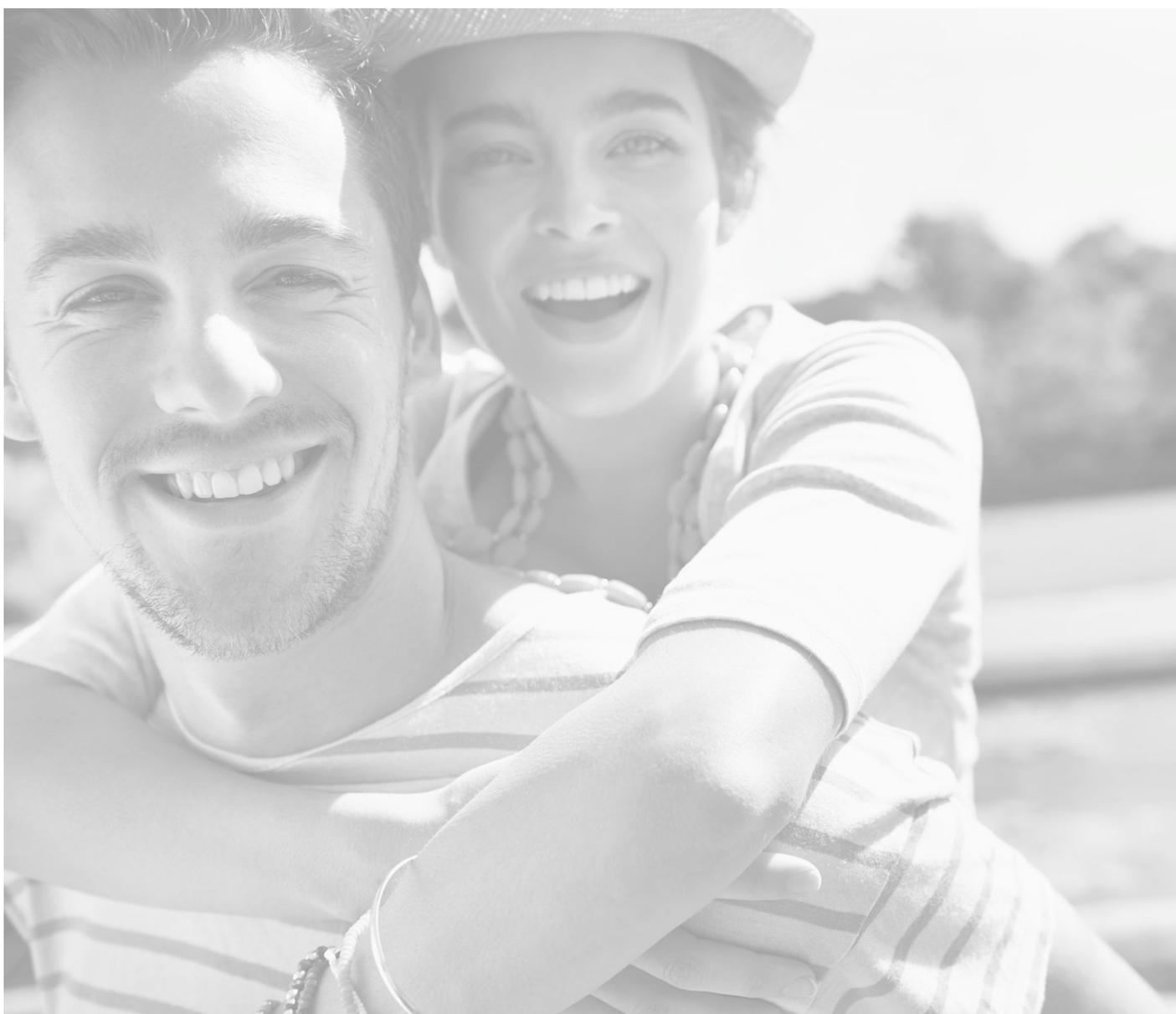




Une mutuelle pour tous,  
adaptée aux besoins de chacun

## **REGLEMENT MUTUALISTE** **Relatif aux garanties surcomplémentaires** **Extentia Plus**

**APPROUVÉ PAR L'ASSEMBLEE GENERALE DU 20 JUIN 2018**



### **CNM PREVOYANCE SANTE**

93 A, rue Oberkampf • 75553 PARIS CEDEX 11 • Tél. : 01 44 62 33 40 • Télécopie : 01 44 62 86 73  
Site internet : <http://www.cnmsante.fr> • E-mail : [contact@cnmsante.fr](mailto:contact@cnmsante.fr)

## ARTICLE 1 – OBJET

Le présent règlement est régi par le Code de la mutualité. Il définit le contenu des engagements relatifs aux garanties intitulées Extentia Plus existant entre chaque adhérent au présent règlement et la mutuelle CAISSE NATIONALE MUTUALISTE PREVOYANCE SANTE (ci-après dénommée « CNM Prévoyance Santé ») en ce qui concerne les prestations et les cotisations. Il a été établi par le Conseil d'administration et approuvé par l'Assemblée générale.

