



## RÈGLEMENT MUTUALISTE

**Conditions générales du contrat individuel santé  
Mise à jour approuvée par l'Assemblée Générale 2018**

**IDENTITÉS MUTUELLE**

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité • SIREN 379 655 541  
Siège social : **24 boulevard de Courcelles • 75017 PARIS**

**Umanens**  
L'humain a du sens



08-2018-CM

<b>OBJET DE LA GARANTIE</b>	<b>3</b>
<b>DISPOSITIONS ET DÉFINITIONS GÉNÉRALES</b>	<b>3</b>
<b>DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AUX GARANTIES</b>	<b>3</b>
<b>TITRE I : ADHÉSION, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE MODIFICATIONS, DE RENONCIATION ET DE DÉMISSION</b>	<b>3</b>
Article 1 : Adhésion	3
Article 2 : Bénéficiaires	4
Article 3 : Conditions d'adhésion	4
Article 4 : Prise d'effet de l'adhésion	4
Article 5 : Durée et renouvellement du contrat	4
Article 6 : Modification du contrat	4
6-1 : Demande de modification	4
6-2 : Décès	4
6-3 : Changement de garantie	4
Article 7 : Renonciation-Résiliation	4
7-1 : Droit de renonciation-vente à distance / vente hors établissement	4
7-2 : Résiliation-dénonciation	4
Article 8 : Information des adhérents	5
<b>TITRE II : COTISATIONS</b>	<b>5</b>
Article 9 : Cotisations	5
Article 10 : Actualisation des cotisations	5
Article 11 : Paiement de la cotisation	5
Article 12 : Relance des impayés de cotisations	5
<b>TITRE III : PRESTATIONS</b>	<b>5</b>
Article 13 : Prise en charge des prestations	5
13-1 : Modalités de prise en charge	5
13-2 : Modalités de modification des garanties	5
Article 14 : Objet et montant	5
Article 15 : Prise d'effet des garanties	6
Article 16 : Paiement des prestations	6
Article 17 : Tiers payant NOEMIE	6
Article 18 : Principe indemnitaire et pluralité d'assurance	6
Article 19 : Définition des prestations	6
19-1 : Garanties de base	6
19-2 : Garanties Responsables	6
19-3 : Garanties Non Responsables	6
19-4 : Renforts Optionnels	7
19-5 : Prestations en optique : modalités particulières, limitations	7
19-6 : Option Allocation Obsèques	7
19-7 : Participation aux frais funéraires	7
19-8 : Exonération des cotisations-décès	7
19-9 : Participation naissance	7
19-10 : Exonération des cotisations-naissance	7
<b>TITRE IV : DISPOSITIONS DIVERSES</b>	<b>8</b>
Article 20 : Prescription	8
Article 21 : Subrogation	8
Article 22 : Modalités d'information des adhérents	8
Article 23 : Réclamation-Médiation	8
Article 24 : Contrôle médical	8
Article 25 : Informatique et libertés	8
Article 26 : Autorité de Contrôle	8

La présente notice régit les modalités d'application des garanties définies aux contrats souscrits auprès de Identités Mutuelle (ci-après dénommée « la Mutuelle ») (Mutuelle régie par les dispositions du livre II du Code de la mutualité SIREN 379 655 541) dont le siège est situé 24, boulevard de Courcelles, 75017 PARIS. Elle est complétée par le tableau des garanties.

## OBJET DE LA GARANTIE

**La garantie a pour objet de servir au participant et à ses ayants-droit** désignés, des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat.

## DISPOSITIONS ET DÉFINITIONS GÉNÉRALES

### Membre Participant (ci-après dénommé adhérent)

Personne qui adhère à la Mutuelle par la signature du bulletin d'adhésion emportant acceptation des dispositions des statuts, du règlement intérieur, et des droits et obligations du règlement mutualiste, remis préalablement, et qui bénéficie des prestations.

### Année d'Adhésion

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties.

### Échéance principale

Le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sous réserve que l'adhésion soit en vigueur.

### Conditions d'admission

Le contrat est réservé aux personnes affiliées à l'un des régimes obligatoires de Sécurité sociale français.

### Étendue

En France et à l'étranger, Identités Mutuelle intervient au profit des Membres Participants et de leurs ayants-droit en complément de la Sécurité sociale s'ils sont affiliés ou rattachés à un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français et ce dans les limites des garanties souscrites.

En cas de séjour à l'étranger, la base des tarifs de remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire reste identique au taux pratiqué en France. Les prestations de la Mutuelle s'effectuent uniquement dans les cas et sur la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire française. Pour les soins dispensés à l'étranger, il convient de se reporter au tableau des garanties.

### Bénéficiaires

L'adhérent, son conjoint, et leurs enfants, tels que définis au bulletin d'adhésion, ayants-droit aux prestations en nature d'un régime d'Assurance Maladie Obligatoire français s'ils sont désignés au bulletin d'adhésion.

### Tiers

Personne physique ou morale non assurée par la présente adhésion au contrat d'assurance et qui est opposée au Bénéficiaire.

