



Règlement Mutualiste



www.mmei.fr

REGLEMENT MUTUALISTE

Préambule :

La Mutuelle des Métiers Electronique et Informatique, dite MMEI est une personne morale de droit privé à but non lucratif, soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité et inscrite au répertoire SIRENE sous le numéro SIREN 391.399.052.

Le présent Règlement est établi par la Mutuelle conformément aux dispositions du Code de la Mutualité. Il a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre la Mutuelle et chaque membre participant et Ayants droit, en ce qui concerne les prestations et les cotisations telles qu'elles sont définies par le présent Règlement.

SOMMAIRE RÈGLEMENT MUTUALISTE :

TITRE I - MEMBRE PARTICIPANT, AYANT DROIT, ADHESION, RESILIATION	4
ARTICLE I-1. NOTION DE MEMBRE PARTICIPANT ET D'AYANT DROIT	4
I-1.1. : Membre participant	4
I-1.2. : Ayants droit.....	4
I-1.3. : Adjonction et suppression d'un ayant droit	4
ARTICLE I-2. : ADHESION, RESILIATION	5
I-2.1. : Adhésion	5
I-2.2. : Date d'effet de l'adhésion.....	5
I-2.3. : Faculté de renonciation.....	5
I-2.4. : Changement de couverture santé.....	5
I-2.5. : Résiliation.....	6
I-2.6. : Effet de résiliation	7
TITRE II - OBLIGATIONS DES MEMBRES PARTICIPANTS ENVERS LA MUTUELLE	8
ARTICLE II-1. COTISATIONS.....	8
II-1.1. : Principes.....	8
II-1.2. : Structure des cotisations.....	9
II-1.3. : Révision de la cotisation forfaitaire et de la cotisation mixte	10
ARTICLE II-2. : REGLEMENT DES COTISATIONS.....	11
ARTICLE II-3. : RESTITUTION DE COTISATION	11
ARTICLE II-4. : REGULARISATION DES REVENUS ET DES COTISATIONS	11
ARTICLE II-5. : DELAI DE FORCLUSION ET DE RECLAMATION	12
ARTICLE II-6. : NON-PAIEMENT DES COTISATIONS – RESILIATION A L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE.....	12
ARTICLE II-7. : MODIFICATION DES DONNEES PERSONNELLES	12
TITRE III - OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE	13
ARTICLE III-1. : PRESTATIONS ACCORDEES PAR LA MUTUELLE	13
III-1.1. Principes de remboursement	13
III-1.2. Les couvertures santé	14
III-1.3. Modification des montants des prestations assurées par la Mutuelle	17
ARTICLE III-2. : SUSPENSION ET CESSATION DES GARANTIES	17
III-2.1. Suspension des garanties.....	17
III-2.2. Cessation des garanties	17
ARTICLE III-3. : EXCLUSIONS	17
ARTICLE III-4. : CONTROLE MEDICAL.....	18
ARTICLE III-5. : CARTE MUTUALISTE DE TIERS PAYANT	18
TITRE IV - SUBROGATION	19
TITRE V - INFORMATION DES MEMBRES PARTICIPANTS	19
TITRE VI – DISPOSITIONS DIVERSES	20
ARTICLE VI-1. : PRESCRIPTION	20
ARTICLE VI-2. : DROIT D'OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE.....	21
ARTICLE VI-3. : LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DE CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME.....	21
ARTICLE VI-4. : INFORMATIQUE ET LIBERTES	21
ARTICLE VI-5. : FRAUDE – DECLARATION FAUSSE OU INEXACTE	22
ARTICLE VI-6. : RECLAMATION, CONCILIATION ET MEDIATION	22
ARTICLE VI-7. : CONTROLE DE LA MUTUELLE	23
ARTICLE VI-8. : LOI APPLICABLE.....	23
Annexe 1 : Tableau des prestations détaillées par couverture applicables au 1 ^{er} janvier 2019 :.....	24
Annexe 2 : Détail des cotisations par couverture et par tranche d'âge applicables au 1 ^{er} janvier 2019.....	26

TITRE I

Membre participant, ayant droit, adhésion, résiliation

ARTICLE I-1. Notion de membre participant et d'ayant droit

I-1.1. Membre participant

Les membres participants sont les personnes physiques affiliées à un régime obligatoire de Sécurité sociale qui bénéficient des prestations des couvertures *L'Essentiel*, *Confort*, *Grand Confort* de la Mutuelle à laquelle elles ont adhéré et en ouvrent le droit à leurs ayants droit.

Un conjoint ou assimilé d'un membre participant couvert par la mutuelle ne peut bénéficier d'une autre couverture santé que celle du membre participant, la couverture étant familiale.

Peuvent bénéficier du présent règlement, les membres participants régulièrement inscrits à la Mutuelle et à jour du paiement de leurs cotisations.

I-1.2. Ayants droit

1) Définition

Les ayants droit du membre participant tels que définis ci-dessus peuvent bénéficier du remboursement des soins. Il s'agit :

a) Du conjoint ou assimilé

- Le conjoint est la personne liée au membre participant par les liens du mariage et non séparés judiciairement ;
- Le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) ;
- Le concubin.

Chaque membre participant peut couvrir soit le conjoint, soit la personne assimilée.

La déclaration de la situation de famille, ouvrant droit aux prestations, incombe au membre participant.

b) Des enfants à charge fiscalement du membre participant ou du conjoint (et assimilé) jusqu'à la fin de l'année civile (31 décembre) de leur 26ème anniversaire.

Sont assimilés aux enfants du membre participant :

- Les enfants recueillis ou sous tutelle du membre participant ou de son conjoint (et assimilé) ;
- Les petits enfants qui bénéficient du Régime Obligatoire sur le compte du grand parent, membre participant ou du conjoint (et assimilé) ;

c) Des ascendants à charge, s'ils bénéficient du Régime Obligatoire sur le compte du membre participant ou du conjoint (et assimilé).

Les ayants droit peuvent devenir membres participants quand cesse leur qualité d'ayant droit ou après le décès du membre participant.

Les ayants droit, tout comme les membres participants, ont la qualité de bénéficiaires.

I-1.3. Adjonction et suppression d'un ayant droit

La demande d'adjonction d'un ayant droit doit être adressée par écrit à la Mutuelle. Elle prend effet le 1er jour du mois suivant.

Les enfants sont rattachés à la couverture du membre participant dès leur date de naissance ou d'adoption.

La demande de suppression d'un ayant droit doit être adressée à la Mutuelle par lettre recommandée avec avis de réception, un mois avant l'échéance annuelle. Elle prend effet le 1er janvier suivant sauf si la demande de suppression résulte du passage dans un contrat collectif obligatoire auquel cas la suppression intervient au premier mois qui suit la demande.