## ARTICLE 2 – NATURE DES GARANTIES

**Les garanties définies au présent règlement n'entrent pas dans le cadre des dispositions des articles L871-1 et R.871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale.**

**Elles sont par conséquent soumises à la taxe de solidarité additionnelle au taux applicable aux contrats d'assurance maladie « non responsables » (20,27 %).**

## ARTICLE 3 – CONDITIONS D'ADHESION

### 3.1 Membres Participants

Peuvent adhérer, à titre individuel, les personnes physiques jusqu'à leur quatre-vingt-cinquième anniversaire affiliées à un régime obligatoire d'assurance maladie à titre personnel ou en qualité d'ayant droit et ayant souscrit une assurance complémentaire garantissant la prise en charge des dépenses de santé en complément de celle de la sécurité sociale, répondant aux critères des articles L871-1 et R871-1 et R871-2 du code de la sécurité sociale et assurant un complément de remboursement portant le montant global remboursé (sécurité sociale plus assurance complémentaire) à un minimum de cent pour cent du tarif de prise en charge par la sécurité sociale pour les dépenses couvertes par les garanties visées au présent règlement (à l'exception des médicaments à service médical faible ou insuffisant, de l'homéopathie et des cures thermales).

Les adhérents de CNM Prévoyance Santé ayant souscrit l'une des garanties Extentia Plus et ayant mis fin à leur adhésion ne pourront plus souscrire à l'une des garanties Extentia Plus avant l'expiration d'un délai de 24 mois à compter de la prise d'effet de la résiliation.

Les adhérents de CNM Prévoyance Santé ayant souscrit l'une des garanties complémentaires de la CNM et ayant modifié leur niveau de garanties complémentaires à la baisse ne pourront souscrire à l'une des garanties Extentia Plus qu'après l'expiration d'un délai de 24 mois à compter de la prise d'effet de la réduction des garanties complémentaires.

### 3.2 Ayants-droit

Peut devenir ayant droit du membre participant tout membre de la famille du membre participant dont celui-ci demande l'inscription en s'engageant à s'acquitter du complément de cotisation correspondant :

- conjoint
- enfants tels que défini à l'article 10 des statuts.

L'adhésion est soit individuelle, soit familiale, au choix du candidat à l'adhésion. Ce choix est effectué en complétant sur le bulletin d'adhésion les rubriques correspondantes.

La couverture des ayants droit est identique à celle du membre participant.

## ARTICLE 4 – MODALITES D'ADHESION

L'adhésion au présent règlement résulte de la signature du bulletin d'adhésion.

Lors de l'adhésion il devra être fourni les pièces justificatives suivantes :

- Une copie de la carte d'identité recto-verso en cours de validité
- Une copie de l'attestation jointe à la carte vitale
- Un justificatif de l'adhésion à une assurance complémentaire (copie de la carte d'adhérent en cours de validité) garantissant la prise en charge des dépenses de santé en complément de celle de la sécurité sociale permettant un remboursement global (sécurité sociale plus assurance complémentaire) d'un montant au moins égal à 100 % du tarif de la sécurité sociale
- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel le candidat à l'adhésion souhaite le virement des remboursements

Et le cas échéant :

- Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte sur lequel le candidat à l'adhésion souhaite le prélèvement automatique de ses cotisations
- Le mandat de prélèvement SEPA complété et signé.
- Un justificatif d'inscription auprès de Pôle emploi pour les enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans en recherche d'emploi
- Un certificat de scolarité ou d'apprentissage pour les enfants de plus de 18 ans et de moins de 28 ans en contrat d'apprentissage ou poursuivant leurs études.

Aucune demande d'adhésion ne pourra être prise en compte à défaut de la présentation des documents ci-dessus visés.

Pour être valide, une adhésion doit obligatoirement :

- associer un module Soins Courants, un module Hospitalisation, un module Dentaire, un module Optique
- limiter à 1 niveau maximum l'amplitude entre le niveau de garantie le plus élevé et le niveau de garantie le plus faible (Niveau 1 à Niveau 2 ou Niveau 2 à Niveau 3)
- si le module « Se Soigner Autrement » est souscrit (choix facultatif), ce dernier doit obligatoirement être du même niveau que le niveau choisi pour le module Soins Courants.

Si, après réception du bulletin d'adhésion et après avoir recueilli, s'il y a lieu, toutes les informations complémentaires qu'elle juge nécessaires, CNM Prévoyance Santé souhaite donner une suite favorable à la demande du candidat à l'adhésion, CNM Prévoyance Santé en informe le candidat par un courrier qui comprend notamment l'appel de cotisation.

A défaut, CNM Prévoyance Santé informe par écrit le candidat à l'adhésion du motif légitime de son refus.

Le bulletin d'adhésion définit les éventuelles conditions particulières applicables aux engagements souscrits.