## DÉFINITIONS DES TERMES PROPRES AUX GARANTIES

### Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part du Bénéficiaire provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

### Base de remboursement

Tarif servant de référence à l'Assurance Maladie Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- tarif de convention (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les représentants de cette profession.
- tarif d'autorité (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec l'Assurance Maladie Obligatoire (ce qui est peu fréquent). Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de base de remboursement. Il est très inférieur au tarif de convention.
- tarif de responsabilité (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

### Ticket modérateur

Part de la Base de Remboursement laissée à la charge du Bénéficiaire après intervention du régime obligatoire. Il est pris en charge partiellement ou totalement par votre Mutuelle.

### Hospitalisation

Le séjour du Bénéficiaire en qualité de patient prescrit par un médecin d'une durée minimum de 24 heures dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, de lésions résultant d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

### Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

### Régime obligatoire

Le régime d'Assurance Maladie français auquel est affilié le Bénéficiaire et qui est précisé au Certificat d'Adhésion (régime général de la Sécurité sociale ou régime minier ou régime local d'assurance Maladie des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, ou régime Sécurité sociale, étudiant ou régime des travailleurs non-salariés...).

### Plafonds

Les remboursements ou les forfaits prévus peuvent être plafonnés par personne, par famille ou par an (année civile) ou année d'adhésion, selon les niveaux de garantie choisis, conformément aux tableaux de garanties figurant au descriptif des garanties et sous déduction, s'il y a lieu, des prestations d'autres organismes. Le cumul des divers remboursements obtenus par un Bénéficiaire ne peut excéder la dépense réelle.

### Délai d'attente

Période décomptée à compter de la date d'effet du contrat, au terme de laquelle intervient le début de la garantie. Pendant cette période, la garantie n'ouvre pas droit à prestations. Les délais d'attente de la garantie sont précisés dans le présent Règlement mutualiste à l'article 15.

### Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par cette dernière. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ces dépassements si ses garanties le prévoient.

### Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé normalement. Organisé autour du médecin traitant, il concerne tous les Bénéficiaires de l'Assurance Maladie Obligatoire âgés de plus de 16 ans.

Lorsqu'une personne se trouve en dehors du parcours de soins, le remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire est diminué et, dans la plupart des cas, la complémentaire santé ne prend pas en charge la différence.

### Tiers payant

Système de paiement qui évite à l'adhérent de faire l'avance des frais auprès des prestataires de soins. Ces derniers sont payés directement par l'Assurance Maladie Obligatoire et/ou complémentaire pour les soins ou produits qu'ils ont délivrés.

### Télétransmission

Système informatique de transmission des dossiers de remboursements de la Sécurité sociale vers l'organisme assureur.

## TITRE I : ADHÉSION, CONDITIONS D'ADHÉSION, DE MODIFICATIONS, DE RENONCIATION ET DE DÉMISSION

### Article 1 : Adhésion

Les demandes d'adhésion doivent être établies obligatoirement sur les formulaires de la Mutuelle dûment renseignés, datés, signés. Le bulletin d'adhésion à la Mutuelle doit être accompagné :

- de la copie de l'attestation vitale du demandeur ou de la carte de Sécurité sociale pour le régime minier et de l'ensemble des Bénéficiaires couverts par l'adhérent. Si le conjoint du demandeur est assuré à un régime de Sécurité sociale différent, il devra produire un bulletin d'adhésion séparé.
- du mandat de prélèvement sur compte bancaire ou postal dûment signé accompagné d'un relevé d'identité bancaire ou postal.

Au moment de l'adhésion, l'adhérent fait le choix d'une seule garantie principale pour lui-même et ses ayants-droit le cas échéant et peut faire le choix d'un RENFORT OPTIONNEL dans les conditions de l'article 19 paragraphe 19-4.

L'adhésion peut être souscrite au profit des enfants à charge au sens de la Sécurité sociale et de toute personne couverte par le régime d'Assurance Maladie sous le numéro de Sécurité sociale de l'adhérent ou de son conjoint.

### Vente à distance

Lorsque l'adhésion au règlement mutualiste a été proposée en dehors de la présence physique des deux parties, dans le cadre d'une commercialisation utilisant exclusivement une ou plusieurs techniques de communication à distance (Internet, vente par correspondance, démarchage par téléphone), le Membre Participant bénéficie des dispositions protectrices définies par le Code de la mutualité et le Code de la consommation.

La Mutuelle communique au Membre Participant, par écrit ou sur un autre support durable, auquel l'adhérent à l'accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles et les informations précontractuelles mentionnées au III de l'art. L.221-18 du Code de la mutualité et notamment : la dénomination de la Mutuelle, ses coordonnées, le montant total de la cotisation et les modalités de paiement de celle-ci, la durée minimale du bulletin d'adhésion au règlement ainsi que les garanties et exclusions prévues par celui-ci, la loi applicable aux relations contractuelles, l'existence d'un droit de renonciation.

Le Membre Participant peut à tout moment demander à recevoir les conditions contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable. En outre, le Membre Participant a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu.

#### **Vente « hors établissement »**

Dans le cadre d'une vente hors établissement (démarchage au domicile du Membre Participant, à sa résidence, à son lieu de travail ou dans tout autre lieu non destiné à la commercialisation de nos garanties), le Membre Participant reçoit en temps utile et avant tout engagement de sa part, les informations précontractuelles requises ainsi que les conditions contractuelles de l'adhésion. Ces informations et conditions lui sont fournies sur papier ou, sous réserve de son accord, sur un autre support durable. Le contrat comprend un formulaire de rétractation. La Mutuelle ne peut recevoir aucun paiement ni aucune contrepartie, sous quelque forme que ce soit, de la part du souscripteur avant l'expiration d'un délai de sept jours à compter de la conclusion du contrat.