ARTICLE I-2. : Adhésion, résiliation

I-2.1. Adhésion

Conformément à l'article 11 des Statuts, l'adhésion à l'une des couvertures santé de la Mutuelle est concrétisée par la signature d'un bulletin d'adhésion qui emporte acceptation des Statuts et du Règlement Intérieur de la Mutuelle et des droits et obligations définis par le présent Règlement Mutualiste. Ces documents lui ont été remis avant signature du bulletin d'adhésion. Le membre participant adhère à la couverture santé qui s'applique à lui et à l'ensemble de ses éventuels ayants droit.

L'adhésion dans la couverture santé choisie est familiale et porte sur une durée allant de la date d'adhésion au 31 (trente et un) décembre de l'année en cours. Elle est reconductible tacitement au 1^{er} janvier de chaque année, sauf exercice du droit de résiliation ou de dénonciation conformément au 1^o ou au 2^o de l'article I-2.5 ci-après.

I-2.2. Date d'effet de l'adhésion

La date d'effet de l'adhésion du membre participant et, le cas échéant, de ses ayants droit ou de l'adjonction d'un ayant droit, est au mieux le premier jour du mois suivant la réception de l'ensemble des pièces demandées en annexe I du bulletin d'adhésion, le membre participant pouvant toutefois choisir le 1^{er} jour d'un mois postérieur.

Il est informé par courrier ou courriel de la date à laquelle son adhésion prend effet.

I-2.3. Faculté de renonciation

Si le membre participant a adhéré à distance, il a la faculté de renoncer à la garantie souscrite auprès de la Mutuelle. Pour ce faire, il lui suffit d'adresser à la Mutuelle une lettre recommandée avec avis de réception dans les quatorze (14) jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion a pris effet.

Les remboursements des sommes perçues par la Mutuelle ou par le membre participant s'effectuent dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur.

Modalités de renonciation

Pour exercer son droit à renonciation, le membre participant doit adresser à la MMEI au 122, rue de Javel – 75015 Paris, une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme)

(Nom, prénom, adresse), déclare renoncer à mon adhésion au contrat complémentaire Santé XXX que j'avais souscrit le

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à, le

Signature »

I-2.4. Changement de couverture santé

Les changements de couverture ne peuvent prendre effet qu'au premier jour de l'année civile qui suit l'adhésion à la couverture précédente, sous réserve que la demande de changement soit formulée par écrit par le membre participant, au plus tard le 30 novembre de chaque année, soit un mois avant l'échéance annuelle.

Lors d'un changement de situation entraînant un changement de la cotisation (mariage, PACS, concubinage, divorce, naissance, adoption, décès, suppression ou ajout de bénéficiaires...) en cours d'année, le changement de couverture peut intervenir au 1^{er} jour du mois suivant l'évènement générateur, à condition que les justificatifs nécessaires aient été fournis par le membre participant. Le changement de situation doit être signalé par écrit à la Mutuelle.

I-2.5. Résiliation

1°/ La résiliation d'un membre participant ou d'un ayant droit peut être donnée par lettre recommandée avec avis de réception adressée au siège social de la Mutuelle, au plus tard un mois avant l'échéance annuelle, fixée au 31 décembre de l'année en cours (avant le 30 novembre de chaque année).

La résiliation de la couverture santé est possible en cours d'année, par lettre recommandée avec AR :

- pour rejoindre un contrat collectif obligatoire, pour le membre participant et/ou pour l'un de ses ayants droit. Cette résiliation prend effet à la date d'adhésion au contrat collectif,
- en cas de modification des tarifs de cotisation et en cas de modifications des garanties accordées par la Mutuelle à son initiative ou suite à une évolution de la réglementation. Cette résiliation prend effet le 1^{er} jour du mois suivant.

2°/ Outre un droit de résiliation exercé comme précisé ci-avant, le membre participant peut exercer un droit de dénonciation lui permettant de résilier son adhésion dans les conditions ci-après : L'avis d'échéance annuel de cotisation, adressé par la Mutuelle au membre participant, mentionne la date limite d'exercice de son droit à dénonciation. Lorsque cet avis lui est adressé moins de quinze (15) jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, le membre participant est informé avec cet avis qu'il dispose d'un délai de vingt jours (20) suivant la date d'envoi de l'avis pour dénoncer la reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste.

Lorsque cette information ne lui a pas été adressée conformément aux dispositions ci-dessus, le membre participant peut, par lettre recommandée, mettre un terme à l'adhésion au Règlement, sans pénalité, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste.

Le membre participant est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, la Mutuelle doit rembourser au membre participant, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. A défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.

3°/ Lorsque la garantie des risques existantes dans la situation antérieure d'un membre participant avant la survenance de l'un des évènements prévus à l'article L.221-17 du Code de la mutualité ne se retrouve pas dans la situation nouvelle après la survenance de l'un de ces évènements, un membre participant ou la Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion.

La résiliation ne peut intervenir que dans les trois (3) mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un (1) mois après réception de sa notification. Le cas échéant la Mutuelle doit rembourser au membre participant une partie de sa cotisation, conformément à l'article II.3 ci-après.

I-2.6. Effet de la résiliation

La résiliation des garanties complémentaire santé met un terme à l'adhésion. Aucune prestation ne peut être servie au-delà de la date d'effet de la résiliation, ni au titre des garanties frais de santé, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit aux prestations étaient réunies préalablement à la date d'effet de la résiliation.

À compter de sa date de radiation, le membre participant s'engage, pour lui-même et ses Ayants droit, à ne plus solliciter la dispense d'avance des frais auprès des professionnels de santé, à retourner à la Mutuelle la ou les carte(s) d'Adhérent qui lui ouvrai(en)t des droits particuliers et, d'une manière générale, à renoncer à tous les services de la Mutuelle dont il bénéficiait de par son adhésion à celle-ci, sans préjudice pour la Mutuelle de recouvrer les sommes indûment versées.

TITRE II

Obligations des membres participants envers la Mutuelle

ARTICLE II-1. Cotisations

II-1.1. Principes

- a) Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle.

Les cotisations décrites en *annexe 2* du présent règlement comprennent les cotisations afférentes aux garanties santé auxquelles s'ajoutent les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs (Unions) ou techniques, cotisations dont le montant et les modalités de paiement sont fixés par les statuts de ces organismes.

Les ayants droit du membre participant, quel que soit leur âge, sont affectés à la même tranche d'âge que celui-ci.

En cas de décès du membre participant, la cotisation cesse d'être due dès que la Mutuelle en a été avisée par lettre recommandée avec AR. La Mutuelle remboursera, s'il y a lieu une partie de la cotisation, conformément à l'article II-3 ci-après.

- b) Une cotisation est calculée par individu couvert :

- pour le membre participant ;
- pour le conjoint ou assimilé ;
- pour les deux premiers enfants ou ascendants : la couverture est gratuite à compter du troisième bénéficiaire couvert (enfant ou ascendant).
- La cotisation d'un nouvel enfant est exigible le premier jour du mois suivant sa date de naissance ou d'adoption en fonction des règles précédemment énoncées.