## ARTICLE 5 – DELAI DE RENONCIATION

A condition de ne pas avoir sollicité de prestations de la CNM Prévoyance Santé, les adhérents peuvent renoncer à leur adhésion dans un délai de 30 jours à compter du jour où ils ont été informés que leur adhésion a pris effet ou à compter du jour où ils ont reçus les conditions d'adhésion et les informations mentionnées à l'article L221-18 du code de la mutualité si cette date est postérieure (en ce inclus le délai de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage).

Pour exercer ce droit, ils doivent adresser une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique de renonciation à CNM Prévoyance Santé, Service Adhésion – 93A rue Oberkampf 75553 PARIS cedex 11, dont un modèle est disponible sur le site : [www.cnmsante.fr](http://www.cnmsante.fr) et reproduit ci-dessous :

*« je vous informe par la présente qu'après réflexion, je ne souhaite plus adhérer auprès de la CNM Prévoyance Santé »*

pour la garantie complémentaire santé Extentia Plus, contrairement au bulletin d'adhésion que j'ai signé en date de ... (date à préciser).

Aujourd'hui, je souhaite exercer mon droit de renonciation. Je vous prie de bien vouloir vérifier qu'aucune cotisation ne m'a été prélevée et, le cas échéant, me restituer la somme déjà versée. »

La renonciation n'entraîne le paiement d'aucune pénalité.

**Toute demande de prestations auprès de la CNM Prévoyance Santé concrétise l'exécution du contrat et vaut renonciation à la faculté de renonciation.**

## ARTICLE 6 - DUREE DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet, sous réserve de son acceptation par CNM Prévoyance Santé à compter du premier jour du mois suivant la réception du dossier complet d'adhésion.

L'adhésion, quelle que soit la date à laquelle elle a été souscrite, prend fin le 31 décembre de la même année et se renouvelle, sous réserve des dispositions de l'article L 221-10 du Code de la mutualité, automatiquement par tacite reconduction pour des périodes d'un an du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année, sauf résiliation, de la part de l'adhérent par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, au moins deux mois avant le 31 décembre de chaque année.

## ARTICLE 7 – EFFETS DE L'ADHESION

L'adhésion régulièrement effectuée permet de bénéficier, dans les conditions du présent règlement, de la garantie à laquelle il a été souscrit.

L'adhérent devient membre participant de la CNM Prévoyance Santé et à ce titre il est soumis à toutes les dispositions du présent règlement et à celles des statuts de la CNM Prévoyance Santé.

## ARTICLE 8 - FIN DE L'ADHESION

La cessation de l'adhésion du membre participant emporte cessation de la garantie et de l'ensemble des services apportés par CNM.

L'adhésion en qualité d'ayant droit prend fin automatiquement à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'ayant droit ne remplit plus les conditions visées à l'article 10 des statuts et au plus tard atteint l'âge de 28 ans pour les enfants.

L'adhésion prend fin dans le cas de résiliation dans les conditions définies aux articles 8.1 à 8.3.

### 8.1 Résiliation par l'adhérent

L'adhérent peut résilier :

- dans le cas où il ne souhaite pas reconduire son adhésion à l'échéance annuelle, conformément aux dispositions de l'article 6 du présent règlement ; dans ce cas la résiliation prend effet à la date d'échéance de la garantie non renouvelée
- pour toute autre cause prévue par les lois et règlements en vigueur (notamment l'article L.221-17 du code de la mutualité)

### 8.2 Résiliation par CNM Prévoyance Santé

CNM Prévoyance Santé peut résilier :

- dans le cas où l'adhérent ne bénéficie plus d'un régime obligatoire d'assurance maladie, les prestations ne pouvant plus être servies par la mutuelle à compter de la date d'expiration de la couverture par le régime obligatoire
- dans le cas où l'adhérent ne remplit plus les conditions définies à l'article 3.1 du présent règlement mutualiste,

- dans le cas où l'adhérent ne remplit plus les conditions auxquelles les statuts de CNM Prévoyance Santé soumettent l'admission
- à défaut de paiement par l'adhérent de sa cotisation dans les dix jours de son échéance et conformément aux dispositions de l'article L 221-7 du code de la mutualité
- dans le cas de fraude de la part de l'adhérent, pour bénéficiaire des prestations de la mutuelle, qui constituerait un crime ou un délit intentionnel
- pour toute autre cause prévue par les lois et règlements en vigueur (notamment l'article L.221-17 du code de la mutualité).

Le Conseil d'administration de CNM Prévoyance Santé peut toutefois surseoir à une décision de radiation pour les membres participants qui prouvent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Dans le cas de proposition d'exclusion d'un membre qui aurait causé volontairement aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté, celui-ci est convoqué devant le Conseil d'administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas le jour indiqué, une nouvelle convocation lui sera adressée, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'administration.

### 8.3 Prise d'effet de la résiliation

#### 8.3.1 Résiliation du fait du membre participant

La cessation de l'adhésion prend effet au 31 décembre de l'année en cours, si elle est le fait de l'adhérent et si celui-ci a respecté le délai de préavis de deux mois. A défaut de respect du préavis la cessation prendra effet le 31 décembre de l'année suivante.