#### **Article 2 : Bénéficiaires**

La garantie est accordée dans le cas général à l'adhérent pour lui-même, son conjoint, et ses enfants à charge tels que définis par les statuts et le bulletin d'adhésion.

#### **Article 3 : Conditions d'adhésion**

Les Membres Participants choisissent une garantie Santé de la Mutuelle, sans limite d'âge.

Les enfants de l'adhérent, en qualité d'ayants-droit, sont couverts jusqu'à la fin de l'année civile de leur 28 ans, sous réserve de fournir un certificat de scolarité ou une attestation d'affiliation au régime de Sécurité sociale des étudiants. Les enfants à charge de leurs parents présentant une carte d'invalidité sont assimilés aux enfants de moins de 28 ans.

#### **Article 4 : Prise d'effet de l'adhésion**

L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la signature du bulletin d'adhésion ou à une date ultérieure fixée sur ce même bulletin.

#### **Article 5 : Durée et renouvellement du contrat**

L'adhésion prend fin au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année civile sauf résiliation ou dénonciation du contrat d'assurance.

#### **Article 6 : Modification du contrat**

##### **6-1 : Demande de modification**

Les demandes de modification des mentions portées au bulletin d'adhésion devront faire l'objet d'une demande écrite de l'adhérent notamment celle résultant :

- d'un changement de situation au regard des régimes d'Assurance Maladie Obligatoire français,
- d'un changement de fréquence de paiement,
- d'un changement d'adresse,
- d'un changement de domiciliation bancaire,
- d'un changement de situation familiale.

Un justificatif est exigé pour la prise en compte de ces changements. La demande de modification doit parvenir à la Mutuelle avant le 10 du mois en cours pour être appliquée au prélèvement du mois suivant.

##### **6-2 : Décès**

En cas de décès d'un Bénéficiaire (adhérent ou ayant-droit), le certificat de décès doit être adressé dans le délai d'un mois suivant le décès. La radiation intervient au jour du décès. La Mutuelle rembourse aux héritiers la partie de cotisation relative à la période postérieure à la date de radiation.

##### **6-3 : Changement de garantie**

Toute modification portée au niveau de prestation n'est pas autorisée en cours d'année. Elle peut intervenir au 1er janvier de l'année qui suit la demande adressée à la Mutuelle par écrit, sous réserve d'un préavis minimum de 2 mois.

Le changement de garantie est autorisé sous réserve d'une période d'adhésion d'au moins 12 mois dans la garantie précédente (date de souscription ou date du précédent changement de niveau de garantie).

Par exception, le changement à la baisse est éventuellement autorisé en cours d'année à titre dérogatoire s'il est justifié par des circonstances économiques durables et imprévisibles telles que chômage, perte d'emploi, décès ; il fait alors l'objet d'une décision expresse de la Mutuelle et prend effet le 1er jour du mois qui suit la demande.

#### **Article 7 : Renonciation-Résiliation**

##### **7-1 : Droit de renonciation-vente à distance / vente hors établissement**

En cas de vente à distance et hors établissement, le délai de renonciation pour les opérations individuelles d'assurance est de 14 jours calendaires révolus.

Ce délai court à compter du jour où l'adhésion a pris effet ou du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations si cette réception est postérieure à la date d'effet.

Lorsque le délai de rétractation expire un samedi, un dimanche ou un jour férié, le délai de rétractation est prorogé jusqu'à la fin du jour ouvrable suivant.

L'adhérent doit adresser dans ce délai de 14 jours précité, une lettre recommandée avec accusé de réception. La renonciation entraîne la restitution de la totalité des cotisations versées. Le remboursement est adressé dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception, par la Mutuelle, de la lettre recommandée. Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

**Les modalités d'exercice du droit de renonciation figurent au bulletin d'adhésion.**

Ci-dessous les modèles de lettres de renonciation :

##### **Vente à distance :**

« Je soussigné exerce mon droit de renonciation prévu par l'article L.221-18 du Code de la mutualité pour mon contrat d'assurance complémentaire santé numéro ----- (indiquer les références du contrat), souscrit le ----- ».

**Fait à .....** **Le .....**  
**Signature**

##### **Démarchage à domicile (lettre recommandée avec accusé de réception):**

« Je soussigné exerce mon droit de renonciation prévu à l'article L.221-18-1 du Code de la mutualité pour mon contrat d'assurance complémentaire santé individuel numéro ----- (indiquer les références du contrat), souscrit le ----- ».

**Fait à .....** **Le .....**  
**Signature**

##### **7-2 : Résiliation-dénonciation**

La résiliation à l'initiative du Membre Participant peut intervenir à l'échéance annuelle ou à titre exceptionnel.

##### **Résiliation annuelle**

La résiliation ne peut prendre effet qu'au 31 décembre de chaque année civile.

La résiliation doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au moins 2 mois avant la date d'échéance (au plus tard le 31 octobre).

À défaut, l'adhésion se reconduit pour une nouvelle période d'une année et la cotisation s'y rapportant est due dans son intégralité, quel que soit le fractionnement retenu pour son paiement.