Le membre participant, dont l'un ou plusieurs enfants est ou sont atteint(s) d'un handicap (taux d'invalidité au moins égal à 50 %) est exonéré de cotisation pour cet ou ces enfant(s), jusqu'à 26 ans révolus (Voir tableau ci-après).

	Aucun enfant handicapé	dont 1 enfant handicapé	dont 2 enfants handicapés
1 enfant	1 cotisation enfant	pas de cotisation	-
2 enfants	2 cotisations enfants	1 cotisation enfant	pas de cotisation
3 enfants et plus	2 cotisations enfants	1 cotisation enfant	pas de cotisation

La MMEI accueille, aux conditions générales d'adhésion, des adultes handicapés. Néanmoins lorsqu'un enfant handicapé couvert par la mutuelle, acquiert 26 ans, il est alors admis comme membre participant. Il bénéficie alors d'un système de cotisation spécifique s'il perçoit l'allocation adulte « handicapé » ou la PCH (Prestation Compensatoire du Handicap). Voir cotisation « adultes handicapés ».

II-1.2. Structure des cotisations

La cotisation est exprimée de deux manières :

- soit forfaitaire,
- soit mixte incluant un forfait et un pourcentage du revenu brut

a) La cotisation forfaitaire est appliquée pour les trois premières tranches d'âge du membre participant ci-après :

- 1^{ère} tranche d'âge → début de l'année civile du 16^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 35^{ème} anniversaire
- 2^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 36^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 45^{ème} anniversaire
- 3^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 46^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 55^{ème} anniversaire

b) La cotisation mixte est appliquée pour les deux dernières tranches d'âge du membre participant ci-après :

- 4^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 56^{ème} anniversaire jusqu'à la fin de l'année civile du 65^{ème} anniversaire
- 5^{ème} tranche d'âge → début de l'année civile du 66^{ème} anniversaire

1) Revenus pris en compte

Les cotisations des 4^{ème} et 5^{ème} tranches d'âge sont calculées, pour une partie forfaitaire et pour l'autre, en fonction du revenu brut du membre participant ou des revenus bruts du couple.

Les revenus bruts annuels pris en compte sont :

- Salaires,
- Indemnités Pôle emploi,
- Pensions (retraite, invalidité, réversion, ...)
- Indemnités maladie versées par le régime obligatoire et par le régime de prévoyance complémentaire.

2) Assiette de cotisation

L'assiette de cotisation est composée du revenu brut du membre participant ou du revenu brut du couple (dans ce cas, la somme des revenus bruts est divisée par deux).

Une assiette de cotisation minimale (plancher) et une assiette de cotisation maximale (plafond) sont appliquées pour le calcul de la cotisation. Elles sont définies chaque année par le Conseil d'administration.

Si le membre participant n'a pas de revenu ou si ses revenus sont inférieurs à l'assiette de cotisation minimale, c'est celle-ci qui est appliquée. Si ses revenus sont supérieurs à l'assiette de cotisation maximale, c'est celle-ci qui est appliquée.

Pour le couple : l'assiette de cotisation est constituée de la moyenne des revenus du couple. Si cette moyenne est inférieure à l'assiette de cotisation minimale, c'est cette dernière qui devient l'assiette de cotisation du couple.

Si la moyenne des revenus du couple est supérieure à l'assiette de cotisation maximale, c'est l'assiette maximale qui devient l'assiette de cotisation du couple.

- **Fourniture des éléments nécessaires au calcul de l'assiette de cotisation, y compris lors d'un contrôle des revenus**

Le membre participant s'engage à informer la Mutuelle dans les meilleurs délais de toute évolution du revenu ainsi que, le cas échéant, de l'évolution du revenu de son conjoint.

En cas de changement de situation du membre participant ou de son conjoint, La date de prise en compte des revenus par la Mutuelle est le premier jour du mois suivant ce changement.

Si un membre participant ne fournit pas les éléments nécessaires à l'établissement de son assiette de cotisation, l'assiette retenue sera l'assiette maximale déterminée chaque année par le Conseil d'administration.

D'autre part, la Mutuelle se réserve le droit de contrôler la réalité des déclarations de revenus faites par le membre participant pour lui-même ou pour son conjoint ou concubin bénéficiaire.

3) Réactualisation de la cotisation lors d'un décès

Si c'est le membre participant du couple cotisant qui décède, le bénéficiaire survivant devra remplir un bulletin d'adhésion pour devenir membre participant et intégrer la couverture individuelle de son choix.

Lors du décès du conjoint (ou assimilé), constituant un couple cotisant avec le membre participant, la cotisation basée sur le revenu devra être modifiée comme précisée ci-après.

Durant la période nécessaire à la réactualisation de la cotisation, qui ne doit pas dépasser six mois, le revenu pris en compte est celui du conjoint survivant, majoré de 30 % du revenu du conjoint décédé :

- sans rétroactivité pendant la durée de la période de réactualisation, si le nouveau revenu de l'adhérent entraîne une cotisation plus importante,
- avec rétroactivité pendant la durée de la période de réactualisation, si le nouveau revenu entraîne une cotisation moins importante.

Sans justificatifs au septième mois, ce sera l'assiette de cotisation maximum qui sera appliquée pour le calcul de la cotisation.

II-1-3. Révision de la cotisation forfaitaire et de la cotisation mixte

Conformément aux dispositions de l'article 37 des Statuts, le Conseil d'administration peut procéder à la révision, au 1^{er} janvier de chaque année, des cotisations chaque année en fonction :

- du coût du risque des couvertures santé,
- de l'estimation des dépenses de prestations, des frais de gestion évalués chaque année pour l'année suivante et des taxes en vigueur,
- du revenu utilisé pour l'assiette des cotisations,
- des effectifs des membres participants et ayants droit protégés.

Le Conseil d'administration rend compte, lors de l'Assemblée générale annuelle, des décisions qu'il prend en matière de révision de la cotisation.

1) Modalité de révision des cotisations forfaitaires

Au 1^{er} janvier de chaque année, le montant forfaitaire peut faire l'objet d'une réévaluation.

2) Modalités de révisions des cotisations mixtes

Pour les membres participants entrants dans les 4^{ème} et 5^{ème} tranches d'âge, l'assiette des cotisations mixtes évolue en fonction de la variation des pensions et retraites de la Sécurité sociale sur la base de l'indice CNAVTS constaté en année N pour l'année N+1.

La révision des revenus bruts et la révision de l'assiette du plancher et du plafond de la cotisation s'appliquent au 1^{er} janvier de chaque année.

ARTICLE II-2. : Règlement des cotisations

Tous les membres participants peuvent régler leurs cotisations au choix : par prélèvement automatique (SEPA) ou par chèque bancaire. Le paiement des cotisations peut être fractionné soit au trimestre, soit au mois.