Toutefois, si l'avis d'échéance annuelle de cotisation lui est adressé moins de 15 jours avant le 31 octobre ou après cette date, celui-ci dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer son adhésion. Ce délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

La garantie cesse au profit des ayants droit à compter du 31 décembre de l'année où ceux-ci ne remplissent plus les conditions énoncées à l'article 10 des Statuts et, en tout état de cause, à la date de cessation de la garantie au profit du membre participant.

Lorsque la résiliation intervient pour l'un des motifs prévus à l'article L.221-17 du code de la mutualité, elle prend effet un mois après réception de sa notification par la mutuelle. La mutuelle rembourse 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.

#### 8.3.2 Résiliation par CNM Prévoyance Santé

La résiliation prend effet un mois après la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation.

Toutefois, lorsqu'elle intervient pour non paiement de la cotisation conformément à l'article L.221-7 du code de la mutualité, elle prend effet à compter de la date de première présentation par les services de la Poste de la lettre de résiliation ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

La radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, sous réserve des dispositions de l'article L 221-17 du Code de la mutualité.

Lorsque la résiliation intervient pour l'un des motifs prévus à l'article L.221-17 du code de la mutualité, elle prend effet un mois après réception de sa notification par le membre participant. La mutuelle rembourse 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.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la résiliation, ni après la décision de radiation, ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

## ARTICLE 9 – COTISATIONS

Le montant des cotisations, fixé chaque année par l'Assemblée Générale, est fonction de la garantie choisie. Le montant des cotisations est indiqué par formule de couverture sur l'étude personnalisée et le bulletin d'adhésion remis préalablement à toute personne souhaitant adhérer à l'une des garanties de CNM Prévoyance Santé. Lors de la reconduction annuelle de la garantie, le montant de la cotisation pour l'année à venir est précisé sur l'appel de cotisation adressé individuellement à chaque membre participant.

La cotisation n'est fixée ni en fonction de l'état de santé (aucune information médicale ne pouvant être recueillie à cette fin), ni de l'emploi, ni du sexe du souscripteur. Celle-ci est fonction de l'âge de l'adhérent et de son lieu de résidence et évolue chaque année. L'âge pris en considération pour déterminer le montant de la cotisation sera celui atteint par l'adhérent au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour l'année en cours.

Les enfants de 20 ans et plus acquittent une cotisation de base équivalente à celle d'un adulte de même âge.

Le montant de la cotisation est différent selon que le domicile de l'adhérent est situé à Paris et en Ile de France ou dans une autre région. En cas de changement d'adresse, le nouveau montant de cotisation prend effet à la date de renouvellement de l'adhésion.

La cotisation est annuelle et payable à terme à échoir. En cas de prélèvement automatique, elle peut être versée mensuellement par douzième, semestriellement par moitié ou trimestriellement par quart.

La part de cotisation mensuelle, semestrielle ou trimestrielle est payable d'avance par douzième, par moitié ou par quart au début de chaque mois, semestre ou trimestre et pour la première fois lors de l'adhésion.

L'assemblée générale peut, à tout moment, réévaluer le montant des cotisations en fonction des résultats techniques du régime, de l'évaluation prévisionnelle des dépenses de santé, de la modification des niveaux de remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie.

L'adhérent dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de l'avis d'échéance pour dénoncer son adhésion. Ce délai court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste ou certifiée par un horodatage qualifié satisfaisant à des exigences définies par décret.

Dans le cadre des garanties Extentia Plus, le 2<sup>ème</sup> adulte inscrit au règlement en qualité d'ayant droit bénéficie d'une réduction de 10% par rapport au tarif de son âge s'il souscrit à la même garantie que l'adhérent.

Pour les familles (2 adultes + enfant(s)), le 2<sup>ème</sup> enfant couvert bénéficie d'une réduction de 20% par rapport au tarif de son âge et, à compter du 3<sup>ème</sup> enfant d'une gratuité totale.

Pour les familles monoparentales (1 adulte + enfant(s)), le 1<sup>er</sup> enfant couvert bénéficie d'une réduction de 10% par rapport au tarif de son âge, le 2<sup>ème</sup> enfant d'une réduction de 20% et, à compter du 3<sup>ème</sup> enfant d'une gratuité totale.

Les tarifs actualisés sont disponibles sur [agence.cnmsante.fr](http://agence.cnmsante.fr).

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'adhérent est redevable, en sus de la cotisation ou fraction de cotisation arriérée, des frais de poursuites et de recouvrement dont le montant est fixé annuellement par le Conseil d'administration.

## ARTICLE 10 – PRESTATIONS

Le détail des prestations accordées par CNM Prévoyance Santé est indiqué par formule de couverture et joint en annexe au bulletin d'adhésion.

### 10.1 Bénéficiaire

Le bénéficiaire du droit aux prestations est le membre participant à jour de ses cotisations.