En application des dispositions de la loi Chatel applicable aux contrats individuels, la date limite d'exercice par l'adhérent du droit à dénonciation de l'adhésion est rappelée avec chaque avis d'échéance annuelle de cotisation.

L'adhérent dispose d'un délai de 20 jours suivant l'envoi de cet avis (le cachet de la poste faisant foi) pour dénoncer la reconduction de son contrat.

La dénonciation ne dispense pas l'adhérent du paiement de l'intégralité de la cotisation du mois en cours.

La garantie prend fin pour les personnes à charge dès qu'elles ne remplissent plus les conditions prévues à l'article 1 ci-dessus.

L'adhérent qui quitte la Mutuelle pour quelque cause que ce soit est tenu de restituer la (ou les) carte(s) de tiers-payant en sa possession.

### Résiliation exceptionnelle

Un Membre Participant peut demander la résiliation de sa garantie en cours d'année s'il répond à l'un des cas suivants :

- être bénéficiaire de la CMU-C (complémentaire), sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle ;
- être nouveau bénéficiaire de l'ACS, sous réserve de présenter un justificatif à la Mutuelle ;
- être bénéficiaire d'une complémentaire santé obligatoire au titre d'un contrat collectif, sous réserve de fournir une attestation à la Mutuelle ;
- en cas de survenance d'un changement de domicile, de situation matrimoniale ou de régime matrimonial, en cas de retraite professionnelle ou de cessation définitive d'activité professionnelle, ou en cas de changement de profession, sous réserve cependant que la modification de situation ait entraîné une modification de l'objet de la garantie pour la Mutuelle.

La fin de l'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 le 1<sup>er</sup> jour du mois civil suivant la notification et la communication des justificatifs associés.

Seule la résiliation exceptionnelle ouvre droit au remboursement par la Mutuelle des cotisations éventuellement versées au-delà de la période pour laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

La résiliation ne dispense pas le Membre Participant du paiement de l'intégralité de la cotisation du mois en cours.

### Article 8 : Information des adhérents

À chaque adhérent, la Mutuelle remet un exemplaire des statuts, un exemplaire du règlement intérieur et du règlement mutualiste ainsi qu'une carte de tiers-payant valant carte d'adhérent, permettant de justifier de son affiliation à la Mutuelle.

Cette carte indique les personnes bénéficiaires des prestations de la Mutuelle, et le niveau de garanties choisi par l'adhérent.

## TITRE II : COTISATIONS

### Article 9 : Cotisations

Le montant de la cotisation est fixé soit par l'Assemblée Générale, soit par le Conseil d'Administration par délégation reçue à ce titre en application de l'article 26 des statuts.

Elle peut être variable selon le régime, la composition familiale, l'âge de chaque Bénéficiaire, la région de domiciliation et la durée d'appartenance à la Mutuelle.

Lorsque le montant des cotisations évolue en raison du changement d'âge dans l'année d'assurance, le changement d'âge s'applique au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice, l'âge étant déterminé par différence de millésime. Les tarifs sont déterminés âge par âge ou par période quinquennale. Cette information est portée sur le descriptif de la garantie ou sur le devis fourni à la demande de l'adhérent.

### Article 10 : Actualisation des cotisations

Le montant des cotisations peut être actualisé dans les mêmes conditions que ci-dessus, en fonction de l'évolution démographique, de la réglementation et des paramètres utilisés par la Sécurité sociale et des résultats techniques des régimes.

### Article 11 : Paiement de la cotisation

Les cotisations sont payables d'avance selon une périodicité choisie par l'adhérent (mensuelle, trimestrielle, annuelle).

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

### Article 12 : Relance des impayés de cotisations

Les cotisations doivent être réglées au plus tard le 15 du mois ou du 1<sup>er</sup> mois du trimestre en cours. À défaut de règlement dans ce délai, des lettres de relances sont adressées aux adhérents concernés par un impayé de cotisations.

Chaque relance fait apparaître l'intégralité des cotisations dues ainsi que, le cas échéant, les frais bancaires et de gestion administrative générés par ces impayés.

S'agissant des cotisations réglées par prélèvement, en cas de rejet, le prélèvement peut faire l'objet d'une représentation à l'échéance suivante.

Si la cotisation n'est pas réglée dans les 10 jours suivant son échéance, la Mutuelle adresse, en pli recommandé, une lettre de rappel valant mise en demeure, avisant l'adhérent de la suspension des garanties au bout de 30 jours. Lors de la mise en demeure, le Membre Participant est informé que le défaut de paiement entraînera la résiliation du contrat 40 jours après la date d'envoi de la mise en demeure. Il sera alors mis fin à toutes les garanties.

Les frais occasionnés par la récupération des cotisations impayées sont réclamés aux adhérents.

La garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets, à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la Mutuelle la cotisation arriérée ou, en cas de fractionnement de la cotisation annuelle, les fractions de cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

## TITRE III : PRESTATIONS

### Article 13 : Prise en charge des prestations

#### 13-1 : Modalités de prise en charge

La prise en charge des prestations « complémentaire santé » s'effectue :

- soit sur la Base du Remboursement de l'Assurance Maladie Obligatoire. Les prestations exprimées en pourcentage de la Base de Remboursement du régime obligatoire incluent la part de remboursement du régime obligatoire en vigueur à la date d'ouverture du droit aux prestations.
- soit sur des bases forfaitaires. En cas de dépenses de soins prises en charge par le régime obligatoire, le ticket modérateur est inclus dans le forfait, sauf indication contraire figurant au tableau de garanties.