Les échéances des dates de paiement des cotisations dépendent de la périodicité de paiement choisie. Dans le cas d'un paiement trimestriel, la cotisation est payable par chèque. Le premier paiement doit intervenir avant tout rappel de la Mutuelle dès réception du courrier ou courriel avisant le membre participant de la date d'effet d'adhésion, au prorata du trimestre restant à courir. Dans le cas d'un paiement mensuel, la cotisation est payable par prélèvement automatique, le 15 de chaque mois, à raison d'1/12^{ème} de la cotisation annuelle.

ARTICLE II-3. : Restitution de cotisation

Si le membre participant, ou l'un de ses ayants droit, démissionne pour rejoindre un contrat collectif obligatoire, dans la mesure où la demande est accompagnée d'un justificatif datant au maximum de deux mois après la date d'adhésion au contrat collectif, la Mutuelle remboursera au membre participant 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.

De même, en cas de résiliation suite à l'envoi de l'avis d'échéance annuelle ou de modification du risque, telle que prévue à l'article I.2.5 2° et 3° ci-avant, la Mutuelle remboursera au membre participant 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.

En cas de décès d'un membre participant, la Mutuelle remboursera, s'il y a lieu, la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date à laquelle la Mutuelle en a été avisée du décès.

Aucune restitution ne pourra excéder deux mois de cotisation et sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'actes de soins effectués pendant cette période.

ARTICLE II-4. : Régularisation des revenus - Incidence sur les cotisations

Il est procédé à une régularisation du montant des revenus constituant l'assiette des cotisations au 1^{er} jour du mois suivant la réclamation par écrit du membre participant ou celle de la Mutuelle après notification au membre participant :

- En cas de changement de situation avec ou sans changement de couverture,
- En cas de différence avérée entre les revenus bruts de l'adhérent et ceux retenus dans la base de la Mutuelle
- En cas d'anomalie au niveau de la déclaration des revenus pour le calcul des cotisations.

La modification des revenus sera effectuée le 1^{er} jour du mois suivant la réclamation du membre participant ou celle de la Mutuelle après notification au membre participant.

Si une régularisation des cotisations doit intervenir, elle ne pourra concerner que les douze mois précédents à compter de la réclamation du membre participant, ou à compter de la notification de la réclamation de la Mutuelle au membre participant, le cachet de La Poste faisant foi.

Si le membre participant ne veut pas régulariser sa situation, le Conseil d'administration statuera sur son exclusion.

ARTICLE II-5. : Délai de forclusion et de réclamation

Sauf cas fortuit ou cas de force majeure :

Les demandes de paiement des prestations doivent, sous peine **de forclusion**, être présentées complètes dans un délai maximum de deux ans à compter de la date d'édition du bordereau de la Sécurité sociale, ou de l'événement qui y donne naissance.

Les réclamations se rapportant :

- au paiement des prestations doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date de traitement du dossier,
- au calcul des cotisations doivent être présentées dans le délai maximum d'un (1) mois à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Les documents relatifs aux prestations sont archivés par la Mutuelle pendant deux ans à partir de la date de paiement.

ARTICLE II-6. : Non-paiement des cotisations – Résiliation à l'initiative de la Mutuelle

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-7 du Code de la mutualité, dans le cadre des opérations individuelles, à défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance et, indépendamment du droit pour la Mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement contractuel en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure du membre participant. Au cas où la cotisation annuelle aurait été fractionnée, la suspension de la garantie intervenue en cas de non-paiement d'une fraction de cotisation produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La Mutuelle a le droit de résilier les garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévus à l'alinéa précédent.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé, qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut du paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

La garantie non résiliée reprend, pour l'avenir, ses effets à midi le lendemain du jour où sont payées à la Mutuelle la cotisation 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 poursuite et recouvrement.

ARTICLE II-7. : Modification des données personnelles

Le membre participant doit communiquer par écrit ou par le biais du site internet à la Mutuelle, pour lui-même et ses ayants droit, tout changement qui pourrait intervenir dans son état civil, sa situation familiale, son adresse, ses coordonnées bancaires et sa situation vis à vis de l'Assurance Maladie obligatoire ou de sa complémentaire santé, par courrier mentionnant son numéro d'adhésion accompagné des pièces justifiant les modifications dans le délai d'un (1) mois à compter de la date à laquelle le changement a pris effet.

TITRE III

Obligations de la Mutuelle

Le présent règlement mutualiste est conforme aux contrats responsables et solidaires au sens notamment des dispositions de l'article L.871-1 du Code de la Sécurité Sociale et des articles R.871-1 et R.872-2 de ce même code, telles qu'issues notamment de la Loi n°2004-810 du 13 août 2004 et de ses décrets d'application.

ARTICLE III-1. : Prestations accordées par la Mutuelle

III-1.1. Principes de remboursement

La participation de la Mutuelle ne peut porter que sur des actes réellement effectués et qui interviennent postérieurement à l'adhésion. Ces actes sont définis d'une façon générale à l'article III-2.1 du présent règlement.

Le remboursement des dépenses de maladie par la Mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective du membre participant. En aucun cas le remboursement total (remboursement Sécurité sociale + éventuellement remboursement d'un organisme tiers + remboursement de la Mutuelle) ne devra dépasser les frais réels.

Les décomptes de remboursement sont envoyés par courriel, sauf si le membre participant demande que ceux-ci soient envoyés par voie postale. Ils sont alors envoyés trimestriellement.

1. Le régime obligatoire (RO) désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'assurance maladie. Les taux mentionnés au titre du RO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle, ...). Le remboursement total perçu par le membre participant (Mutuelle + RO) sera identique quel que soit le taux appliqué par le RO.

2. Prestations dépendantes du tarif conventionné de la Sécurité sociale

La Mutuelle verse des prestations sur justificatifs fournis par le régime obligatoire d'assurance maladie (ou assimilé), sauf exception précisée dans le tableau détaillé des prestations (*voir annexe 1*).

3. Prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins

Les dépassements d'honoraires des médecins font l'objet d'une prise en charge par la Mutuelle, lorsque le niveau de garantie choisi par le membre participant le prévoit.

La prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins est différenciée pour les médecins adhérents à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) et pour les médecins n'adhérant pas au dispositif. Si le médecin n'est pas adhérent au DPTAM, la prise en charge des dépassements est plafonnée et soumise aux limites prévues par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale.

En consultant un médecin adhérent au DPTAM, le membre participant bénéficie d'un meilleur remboursement des actes et consultations par la Sécurité sociale. Pour connaître les médecins adhérent à un DPTAM, il est possible de consulter le site www.ameli-direct.ameli.fr

Le Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée (DPTAM) est un terme générique visant les différents dispositifs ayant pour objet la maîtrise des dépassements d'honoraires des professionnels de santé conventionnés.

Sont notamment concernés les médecins ayant adhéré au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) ou ayant choisi l'Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM/OPTAM-CO). Le CAS, l'OPTAM/OPTAM-CO sont ouverts aux médecins exerçant en secteur 2 et à certains médecins du

secteur 1 (médecins de secteur 1 titulaires du droit permanent à dépassement ou disposant des titres leur permettant d'accéder au secteur 2).