En dehors des cas de tiers payant, les prestations sont réglées par virement sur le compte bancaire du membre participant ou de son ayant droit lorsque celui-ci est âgé de plus de 16 ans.

La mutuelle règle les prestations dans un délai de deux mois suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives.

### 10.2 Délai d'attente

Le droit aux prestations est soumis à un délai d'attente de 3 mois commençant à courir à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Les hospitalisations résultant d'un accident ne font l'objet d'aucun délai d'attente.

Dans le cas de changement de garantie pour une autre des garanties soumises au présent règlement, un nouveau délai d'attente de trois mois sera appliqué à la nouvelle garantie souscrite. Pendant ce délai d'attente l'adhérent bénéficiera du montant des forfaits prévus dans le cadre de la garantie précédente.

### 10.3 : Risques exclus :

**Sauf exceptions précisément stipulées dans le tableau des garanties, ne donnent pas lieu aux garanties définies aux Conditions Particulières et n'entraînent aucun paiement à la charge de la CNM Prévoyance Santé :**

- les actes hors nomenclature,
- les médicaments, appareillage ou actes non remboursés par la Sécurité sociale et notamment les cures, traitements et opérations de rajeunissement ainsi que les traitements et opérations de chirurgie esthétique non remboursés par la sécurité sociale.

**Ne sont également pas pris en charge les postes mentionnés aux articles L871-1 et R871-1 du code de la sécurité sociale :**

- la participation forfaitaire et la franchise laissées à la charge des assurés et mentionnées aux II et III l'article L.160-13 du code de la sécurité sociale ;
- la majoration de la participation des assurés visée à l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale (majoration de la participation pour non désignation d'un médecin traitant ou pour consultation d'un autre médecin sans prescription du médecin traitant) ;
- les dépassements d'honoraires sur les actes pris en application du 18° de l'article L162-5 (assurés qui consultent un spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins).

**Le fait que CNM Prévoyance Santé 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 et CNM Prévoyance Santé est en droit de réclamer le remboursement de l'indu.**

#### 10.4 Base de remboursement

Les prestations assurées par CNM Prévoyance Santé correspondent, dans le cadre et les limites de la garantie souscrite, au montant de la somme restant à charge de l'adhérent après remboursement par le régime de base de l'assurance maladie et l'organisme complémentaire.

Les prestations ne sont servies que dans le cas où les remboursements demandés portent sur des honoraires figurant dans la nomenclature des actes médicaux pour lesquels la sécurité sociale assure le remboursement ou sur des produits et appareillages figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie. Par exception, certains honoraires ou produits hors nomenclature peuvent faire l'objet de remboursement selon la formule de garantie choisie ; dans un tel cas les tableaux des prestations joints en annexe au bulletin d'adhésion précisent la nature de ces honoraires ou produits.

Dans le cas d'un forfait de remboursement, si le forfait prévu est inférieur à la somme restant à la charge de l'adhérent le remboursement sera limité au montant du forfait.

Le forfait de remboursement est annuel, l'année, s'entendant de la période écoulée entre la date de prise d'effet de la garantie ou de son renouvellement et la fin de l'année civile. Dans le cas où une demande de remboursement serait inférieure au montant du forfait, le solde non utilisé pourra, dans le cas d'une nouvelle mise en jeu de la garantie, être utilisé pour un nouveau remboursement effectué au cours de la même année. Si le forfait n'a pas été utilisé en tout ou en partie au cours de la même année, il ne sera pas reporté sur l'année suivante en cas de renouvellement.

Chaque garantie intègre un ou plusieurs « bonus fidélité » sous forme de forfait venant en complément des garanties prévues au contrat. Ces forfaits complémentaires prennent effet après 24 mois passés de manière continue dans l'une des garanties de la gamme Extentia Plus.

Un changement de garantie au sein de la gamme ne fait pas perdre l'ancienneté.

Les frais de soins engagés à l'étranger sont remboursés par CNM Prévoyance Santé dans les conditions prévues au bulletin d'adhésion s'ils sont pris en charge par le régime français de Sécurité Sociale ou par le régime de sécurité sociale du pays de séjour lorsque les frais ont été engagés dans un pays membre de l'UE/EEE ou en Suisse. Dans les autres cas, les frais de soins engagés à l'étranger ne sont pas remboursés.

#### 10.5 Périmètre des garanties et justificatifs

Pour bénéficier des prestations l'adhérent devra fournir les justificatifs suivants :

- les originaux des bordereaux de remboursement du régime complémentaire sur lesquels figurent la cotation et la base de remboursement du régime obligatoire, le montant de la dépense et les montants des remboursements effectués tant par le régime de base de l'assurance maladie que par le régime complémentaire.

- les originaux des bordereaux de remboursement du régime obligatoire dans le cas où ceux-ci ne figureraient pas sur les bordereaux du régime complémentaire.
- les originaux des factures acquittées.
- les duplicatas de décomptes provenant d'ameli.fr et autres portails de régime obligatoire.