#### 13-2 : Modalités de modification des garanties

Les présentes prestations offertes par la Mutuelle sont arrêtées par l'Assemblée Générale.

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment par l'Assemblée Générale de la Mutuelle ou par le Conseil d'Administration quand il en a reçu délégation.

Toute modification des garanties définies au bulletin d'adhésion est constatée par la notification de celle-ci à l'adhérent.

### Article 14 : Objet et montant

La garantie a pour objet de servir à l'adhérent des prestations à l'occasion des frais médicaux et de maternité qu'il a exposés dans les conditions et limites prévues par le contrat. Cette garantie peut être étendue aux frais concernant la famille de l'adhérent.

Les soins de toutes natures dont les dates de soins, de facturation ou de prescription se situent avant la date d'effet du contrat **ne peuvent donner lieu à prise en charge par la Mutuelle**. En principe, ne peuvent donner lieu à prestations que les frais engagés pour soins donnés par un chirurgien, un praticien qualifié ou un dentiste, ou sur prescription écrite de l'un d'eux, et dans les conditions prévues par le régime obligatoire de la Sécurité sociale et la réglementation applicable à l'exception des prestations des postes « Prévention » et « Participation Activités Sportives ou Intellectuelles ».

Pour les prises en charge des garanties médecines douces, les praticiens concernés sont inscrits au tableau de l'ordre des médecins, des kinésithérapeutes, des podologues et titulaires des diplômes et certificats nécessaires à l'exercice de ces professions prévus par les textes en vigueur notamment l'article 75 de la loi du 4 mars 2002.

Le présent règlement mutualiste répond aux dispositions relatives aux contrats responsables prévues par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et répond ainsi aux obligations et aux exclusions de prises en charge prévues par le cahier des charges du contrat responsable.

**À ce titre, est exclue la prise en charge :**

- de la majoration du ticket modérateur en cas de consultations ou visites de médecins effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés,
- du remboursement des actes et prestations de soins lorsque l'adhérent refuse à un professionnel de santé d'accéder ou de compléter son Dossier Médical Personnel (DMP),
- des participations forfaitaires visées à l'article L.322-2 II et L.322-2 III du Code de la Sécurité sociale fixées à ce titre par la législation de la Sécurité sociale en vigueur et à venir,
- des dépassements d'honoraires autorisés sur les actes cliniques et techniques des médecins spécialistes consultés par l'adhérent sans prescription préalable de son médecin traitant dont les montants sont fixés par décret.

L'étendue et le montant des prestations sont fonction de la garantie souscrite.

## Article 15 : Prise d'effet des garanties

La date d'effet de l'ouverture des droits à prestations est reportée **par application d'un délai d'attente pour toutes les prestations** suivantes :

- Allocation obsèques incluse dans la garantie : 9 mois,
- Option Allocation Obsèques : 6 mois.

D'autres délais d'attente peuvent s'appliquer.

**Se reporter au tableau de garanties.**

## Article 16 : Paiement des prestations

Pour percevoir les prestations, les Membres Participants doivent être à jour de leurs cotisations.

Les demandes de prestations doivent être reçues avant l'expiration du délai de prescription de 2 ans à compter de la date de l'évènement, et être accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- le décompte original de remboursement du régime obligatoire, ou le cas échéant le document justifiant le refus de prise en charge par le régime obligatoire,
- la facture datée, acquittée et détaillée de l'établissement concerné, du fournisseur ou du praticien précisant la date et la nature des soins en cas de dépassements d'honoraires ou d'hospitalisation, et portant les éléments permettant l'identification de l'établissement, fournisseur ou du praticien (noms, prénoms, adresse professionnelle, numéro de téléphone, qualification voire sa situation : conventionné ou non, numéro ADELI voire Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé [RPPS], selon la qualité du praticien),
- éventuellement, la copie du décompte de prestations établi par un autre organisme complémentaire.

Selon la nature des soins engagés, des documents complémentaires pourront être demandés.

Les prestations sont servies directement au membre adhérent pour l'ensemble des ayants-droit. Le règlement est effectué par virement sur un compte bancaire, postal ou d'épargne.

Le paiement peut être effectué par un autre organisme, avec lequel la Mutuelle a conclu une convention de gestion pour une partie des membres adhérents.

L'envoi des décomptes de paiement des prestations d'un montant inférieur à celui défini par le Conseil d'Administration peut être différé jusqu'à ce que la totalité des prestations dues au titre de plusieurs demandes atteigne ce montant ; dans tous les cas, un envoi de décompte est effectué une fois par mois au minimum.

Dans le cas où les décomptes sont envoyés par voie électronique aucun montant minimum n'est requis.

En cas de décision judiciaire, les prestations sont servies à la personne ou à l'organisme ayant obtenu la garde de l'enfant ou assumant la tutelle de l'incapable majeur.

Les prestations sont payables en France exclusivement et en euros.

## Article 17 : Tiers payant NOEMIE

Lorsqu'un établissement ou un professionnel de santé en accepte le principe, la Mutuelle lui paye directement le montant des frais qui auraient dû être remboursés à l'adhérent après avoir engagé la dépense.