L'OPTAM-CO vise de manière spécifique les médecins exerçant une spécialité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique.

4. Remboursement de frais engagés auprès d'un praticien non conventionné

Le remboursement effectué par la Mutuelle est identique à celui qu'elle aurait effectué pour un praticien conventionné.

5. Remboursement de frais engagés à l'étranger par des bénéficiaires affiliés au RO français

Ces remboursements seront effectués sur la base des prestations servies par la mutuelle, sur justificatifs.

6. Ouverture des droits et date des soins

Les prestations ne peuvent être versées que pour des actes dispensés ou des frais engagés pendant la période durant laquelle les droits sont ouverts.

Le droit aux prestations est ouvert pour l'ensemble des bénéficiaires dès la date de prise d'effet de l'adhésion (article I-2.2), dans les limites prévues à l'article III-2 du présent règlement.

Le droit aux prestations prend fin, conformément aux dispositions de l'article III-2.2. du présent règlement.

Aucune prestation de la couverture santé ne peut être servie pendant les périodes de suspension visées l'article III-2.1. du présent Règlement.

Pour bénéficier des prestations servies par la Mutuelle, les membres participants et bénéficiaires doivent être à jour de leurs cotisations.

La date prise en compte pour le remboursement d'une prestation est la date de soins inscrite sur le décompte de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Si la prestation n'est pas remboursée par l'Assurance Maladie, la date prise en compte sera celle des soins, portée sur chaque facture.

Dans le cadre de l'orthodontie ou tout autre acte en série, en cas de radiation ou d'adhésion en cours de semestre, le remboursement sera proratisé sur le nombre de mois cotisé durant le semestre de soins.

III-1.2. Les couvertures santé

Le présent règlement mutualiste a pour objet d'assurer un remboursement complémentaire des prestations versées par le Régime Obligatoire.

Ce remboursement complémentaire est garanti pour les frais médicaux exposés durant la période de validité de l'adhésion en cas de maladie, d'accident ou de maternité survenus durant cette même période dans la limite des frais réels engagés.

La Mutuelle propose à ses membres participants et leur famille, trois couvertures santé :

- 1^{er} niveau : « *L'Essentiel* » (entrée de gamme)
- 2^{ème} niveau : « *Confort* » (moyenne de gamme)
- 3^{ème} niveau : « *Grand Confort* » (haut de gamme)

Et en application de la Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU), la Mutuelle propose également à ses membres :

- Une couverture CMU-complémentaire (CMU-C) ;
- Un contrat de sortie de CMU-C.

Lorsqu'une prestation est plafonnée par an, il faut entendre par année civile.

Il n'y a pas de remboursement de la Mutuelle lorsqu'une prestation est déclarée non prise en charge par le RO (NPEC) ou non remboursée par le RO (NRRO), sauf dispositions contraires précisées dans le présent règlement.

Domaines de prestations communs à toutes les couvertures santé avec des niveaux de remboursements différents :

1. Frais médicaux courants, pharmaceutiques, soins dentaires, chirurgicaux, hospitalisation, optique, consultations et visites des généralistes et spécialistes etc.

La Mutuelle prend en charge les consultations et visites des généralistes et spécialistes ainsi que les honoraires des praticiens dans les établissements conventionnés (*voir annexe 1*).

2. Consultation et visite spécialistes et neuropsychiatres

Les remboursements des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins (CAS) ou n'ayant pas adhéré à un Dispositif de Pratique Maîtrisée (DPTAM) sont inférieurs à ceux des médecins l'ayant signé (*voir annexe 1*).

3. Dentaire

Pour toutes les couvertures, les travaux dentaires pris en compte doivent être cotés par le professionnel de santé conformément aux nomenclatures en vigueur.

La Mutuelle ne rembourse pas les travaux dentaires non pris en charge par le régime obligatoire dans la nomenclature sauf exceptions dûment spécifiées dans *l'annexe 1* du présent règlement.

La participation de la mutuelle sur tout ou partie des travaux dentaires non pris en charge et non remboursés par le Régime Obligatoire ne sera acquise, qu'après contrôle du service dentaire de la Mutuelle, sur présentation par le membre participant d'un devis du chirurgien-dentiste conforme au devis conventionnel en vigueur et de la facture acquittée.

Si le montant des travaux dentaires excède **3 000 euros** (frais réels), la participation sur tout ou partie des travaux dentaires pris en charge et remboursés par le Régime obligatoire ne sera acquise que sur présentation par le membre participant d'un devis du chirurgien-dentiste conforme au devis conventionnel en vigueur.

La Mutuelle peut soumettre les dossiers à l'avis d'un chirurgien-dentiste consultant qui pourra procéder au contrôle des travaux, quelle que soit la nature des soins, sans que l'adhérent ne puisse s'y opposer sous peine de se voir refuser son remboursement par la Mutuelle.

Limitation des remboursements :

Les remboursements dentaires (hors soins courants) des membres participants et des ayants-droit, sont plafonnés (en année glissante) à :

- 2 500 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion
- 3 500 € pour les 12 mois suivants.

4. Optique

Le décret 2014-1374 du 18 novembre 2014 concernant l'encadrement des contrats responsables impose les dispositions suivantes :

- Limitation du nombre d'équipements :

Les garanties de la Mutuelle s'appliquent, s'agissant des lunettes, aux frais exposés pour l'acquisition d'un équipement composé de deux verres et d'une monture, par période de vingt-quatre (24) mois. Toutefois, pour les mineurs ou en cas de renouvellement de l'équipement justifié par une évolution de la vue, elles s'appliquent pour les frais exposés pour l'acquisition d'un équipement par période d'un an.

Pour les bénéficiaires présentant un déficit de vision de près et un déficit de vision de loin, et ne pouvant ou ne souhaitant pas porter de verres progressifs ou multifocaux, la garantie du présent règlement couvre une prise en charge de deux équipements sur une période de deux ans corrigeant chacun un des deux déficits mentionnés ci-dessus. La règle de couverture est alors applicable à chacun des équipements considérés individuellement.

- **Plafond de remboursement :**

Le montant total des remboursements de la Mutuelle pour un équipement comprenant deux (2) verres et une monture, incluant le remboursement du ticket modérateur et de la part complémentaire, ne pourra excéder les plafonds institués dans le cadre du décret précité. Les montants des plafonds optiques sont annexés au Règlement Mutualiste (*voir annexe 1*).

À tout moment, la Mutuelle peut réclamer la facture acquittée par le membre participant.

5. Hospitalisation médicale ou chirurgicale

Les journées d'hospitalisation médicale et les forfaits hospitalisation, sont pris en compte, notamment dans un sanatorium, un centre de rééducation fonctionnelle, un établissement psychiatrique dans lequel le séjour est motivé par un traitement curatif, une maison d'enfants à caractère sanitaire (centre hélio marin, aérium, colonie sanitaire).