A titre de justificatifs, seuls des documents originaux font foi. Afin de rendre plus fluide les transferts de documents, l'envoi de justificatifs de dépenses par mail ou via l'espace personnel de chaque adhérent sur le site cnmsante.fr (sous format pdf exclusivement) est toutefois toléré par la mutuelle.

Dans ce cas, l'adhérent s'engage à conserver les originaux concernés pendant une période de 2 ans et à les fournir à la mutuelle sur simple demande. L'adhérent reconnaît avoir été informé que la fourniture de justificatifs de dépense par mail au format pdf n'est pas suffisante pour que la mutuelle procède au remboursement d'une dépense et accepte en conséquence qu'un remboursement ne puisse être effectué par la mutuelle tant que les originaux correspondants n'ont pas été fournis.

Le périmètre de prise en charge des garanties et les justificatifs à fournir pour les prestations non prises en charge par le RO sont détaillés en annexe.

#### 10.6 Délai de demande de paiement des prestations

**Les demandes de paiement de prestations, accompagnées des pièces justificatives, doivent, sous peine de prescription, être produites dans un délai maximum de deux ans à compter de l'acte.**

**L'article 15-3 du présent règlement rappelle les principes applicables à la prescription, à sa suspension et à son interruption.**

#### 10.7 Fausse déclaration - Exclusion du droit aux prestations

**En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, en application de l'article L221-14 du code de la mutualité la garantie accordée par la mutuelle est nulle, quand cette réticence ou cette fausse déclaration a changé l'objet du risque ou en a diminué l'opinion pour la mutuelle alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.**

**En application de l'article L221-15 du code de la mutualité, en cas d'omission ou de déclaration inexacte de la part de l'adhérent dont la mauvaise foi n'est pas établie, constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant.**

#### ARTICLE 11 - NON CUMUL DE GARANTIES

L'adhérent ne pourra pas souscrire concomitamment à plusieurs garanties soumises au présent règlement.

#### ARTICLE 12 – REMBOURSEMENT - SUBROGATION

Le membre participant ou l'ayant-droit qui a bénéficié des prestations de la CNM Prévoyance Santé en complément des régimes obligatoire et complémentaire, s'engage, dans le cas de régularisation ultérieure de ses régimes obligatoire et/ou complémentaire, à transmettre à CNM Prévoyance Santé le décompte rectificatif qu'il a reçu afin de permettre la correction du remboursement de CNM Prévoyance Santé.

Le membre participant ou toute personne ayant reçu des prestations de CNM s'oblige à rembourser spontanément à CNM Prévoyance Santé 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 CNM Prévoyance Santé.

La CNM Prévoyance Santé est subrogée dans les droits du membre participant ou l'ayant-droit victime d'un accident provoqué par un tiers, pour l'exercice de toute action à l'encontre du tiers responsable. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la mutuelle a exposées et ne peut s'appliquer que sur la part d'indemnité destinée à réparer l'atteinte à l'intégrité physique du membre participant ou l'ayant-droit. Le membre participant ou l'ayant-droit a l'obligation d'informer CNM Prévoyance Santé du fait que l'accident a été provoqué par un tiers.

### **ARTICLE 13 – CHANGEMENT DE GARANTIE**

Le changement de gamme de garantie est possible à chaque date de renouvellement du contrat (1er janvier). L'adhérent qui souhaite changer de gamme de garantie devra en informer CNM Prévoyance Santé avec un préavis de 2 mois soit avant le 31 Octobre de chaque année.

Il ne peut demander une nouvelle mutation dans une option ou un groupe de prestations supérieures ou inférieures qu'après une période de 24 mois de date à date de la prise d'effet de la mutation précédente.

### **ARTICLE 14 – MODIFICATION DU REGLEMENT**

Le présent règlement ne pourra être modifié que par décision de l'assemblée générale de la CNM Prévoyance Santé.

L'assemblée générale peut toutefois déléguer tout ou partie de ses pouvoirs de détermination des cotisations ou des prestations au conseil d'administration en application de l'article L114-11 du code de la mutualité.

### **ARTICLE 15 – DISPOSITIONS DIVERSES**

#### **15.1 Réclamation :**

Une Cellule Qualité de Service est en charge au sein de la CNM Prévoyance Santé du traitement des réclamations. Les adhérents souhaitant formuler une réclamation disposent de 3 possibilités :

- Adresser un courrier à CNM Prévoyance Santé – Service Réclamation - 93A rue Oberkampf - 75553 PARIS - Cedex 11
- Adresser un mail à [contact@cnmsante.fr](mailto:contact@cnmsante.fr) en précisant dans l'objet « réclamation » ou compléter le formulaire disponible sur leur espace personnel
- Téléphoner au Service Accueil au 01 44 62 33 40 (numéro non surtaxé, coût d'une communication téléphonique depuis un poste fixe)

Pour pouvoir être prise en compte, la réclamation doit préciser le motif de la réclamation et intégrer si nécessaire tout document permettant de mieux comprendre le motif de la réclamation.

La mutuelle accuse réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables à compter de la demande.