Lorsqu'un accord de télétransmission est passé avec un organisme de Sécurité sociale pour effectuer le remboursement des prestations, la Mutuelle paye directement l'adhérent et pourra demander a posteriori, le décompte original établi par l'organisme de Sécurité sociale pour contrôle.

Pour toutes ses garanties responsables, la Mutuelle propose le tiers payant dans le respect des dispositions prévues à l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale.

## Article 18 : Principe indemnitaire et pluralité d'assurance

Conformément à l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et au décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. En cas de pluralité d'assurances contractées par l'adhérent auprès d'un ou de plusieurs organismes d'assurance complémentaires, l'intervention de la Mutuelle s'effectue à due concurrence des frais pouvant rester à charge après remboursement par le régime d'Assurance Maladie Obligatoire.

## Article 19 : Définition des prestations

### 19-1 : Garanties de base

Les prestations dues par la Mutuelle sont calculées acte par acte pour les frais ayant fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale, engagés

au titre de maladies, accidents ou maternité postérieurement à l'affiliation de l'adhérent et pendant la durée de cette affiliation.

Les taux et bases de remboursement pris en considération sont ceux applicables à la date d'exécution des soins.

Pour les prothèses et l'optique, la prise en charge est accordée en considération de la date de prescription des soins.

Le montant des remboursements prévus, ne peut excéder le montant de la dépense réellement effectuée, compte tenu des prestations servies par la Sécurité sociale, un organisme d'assurance complémentaire ou éventuellement un tiers responsable.

La garantie peut prévoir la prise en charge des frais de prothèses, dentaires ou de lentilles qui, figurant dans la nomenclature des actes professionnels, n'ont pas fait l'objet d'un remboursement de la Sécurité sociale.

Sauf mention contraire au tableau de garanties, le forfait ou le reliquat du forfait non utilisé ne peuvent pas être reportés à l'année suivante.

Les frais de Chambre particulière et d'accompagnant sont soumis à une limitation de durée.

**Se reporter au tableau de garanties.**

### 19-2 : Garanties Responsables

Le présent règlement « Frais de soins de santé » répond aux dispositions relatives aux contrats responsables prévues par les articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale et à l'ensemble de la réglementation relative à ces contrats. Il répond ainsi aux obligations et exclusions de prise en charge prévues par le cahier des charges du contrat responsable.

Sur l'ensemble des postes de garanties, la Mutuelle prend obligatoirement en charge le ticket modérateur de l'ensemble des actes remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire (**à l'exclusion des cures thermales, des médicaments remboursés à 15%, des médicaments remboursés à 30% et de l'homéopathie**), le ticket modérateur de l'ensemble des actes de prévention remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire ainsi que le ticket modérateur forfaitaire.

Aucun délai de carence n'est appliqué pour la prise en charge du ticket modérateur sur les actes remboursables.

Un délai de carence peut en revanche être appliqué aux prestations couvrant la prise en charge des dépassements de tarifs, comme en optique ou en dentaire par exemple.

Le forfait journalier en établissement hospitalier est pris en charge sans limitation de durée sauf mention contraire figurant au tableau de garanties.

Les planchers et plafonds de prise en charge des dépassements de tarifs, s'ils sont couverts, figurent au tableau de garanties.

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins, les conditions de prise en charge et le niveau de remboursement diffèrent selon que le médecin est adhérent ou non au Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisé [DPTAM].

Si le contrat prévoit la prise en charge des dépassements de tarifs en optique, ces planchers et plafonds (ticket modérateur inclus) sont différenciés par type d'équipement.

La prise en charge des dépassements de tarifs en optique est précisée à l'article 19.5 du présent règlement.

Le tableau de garanties précise les conditions de prise en charge, le cas échéant, des actes non remboursables par l'Assurance Maladie Obligatoire, et des actes hors nomenclature ; des cures thermales ; des médicaments remboursés à 15% et 30% (dont l'homéopathie).

Le montant des prestations peut être actualisé en fonction de la réglementation et des paramètres utilisés par la Sécurité sociale.

### 19-3 : Garanties Non Responsables

L'adhérent peut faire le choix de garanties non responsables, soumises à un régime fiscal différent. Elles sont donc majorées d'une taxe déjà incluse dans le tarif.

Les garanties qui ne répondent pas aux critères du contrat responsable du fait de l'absence de prise en charge de certaines prestations ou de non-respect des planchers, plafonds et limitation de certaines prestations sont notifiées « non responsables ».

Les modalités d'application figurent au descriptif des garanties.

#### 19-4 : Renforts Optionnels

Les RENFORTS OPTIONNELS sont uniquement proposés aux adhérents et leurs ayants-droit de la Mutuelle.

Ils se cumulent uniquement avec certaines garanties, indiquées au tableau de garanties.

La souscription à un RENFORT OPTIONNEL n'est pas autorisée en cours d'année, sauf adhésion concomitante à la garantie principale.

L'adhésion prend effet au 1er janvier de l'année qui suit la demande, sous réserve d'un préavis de deux mois. Elle vaut pour l'adhérent et ses ayants-droit inscrits au contrat.

Le changement de RENFORT OPTIONNEL suit les mêmes modalités citées à l'article 6-3 du présent règlement.

La résiliation d'un RENFORT OPTIONNEL suit les mêmes modalités citées à l'article 7-2 du présent règlement. Elle vaut pour l'adhérent et ses ayants-droit inscrits au contrat.