Le lit accompagnant d'un bénéficiaire de plus de douze (12) ans est limité à quinze (15) jours par an.

Le remboursement des chambres particulières individuelles en établissement psychiatrique ne peut :

- dépasser 30 jours par an la 1^{ère} année d'adhésion,
- dépasser 60 jours par an la 2^{ème} année d'adhésion,
- dépasser 90 jours par an pour l'ensemble des bénéficiaires, dès la 3^{ème} année d'adhésion.

Les Frais de séjour en établissement conventionné ou agréé sont pris en charge par la Mutuelle de la façon suivante :

- Remboursement RO = 80% BRSS.
- Remboursement Mutuelle = 20% BRSS.
- Remboursement total RO + Mutuelle = 100% BRSS (*Voir annexe 1*).

La BRSS est la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale. Il s'agit du tarif servant de référence à l'assurance maladie obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. Il peut encore être dénommé « tarif de responsabilité ».

6. Audioprothèses

La prise en charge est limitée à deux (2) prothèses auditives tous les quatre (4) ans.

7. Exceptions ouvrant droit aux prestations de la mutuelle non remboursée par le RO :

Les prestations suivantes sont prises en charge par la Mutuelle, dans les conditions et limites mentionnées dans le détail des prestations par couverture énoncées dans *l'annexe 1* du présent Règlement :

- Ostéopathie ;
- Chiropractie ;
- Parodontie, gingivectomie, inlays/onlays « cores » ou clavettes, prothèses sur implants, implants, orthodontie ;
- Lentilles cornéennes ;
- Chirurgie ophtalmique ;
- Vaccins ;
- Examens de sensibilité osseuse ;
- Certaines pilules contraceptives.

III-1.3. Modification des montants des prestations assurées par la Mutuelle

Les prestations pourront être augmentées ou diminuées, chaque fois que les horaires médicaux, les frais médicaux, les tarifs de responsabilité ou les taux de remboursement des Régimes Obligatoires de Sécurité sociale varieront en application de la réglementation en vigueur.

Les prestations libellées en euros pourront de plus être réactualisées au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'indice INSEE calculé sur douze mois glissants, arrêté au mois de juin de chaque année.

ARTICLE III-2 : Suspension et cessation des garanties

III-2.1. Suspension des garanties

Le droit à prestations est suspendu à l'issue des trente (30) jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, en cas de non-paiement des cotisations aux échéances prévues, conformément à l'article II-6. ci-avant. En cas de régularisation du compte, les garanties reprennent leurs effets pour l'avenir, à midi, le lendemain du jour suivant le paiement de l'intégralité des cotisations dues. D'une façon générale, aucune prestation n'est due pour tous soins, toutes interventions ou hospitalisations intervenus ou survenus pendant la période de suspension.

III-2.2. Cessation des garanties

Les garanties assurées par la Mutuelle prennent fin :

- en cas de décès du membre participant à la date à laquelle la cotisation cesse d'être due, conformément à l'article II-1.1. ci-avant. Dans ce cas, les garanties prennent fin également à l'égard des Ayants droit du membre participant ;
- en cas de résiliation dans les conditions exposées à l'article I-2.5 du présent Règlement
- en cas de non-paiement de la cotisation (article II-5. du présent Règlement) ;
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à la Mutuelle, conformément à l'article L. 211-9 du Code de la Mutualité.

Il peut également être mis fin à l'adhésion dans les conditions fixées à l'article I-2.5. 3° du présent Règlement.

ARTICLE III-3 : Exclusions

Les garanties du présent Règlement mutualiste dit « responsable » ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;
- les pénalités résultant du non-respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraires dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

En tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE III-4 : Contrôle médical

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à un contrôle médical effectué par son médecin-conseil, un dentiste ou tout professionnel de santé de son choix, tout bénéficiaire qui formule une demande ou bénéficie de prestations au titre du présent Règlement, ce dernier pouvant se faire assister par tout professionnel de santé de son choix. En cas de refus du Bénéficiaire de se soumettre à ce contrôle, les actes ne donneront pas lieu à prise en charge de la part de la Mutuelle

ARTICLE III-5 : Carte mutualiste de tiers payant

En fonction des garanties souscrites, le tiers payant est un dispositif permettant de dispenser le membre participant et ses ayants droit de faire l'avance de frais auprès des professionnels de santé, grâce à un règlement mis en œuvre directement entre le professionnel de santé et la Mutuelle.

La carte de mutualiste de tiers payant est adressée au début de chaque année à tous les membres participants.

Elle est à restituer à la Mutuelle dès que la personne ne remplit plus la qualité de membre participant.

TITRE IV

Subrogation

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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.

TITRE V

Information des membres participants

Chaque membre participant reçoit de la Mutuelle : un exemplaire des Statuts, du Règlement Mutualiste et du Règlement Intérieur.

Les modifications du Règlement mutualiste, dont notamment les modifications des montants ou des taux de cotisation, ainsi que des prestations offertes adoptées par le Conseil d'administration, sont notifiées aux membres participants ou honoraires et sont applicables dès cette notification.

Chaque membre participant est informé :

- des services et établissements d'action sociale gérés par la Mutuelle et de ceux auxquels ils peuvent avoir accès en vertu des conventions passées en application du Livre III du Code de la Mutualité ;
- des organismes auxquels la Mutuelle adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.

TITRE VI

DISPOSITIONS DIVERSES

ARTICLE VI-1. : Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes les actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code de la Mutualité :

Article L. 221-11 du Code de la Mutualité : toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux (2) 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 du membre participant ou de l'Ayant droit contre la Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Article L. 221-12 du Code de la Mutualité : la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le Bénéficiaire ou l'Ayant droit à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

** Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code de la Mutualité.*

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- L'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé ;
- Une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution à un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire, ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

ARTICLE VI-2. : Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions de l'article L. 223-1 du Code de la consommation, le membre participant est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10300 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet au membre participant de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique.

En tout état de cause, l'inscription sur cette liste n'interdit pas à la Mutuelle de démarcher téléphoniquement le membre participant en cas de relations contractuelles préexistantes, conformément à l'article L223-1 du Code de la consommation.

ARTICLE VI-3. : Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

La Mutuelle s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux. À ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente, les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou participent au financement du terrorisme.

ARTICLE VI-4. : Informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies au titre des demandes d'adhésion sont exclusivement utilisées dans le cadre des activités de la Mutuelle. Elles sont destinées à la Mutuelle en tant que responsable du traitement, et, éventuellement, aux mandataires, partenaires, sous-traitants et/ou aux réassureurs de la Mutuelle.

Elles sont régies par la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de recherche scientifique ou historique, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et, sauf opposition, à des fins commerciales, compte tenu du dernier alinéa de l'article VI-2. ci-avant.

La Mutuelle prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles.