La mutuelle s'engage à apporter une réponse à une réclamation dans un délai maximum de deux mois à compter de la demande.

#### **15.2 Médiation**

Après avoir tenté de résoudre le litige par une réclamation écrite dans les conditions ci-dessus, l'adhérent peut recourir gratuitement à un médiateur de la consommation en vue de la résolution amiable du litige.

Les coordonnées du médiateur de la consommation dont relève la CNM sont les suivantes :

**Monsieur Antoine CANQUE - Médiateur FNIM**

**4 Avenue de l'Opéra 75001 Paris**

**Tél : 01 55 35 31 21**

Mail : [mediateur@fnim.fr](mailto:mediateur@fnim.fr)

Site internet : <http://www.fnim.fr/mediateur-de-la-Fnim>

La demande doit être portée auprès du médiateur **dans un délai qui ne peut être supérieur à un an à compter de la réclamation écrite préalablement adressée à la CNM.**

La demande ne peut être examinée par le médiateur de la consommation si elle est manifestement infondée ou abusive, si le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ou si le litige n'entre pas dans son champ de compétence. Dans ce cas, l'adhérent est informé par le médiateur, dans un délai de trois semaines à compter de la réception de son dossier, du rejet de sa demande de médiation.

Chaque partie a la faculté, à sa charge, de se faire représenter par un avocat ou de se faire assister par toute personne de son choix à tous les stades de la médiation.

Chaque partie peut également solliciter l'avis d'un expert, dont les frais sont à sa charge. En cas de demande conjointe d'expertise, les frais sont partagés entre les parties.

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur déclarent que la médiation est terminée.

#### **15.3 Prescription**

**Conformément à l'article L.221-11 du code de la mutualité, le délai de prescription pour toute action dérivant du présent règlement est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

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

**Quand l'action de l'adhérent ou de l'ayant droit contre CNM Prévoyance Santé 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 interrompue soit par la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit par la demande en justice, même en référé, non suivie d'un désistement, d'une péremption d'instance ou d'un rejet des demandes aux termes d'une décision de justice définitive, soit par un acte d'exécution forcée ainsi que 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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressée par CNM PREVOYANCE SANTE à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à CNM PREVOYANCE SANTE en ce qui concerne le règlement de la prestation.**

#### **15.4 Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution**

CNM Prévoyance Santé en sa qualité d'assureur de personnes relève pour son contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 61 rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09

#### **15.5 Informatique et Libertés**

Les informations recueillies par CNM Prévoyance santé, responsable du traitement, ont un caractère obligatoire et sont exclusivement utilisées dans le cadre de la conclusion du contrat, de sa gestion (y compris commerciale) et de l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à son objet. Leur non-transmission par l'adhérent ou ses ayants droit rendra donc impossible l'exécution du contrat par la mutuelle.

Ces informations peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'adhérent ou ses ayants droit bénéficient de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, distributeurs d'assurances, intermédiaires d'assurances, partenaires, prestataires, réassureurs et aux organismes gestionnaires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission.

Elles sont conservées par la CNM Prévoyance Santé pendant une durée correspondant à la durée du contrat augmentée de la durée de la prescription.

Conformément aux dispositions applicables, l'adhérent, les ayants droit, ainsi que toute personne dont des données personnelles sont conservées par la mutuelle, disposent du droit de demander à la mutuelle l'accès à leurs données à caractère personnel, leur rectification, leur effacement, la limitation de leur traitement. Ils disposent également d'un droit d'opposition au traitement de ces données et d'un droit à leur portabilité. Ces droits peuvent être exercés auprès du délégué à la protection des données de la mutuelle dont les coordonnées sont les suivantes : Délégué à la

protection des données - C.N.M PREVOYANCE SANTE – 93 A, rue Oberkampf – 75553 PARIS CEDEX 11 – tel : 01 44 62 33 40.

Lorsque l'exercice du droit d'accès s'applique à des données de santé à caractère personnel, celles-ci peuvent être communiquées au membre participant (ou à ses ayants droit) selon son choix directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désignera à cet effet dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique.

L'adhérent et ses ayants droit peuvent introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés dont les coordonnées sont les suivantes : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. Tél : 01 53 73 22 22.

Toute personne peut définir des directives générales ou particulières relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données à caractère personnel après son décès. Ces directives définissent la manière dont la personne entend que soient exercés, après son décès, les droits rappelés ci-dessus.

#### **15.6 Communication électronique**

La Mutuelle peut fournir ou mettre à disposition des informations ou des documents à un adhérent ou à un ayant droit sur un support durable autre que le papier. La Mutuelle vérifie au préalable que ce mode de communication est adapté à la situation de cet adhérent ou de cet ayant droit et s'assure qu'il est en mesure de prendre connaissance de ces informations et documents sur le support durable envisagé.

L'adhérent ou l'ayant droit fournit à cette fin une adresse électronique qui est vérifiée par la mutuelle. Après ces vérifications, la mutuelle informe l'adhérent ou l'ayant droit de la poursuite de leurs relations sur un support durable autre que le papier. La mutuelle renouvelle ces vérifications annuellement.