En cas de résiliation d'un RENFORT OPTIONNEL, une nouvelle souscription ne pourra intervenir qu'après 3 ans suivant la date d'effet de la résiliation de cette option.

#### 19-5 : Prestations en optique : modalités particulières, limitations

##### Forfaits « lunettes »

Les forfaits « lunettes » prennent en charge un seul équipement d'optique médicale composé de deux verres correcteurs et d'une monture par période de deux ans (sauf exception prévue portée au tableau des garanties concernant des garanties non responsables).

Le montant des forfaits, qui respecte les «planchers» et les «plafonds» définis par le décret du 18 novembre 2014 relatif aux contrats «responsables», varie en fonction de la nature des verres de la manière suivante :

- **verre simple** : verre simple foyer dont sphère est [-6 et + 6] et cylindre < ou = +4,00
- **verre complexe** : verre simple foyer dont sphère est ]-6 à + 6[ ou cylindre > +4,00 et verre multifocal ou progressif
- **verre très complexe** : verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique dont sphère ]-8 à +8[ et verre multifocal ou progressif sphérique dont sphère ]-4 à + 4[

Le droit au forfait est subordonné à un remboursement préalable par le régime obligatoire.

Tous les forfaits s'entendent comme incluant le montant du ticket modérateur.

La période d'utilisation de chacun des forfaits « lunettes » débute à la date de souscription du contrat et s'achève deux ans après. Cette période est fixe.

##### Exceptions à la durée biennale de la période d'utilisation des forfaits

Les mineurs de moins de 18 ans et les majeurs en cas de renouvellement d'équipement optique justifié par l'évolution de la vue peuvent bénéficier d'un forfait optique une fois par an.

La justification d'une évolution de la vue se fonde soit sur la présentation d'une nouvelle prescription médicale portant une correction différente de la précédente, soit sur la présentation de la prescription initiale comportant les mentions portées par l'opticien en application de l'article R.165-1 du Code de la Sécurité sociale ; la nouvelle correction doit être comparée à celle du dernier équipement ayant fait l'objet d'un remboursement par la Mutuelle.

Pour les Bénéficiaires présentant un défaut de vision de près et un déficit de vision de loin et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, les garanties prennent en charge deux équipements sur une période de 2 ans corrigeant chacun un des deux déficits. Les règles de couverture par les contrats responsables sont applicables à chacun des équipements considéré individuellement (**plancher, plafond, délai de renouvellement**).

Les forfaits « lunettes » s'appliquent, en fonction de la garantie souscrite, à chacun des deux équipements considérés individuellement.

Si la demande de remboursement est faite simultanément pour les deux équipements, il ne pourra y avoir de remboursement par la Mutuelle l'année qui suit, sauf pour les mineurs, et les majeurs en cas d'évolution de la vue justifiant un changement d'équipement.

**Monture** : quelle que soit la garantie souscrite, la prise en charge par les forfaits « lunettes » est limitée à 150 euros par monture.

**Lentilles optiques** : selon la garantie souscrite, le forfait « Lentilles » prend en charge les lentilles correctrices remboursées ou non par le régime obligatoire, uniquement sur prescription médicale.

La prise en charge s'effectue sur présentation des justificatifs de dépenses et dans la limite des frais réels.

**Forfait chirurgie réfractive** : pour les garanties qui le prévoient, le forfait est versé sur la période d'un an et n'est pas subordonné à une prise en charge préalable par le régime obligatoire.

#### 19-6 : Option Allocation Obsèques

L'adhérent peut se voir proposer une option « Allocation Obsèques » complémentaire à la garantie principale Frais de soins de santé.

Cette option ne peut être souscrite que concomitamment à la garantie principale.

La résiliation de la garantie principale Frais de soins de santé met fin à l'option Allocations Obsèques.

L'Allocation Obsèques est versée en cas de décès de l'adhérent sur présentation des pièces justificatives suivantes : un extrait d'acte de décès, la facture des frais d'obsèques acquittée, un certificat d'héritité, un certificat porte-fort en cas d'héritiers multiples, le justificatif de l'identité de la personne ayant supporté les frais et un RIB. Le bénéfice de la prestation revient à la personne qui a supporté les frais d'obsèques.

#### 19-7 : Participation aux frais funéraires

Une participation aux frais funéraires peut être versée, selon décision prise chaque année par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation.

Cette décision est prise en fonction des résultats de la Mutuelle.

La participation aux frais funéraires est versée, le cas échéant, par la Mutuelle quel que soit l'ordre des décès de l'adhérent ou d'un membre de sa famille inscrits au contrat, sur présentation des pièces justificatives suivantes : un extrait d'acte de décès, la facture des frais d'obsèques acquittée et le justificatif de l'identité de la personne ayant supporté les frais.

**Se reporter au tableau des garanties.**

#### 19-8 : Exonération des cotisations-décès

Une exonération des cotisations en cas de décès, peut être appliquée selon décision prise chaque année par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation sur présentation d'un acte de décès.

**Se reporter au tableau des garanties.**

#### 19-9 : Participation naissance

Une participation naissance peut être versée, selon décision prise chaque année par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation. Sauf mention contraire au tableau des garanties, la participation naissance couvre l'ensemble des frais relatifs à la maternité, y compris les dépassements d'honoraires (à l'exclusion de la césarienne prise en charge au titre de la garantie hospitalisation).