Chaque membre participant ainsi que leurs ayants droit, figurant sur tout fichier informatique à l'usage de la Mutuelle, de ses mandataires, ses réassureurs ou ses partenaires et sous-traitants disposent d'un droit de communication, de rectification, de portabilité de ses données personnelles, ou encore d'un droit de retrait de son consentement à l'utilisation de ces données ainsi que d'un droit d'opposition et d'effacement pour des motifs légitimes à propos de toute donnée les concernant, en s'adressant à l'adresse du siège de la Mutuelle, 122 rue de Javel - 75015 Paris et en joignant à votre demande la copie d'un justificatif de votre identité.

En outre, les membres participants ainsi que leurs ayants droit ont la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de leurs données à caractère personnel applicables après leur décès.

Les données à caractère personnel ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la finalité de leur traitement, sous réserve du respect des délais de conservation rendus nécessaires par la loi (notamment par l'effet des prescriptions légales).

ARTICLE VI-5. : Fraude – Déclaration fautive ou inexacte

En cas de fraude ou de fautive déclaration d'un membre participant, comme précisé ci-après, ce dernier est informé des faits constatés et invité à fournir des explications. La Mutuelle peut alors prononcer l'annulation des droits aux prestations et poursuivre le membre participant.

La Mutuelle se réserve le droit de radier ou d'exclure tout membre participant qui aura causé ou tenté de causer volontairement à la Mutuelle un préjudice dûment constaté selon les modalités définies par les Statuts.

1. En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par le membre participant, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, causant un préjudice à la Mutuelle, le membre participant peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code de la Mutualité :

- En cas de mauvaise foi : nullité de la garantie (article L. 221-14 du Code de la Mutualité) ;
- Lorsque la mauvaise foi n'est pas établie : réduction du montant des prestations garanties ou augmentation de la cotisation correspondante acceptée par le membre participant (article L. 221-15 du Code de la Mutualité).

2. En cas de fraude ou tentative de fraude avérée, causant un préjudice à la Mutuelle, pour obtenir des prestations indues, la Mutuelle peut également procéder à la résiliation du Contrat. La résiliation prendra effet dès sa notification.

La notification sera communiquée au membre participant par lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Mutuelle au dernier domicile connu.

En cas d'utilisation frauduleuse de la carte d'Adhérent ou de tout autre document mentionnant ses droits aux prestations, la Mutuelle se réserve le droit de poursuivre l'auteur de cette utilisation pour le remboursement des sommes versées indûment pour son compte.

L'usage frauduleux s'entend ici de l'utilisation par un membre participant non à jour de cotisations, agissant en connaissance de cause dans le but d'obtenir indûment le paiement des prestations garanties par la Mutuelle aux seuls membres participants justifiant du paiement régulier de leurs cotisations.

ARTICLE VI-6. : Réclamation, conciliation et médiation

En cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation des Statuts, du Règlement Intérieur et du Règlement Mutualiste, le membre participant, et le cas échéant ses ayants droit, doit suivre la procédure de formalisation des réclamations accessible sur le site internet <https://www.mmei.fr> ou sur demande auprès de la Mutuelle. Toute réclamation doit être formulée dans le délai deux (2) ans à compter de l'évènement qui y a donné naissance et comporte trois (3) niveaux de réclamations, le troisième niveau permettant un recours au service d'un conciliateur désigné par le Conseil d'administration de la Mutuelle.

Le dossier constitué des éléments indispensables à l'examen de la prétention est à adresser sous pli recommandé avec avis de réception à :

M.M.E.I. - A l'attention du Conciliateur
122 rue de Javel
75015 Paris
e-mail : conciliateur@mmei.fr

En cas d'échec de traitement par ce premier conciliateur, le membre participant peut saisir le Médiateur de la consommation de la FNMF. Le dossier constitué des éléments indispensables à

l'examen de la prétention est à adresser sous pli recommandé avec avis de réception à l'adresse suivante :

Monsieur le Médiateur de la consommation
FNMF
255 rue de Vaugirard
75719 Paris Cedex 15
e-mail : mediation@mutualite.fr

À tout moment au cours du déroulement de la procédure de réclamations, sans passer au préalable par la saisine du Conciliateur, à condition d'avoir formulé au préalable une réclamation initiale par écrit dans le cadre de la procédure de formulation des réclamations, le membre participant peut saisir directement le Médiateur de de la FNMF, dans le délai d'un an compter de cette réclamation écrite initiale.

Cette saisine du Médiateur doit être faite via le formulaire figurant sur le site internet :

<https://www.mediateur-mutualite.fr>

Ce dernier, après avoir vérifié le respect de la procédure de réclamation interne, examinera la demande du membre participant et rendra un avis en toute équité et en toute indépendance.

ARTICLE VI-7. : Contrôle de la Mutuelle

Conformément aux dispositions du Code de la mutualité, l'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle preneur des garanties du présent règlement, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), située au 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS Cedex 09.

ARTICLE VI-8. : Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions sera déterminée conformément à l'article L. 225-2 du Code de la Mutualité.