Les adhérents et ayants droit peuvent s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

L'adhérent peut, à tout moment et par tout moyen, demander à ce qu'un support papier soit utilisé sans frais pour la poursuite de leurs relations. L'adhérent ou l'ayant droit peut par ailleurs effectuer, dans les mêmes conditions, l'ensemble des formalités et obligations qui lui incombent sur tout autre support durable convenu avec la Mutuelle.

## GARANTIES EXTENTIA PLUS 2018

Les garanties ne remplissent pas les critères des contrats responsables du décret paru le 19 novembre 2014.  
Délais de carence 3 mois sur tous les postes.

Les remboursements indiqués ci-dessous interviennent en complément de la complémentaire santé souscrite par l'adhérent et de l'éventuel remboursement du régime obligatoire.

Les forfaits et plafonds de garanties figurant dans ce tableau ne peuvent pas être reportés d'une année sur l'autre.

MODULE SOINS COURANTS	
<b>Consultations, visites généralistes et spécialistes</b>	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Par consultation Limité à Bonus fidélité *
<b>Actes de Chirurgie et de Spécialité réalisés en cabinet</b>	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Par acte Limité à
<b>Radiologie, échographie, imagerie</b>	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Par acte Limité à
<b>Pharmacie</b>	Médicaments pris en charge à 15% par RO Automédication et pharmacie prescrite non remboursée - Plafond annuel

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
10€ / consult	15€ / consult	20€ / consult
200€ / an	300€ / an	400€ / an
50€ / an		
10€ / acte	15€ / acte	20€ / acte
100€ / an	150€ / an	200€ / an
10€ / acte	15€ / acte	20€ / acte
50€ / an	75€ / an	100€ / an
-	50€ / an	75€ / an
-	50€ / an	75€ / an

Renfort "Se soigner autrement"	
<b>Médecines Alternatives et Complémentaires</b>	Acupuncture, auriculothérapie, réflexologie, ostéopathie, chiropraxie, phytothérapie, naturopathie, étiopathie, homéopathie, diététique et pédicure Bonus fidélité * Remboursement limité à
<b>Incitation à la pratique sportive</b>	Visite annuelle du sport non prise en charge par le RO Participation à l'adhésion à un club sportif. Par an
<b>Prévention</b>	Contraceptifs non remboursables, vaccins internationaux, test de dépistage du VIH, sevrage tabagique
<b>Cures thermales acceptées</b>	Forfait complémentaire annuel

50€ / an	75€ / an	100€ / an
50€ / an		
25€/séance		
30€ / an	30€ / an	30€ / an
20€ / an	30€ / an	40€ / an
20€ / an	30€ / an	40€ / an
100€ / an	150€ / an	200€ / an

**Rappel :** le niveau du renfort « Se soigner autrement » doit être le même que le niveau choisi pour le module Soins Courants

MODULE HOSPITALISATION (médicale ou chirurgicale)	
Honoraires secteur conventionné ou non conventionné	Signataires OPTAM ou non, conventionnés ou non conventionnés. Bonus fidélité *
Chambre particulière	Plafond Hospitalisation limitée à (nb de jours)
Frais accompagnant	

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
150€ / an	200€ / an	250€ / an
+100 € / an		
-	20€/j	25€/j
-	15j/an	15j/an
-	75€ / an	100€ / an

<b>MODULE DENTAIRE</b>	
Inlay Onlay	Forfait annuel
Prothèses dentaires remboursées par le RO	Forfait annuel
Orthodontie Acceptée (enfant ou adulte)	Forfait annuel
	Bonus fidélité *
Implantologie, parodontologie, orthodontie non remboursée et prothèses nomenclaturées non remboursées	Forfait annuel

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
-	100€ / an	150€ / an
100€ / an	200€ / an	250€ / an
100€ / an	150€ / an	200€ / an
+100 € / an		
100€ / an	200€ / an	250€ / an

<b>OPTIQUE ADULTES ET ENFANTS</b>	
Equipement complet d'optique médicale (monture + verres) + Lentilles correctrices remboursées ou non	Bonus fidélité *
Chirurgie correctrice non remboursée par le RO	Bonus fidélité *
<b>APPAREILLAGE ET ACOUSTIQUE</b>	
Petits appareillages	
Gros appareillages et prothèses auditives acceptées	Bonus fidélité *

Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
100€ / an	150€ / an	200€ / an
+50 € / an		
200€ / an	250€ / an	300€ / an
+100 € / an		
-	50€ / an	75€ / an
200€ / an	300€ / an	400€ / an
+100 € / an		

\* Bonus annuel venant compléter les remboursements déjà prévus au contrat. Prend effet après 24 mois passés dans la gamme quelle que soit la garantie souscrite.

Découvrez de nombreux exemples de remboursement des garanties Extentia Plus sur [agence.cnmsante.fr](http://agence.cnmsante.fr)