La participation est versée sur présentation : d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

En cas de naissances multiples, la participation versée peut être multipliée par le nombre d'enfants.

L'adoption d'un enfant est assimilée à une naissance, si l'enfant a moins de 12 ans le jour de l'adoption.

**Se reporter au tableau des garanties.**

#### 19-10 : Exonération des cotisations-naissance

Une exonération des cotisations en cas de naissance, peut être appliquée selon décision prise chaque année par l'Assemblée Générale ou par le Conseil d'Administration sur délégation.

Elle est attribuée sur présentation : d'un extrait de l'acte de naissance de l'enfant ou un certificat d'adoption délivré par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale.

Elle est subordonnée à l'inscription de l'enfant dans les 3 mois suivant la naissance.

En cas de naissances multiples, l'exonération est acquise à chaque enfant. L'adoption d'un enfant est assimilée à une naissance, si l'enfant a moins de 12 ans le jour de l'adoption.

**Se reporter au tableau des garanties.**

**Article 20 : Prescription**

Conformément aux articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la mutualité, toute action dérivant de la présente adhésion est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du Membre Participant, que du jour où la Mutuelle en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là
- quand l'action du Membre Participant (adhérent), du Bénéficiaire ou de l'ayant-droit contre la Mutuelle ou l'union 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 au b du 1° du I de l'article L.111-1 du Code de la mutualité, 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 peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil : une citation en justice, y compris en référé, un commandement d'huissier, une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de l'autre partie.

La prescription est également interrompue par la désignation d'experts, et par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Mutuelle au Membre Participant pour ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou par le Membre Participant, le Bénéficiaire ou l'ayant-droit à la Mutuelle en ce qui concerne le règlement de la prestation.

L'interruption fait naître un nouveau délai de deux ans.

La prescription peut être suspendue, notamment en cas de recours à la Médiation, dans les conditions prévues par le Code civil.

**Article 21 : Subrogation**

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

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.

Dans le cas où la Mutuelle aurait obtenu d'une caisse ou de tout autre organisme, gérant la part Sécurité sociale obligatoire de la couverture santé, un agrément de délégation de paiement ou un agrément permettant d'agir en qualité de correspondant mutualiste, la Mutuelle est subrogée de plein droit à ses adhérents pour l'encaissement des prestations de Sécurité sociale.

**Article 22 : Modalités d'information des adhérents**

D'une manière générale, toute modification des prestations, des cotisations et le cas échéant, les modifications des statuts et règlements de la Mutuelle sont portées à la connaissance des Membres Participants et Honoraires dans la lettre d'information de la Mutuelle et/ou par courrier individuel ou via tout support durable conformément à la réglementation en vigueur, notamment via les espaces sécurisés personnels en ligne.

**Article 23 : Réclamation-Médiation**

L'adhérent peut prendre contact avec son interlocuteur habituel pour toute question relative au fonctionnement de son contrat ou ses garanties.

Toute réclamation peut être adressée au service Qualité de la Mutuelle, 24 boulevard de Courcelles, 75017 Paris.

La Mutuelle s'engage à en accuser réception dans les 10 jours sauf si la demande a pu être traitée dans ce délai. En tout état de cause, la réponse sera apportée dans un délai qui ne pourra excéder deux mois.

Après épuisement des voies internes de traitement des réclamations, et sans préjudice du droit d'exercer un recours contentieux, l'adhérent, ainsi que le Bénéficiaire désigné, peut, afin de trouver une issue amiable au différend l'opposant à la Mutuelle, s'adresser par courrier à Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française (FNMF), 255 rue de Vaugirard, 75719 Paris Cedex 15 ou par mail à [mediation@mutualite.fr](mailto:mediation@mutualite.fr).

**Article 24 : Contrôle médical**

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre tout Bénéficiaire à un contrôle médical effectué par un médecin, un chirurgien dentiste ou tout autre professionnel de santé afin de vérifier la réalité des dépenses de soins engagées et la conformité des soins à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et/ou à des bonnes pratiques de soins.

La Mutuelle se réserve par ailleurs le droit de mettre en œuvre la procédure d'exclusion et ses conséquences, prévues aux statuts.

**Article 25 : Informatique et libertés**

Les données personnelles collectées (par courrier, téléphone, messagerie électronique ou tout autre moyen) sont nécessaires pour les traitements informatiques liés à l'adhésion et à la gestion du contrat. Elles peuvent être utilisées, sauf opposition de la part de l'adhérent, à des fins de sollicitations commerciales. Elles peuvent également faire l'objet de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur notamment relatives à la lutte contre le blanchiment, le financement du terrorisme. Elles peuvent également faire l'objet de traitements dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance et à ce titre entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles pourront être utilisées par des mandataires, des réassureurs, des partenaires et organismes professionnels d'Identités Mutuelle.

Les données de l'adhérent seront conservées pendant toute la durée de l'adhésion et des prescriptions applicables.

L'adhérent peut à tout moment exercer ses droits d'accès, d'opposition, de limitation, de rectification, et de suppression ainsi que droit à la portabilité des données le concernant auprès de :

Identités Mutuelle, Service Qualité, 24 boulevard de Courcelles 75017 Paris.

**Article 26 : Autorité de Contrôle**

La Mutuelle est soumise au contrôle de l'ACPR. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09.