DÉTAIL DES PRESTATIONS PAR COUVERTURE - ANNÉE 2019 -

TYPE DE PRESTATION		Remboursement Régime Obligatoire	L'Essentiel		Confort		Grand Confort	
			MMEI**	RO + MMEI	MMEI**	RO + MMEI	MMEI**	RO + MMEI
Médecine ⁽¹⁾	- généralistes	Adhérent à l'OPTAM	30% BRSS	100% BRSS	50% BRSS	120% BRSS	80% BRSS	150% BRSS
		Non adhérent à l'OPTAM	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	60% BRSS	130% BRSS
	spécialistes et neuropsychiatre	Adhérent à l'OPTAM	50% BRSS	120% BRSS	80% BRSS	150% BRSS	150% BRSS	220% BRSS
		Non adhérent à l'OPTAM	30% BRSS	100% BRSS	60% BRSS	100% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
Petites interventions	- hors hospitalisation	Adhérent à l'OPTAM	50% BRSS	120% BRSS	110% BRSS	180% BRSS	130% BRSS	200% BRSS
		Non adhérent à l'OPTAM	30% BRSS	100% BRSS	90% BRSS	160% BRSS	110% BRSS	180% BRSS
Soins externes	- prélèvements - analyses - soins infirmiers	60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
	- radiologie	Adhérent à l'OPTAM	30% BRSS	100% BRSS	55% BRSS	125% BRSS	80% BRSS	150% BRSS
		Non Adhérent à l'OPTAM	30% BRSS	100% BRSS	35% BRSS	105% BRSS	60% BRSS	130% BRSS
	- soins des auxiliaires médicaux	60% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS	40% BRSS	100% BRSS
	- ostéopathie, chiropractie et étiothérapie non remboursées par le RO	néant	25,28€ par séance / plaf. ann. 101,12€		28,59€ par séance / plaf. ann. 114,36€		32,97€ par séance / plaf. ann. 131,88€	
	- kinésithérapie selon la méthode Mézières ou Bousquet non remboursée par le RO (par bénéficiaire)	néant	8,80€ par séance / plaf. ann. 88,00€		11,00€ par séance / plaf. ann. 110,00€		13,20€ par séance / plaf. ann. 132,00€	
Pharmacie / pansements	- médicaments	30% / 65%	70% / 35%	100% BRSS	70% / 35%	100% BRSS	70% / 35%	100% BRSS
	- soins dentaires PEC RO (SDE, END, AXI)	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS
Dentaire ⁽²⁾	- Inlay onlay PEC RO (INO)	70% BRSS	80% BRSS	150% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	480% BRSS	550% BRSS
	- Parodontie PEC RO (TDS)	70% BRSS	80% BRSS	150% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	480% BRSS	550% BRSS
	- Parodontie ou autre NPEC RO (TDS)	néant	36,80€ par acte / plaf. ann. 220,80€		73,61€ par acte / plaf. ann. 441,66€		110,43€ par acte / plaf. ann. 662,58€	
	- Prothèse dentaire, couronne sur implant, inlay onlay core et à clavette PEC RO (PAR, PAM, PFC, PFM, IMP, RPN, PDT, ICO)	70% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	355% BRSS	425% BRSS
	- Prothèse dentaire ou couronne sur implant NPEC RO (PFC, PFM, IMP) hors prothèse sur dent vivante	néant	200% BRSS	200% BRSS	300% BRSS	300% BRSS	425% BRSS	425% BRSS
	- Prothèses provisoires ou transitoires PEC RO	70% BRSS	130% BRSS	200% BRSS	230% BRSS	300% BRSS	10% du remboursement (RO + Mutuelle) de la prothèse définitive -70%	10% du remboursement (RO + Mutuelle) de la prothèse définitive
	- Prothèses provisoires ou transitoires NPEC RO	néant	10% du remboursement (RO + Mutuelle) de la prothèse définitive		10% du remboursement (RO + Mutuelle) de la prothèse définitive		10% du remboursement (RO + Mutuelle) de la prothèse définitive	
	- Orthodontie PEC RO ⁽³⁾	100% BRSS	50% BRSS	150% BRSS	100% BRSS	200% BRSS	145% BRSS	245% BRSS
	- Orthodontie NPEC RO ⁽³⁾	néant	100% BRSS	100% BRSS	150% BRSS	150% BRSS	200% BRSS	200% BRSS
	- Implants dentaires NR RO	néant	164,84€ l'implant plafond annuel 494,52€		329,64€ l'implant plafond annuel 988,92€		547,36€ l'implant plafond annuel 1 642,08€	
Optique ⁽⁴⁾	- Verre correcteur limité à 2 sur 2 années	60% BRSS	740% BRSS + 53,13€	800% BRSS + 53,13€	740% BRSS + 106,80€	800% BRSS + 106,80€	740% BRSS + 144,18€	800% BRSS + 144,18€
	- Monture limitée à 1 sur 2 années	60% BRSS	80,93€ - 60% BRSS	80,93 €	97,10€ - 60% BRSS	97,10 €	113,30€ - 60% BRSS	113,30 €
	- Lentilles cornéennes (plafond annuel)	60% BRSS	258,93€ - 60% BRSS	258,93 €	291,30€ - 60% BRSS	291,30 €	323,66€ - 60% BRSS	323,66 €
	- Lentilles cornéennes non remboursées par le RO (plafond annuel)	néant	258,93 €	258,93 €	291,30 €	291,30 €	323,66 €	323,66 €
	- chirurgie ophtalmique (forfait par œil)	néant	194,21 €	194,21 €	258,93 €	258,93 €	323,66 €	323,66 €
Prothèses	- auditives adulte (par oreille)	60% BRSS	480,53€ - 60% BRSS	480,53 €	747,48€ - 60% BRSS	747,48 €	1014,45€ - 60% BRSS	1 014,45 €
	- auditives enfant (par oreille)	60% BRSS	90% BRSS	150% BRSS	190% BRSS	250% BRSS	290% BRSS	350% BRSS
	- orthopédiques - appareillage	60% BRSS	90% BRSS	150% BRSS	190% BRSS	250% BRSS	290% BRSS	350% BRSS
Transport	- Frais de transport	65% BRSS	35% BRSS	100% BRSS	35% BRSS	100% BRSS	35% BRSS	100% BRSS

DÉTAIL DES PRESTATIONS PAR COUVERTURE - ANNÉE 2019 -

TYPE DE PRESTATION	Remboursement Régime Obligatoire	L'Essentiel		Confort		Grand Confort	
		MMEI**	RO + MMEI	MMEI**	RO + MMEI	MMEI**	RO + MMEI
- frais de séjour en établissement conventionné ou non, frais de salle d'opération	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS	20% BRSS	100% BRSS	20% BRSS	100% BRSS
- forfait journalier	néant	< frais réels >		< frais réels >		< frais réels >	
- honoraires des spécialistes/ Adhérent à l'OPTAM chirurgiens / anesthésistes / ATM	80% / 100%	70% / 50%	150% BRSS	120% / 100%	200% BRSS	140% / 120%	220% BRSS
- honoraires des spécialistes/ Non adhérent à l'OPTAM		50% / 30%	130% BRSS	100% / 80%	180% BRSS	120% / 100%	200% BRSS
- chambre particulière en hospitalisation (par jour)	néant	35,60 €	35,60 €	53,39 €	53,39 €	68,65 €	68,65 €
- chambre particulière en psychiatrie (par jour) ⁽⁵⁾	néant	35,60 €	35,60 €	53,39 €	53,39 €	68,65 €	68,65 €
- chambre en ambulatoire	néant	17,80 €	17,80 €	26,70 €	26,70 €	34,33 €	34,33 €
- lit d'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans (par jour)	néant	16,19 €	16,19 €	16,19 €	16,19 €	16,19 €	16,19 €
- lit d'accompagnant d'un bénéficiaire de plus de 12 ans (par jour) ⁽⁶⁾	néant	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €	15,00 €
Maternité		selon type d'actes		selon type d'actes		selon type d'actes	
- honoraires des spécialistes/ chirurgiens / anesthésistes au	80% à 100% BRSS						
- chambre particulière (par jour)	néant	35,60 €	35,60 €	53,39 €	53,39 €	68,65 €	68,65 €
Cures thermales							
- soins remboursés au titre de la cure	65% à 70% BRSS	35% / 30%	100% BRSS	35% / 30%	100% BRSS	35% / 30%	100% BRSS
- indemnité forfaitaire	néant	178,22 €	178,22 €	222,78 €	222,78 €	267,34 €	267,34 €
Maisons de repos et de santé							
- frais de séjour	80% BRSS	20% BRSS	100% BRSS	20% BRSS	100% BRSS	20% BRSS	100% BRSS
- forfait journalier si séjour en établissement conventionné	néant	< frais réels >		< frais réels >		< frais réels >	
- soins remboursés au titre séjour	65% à 70% BRSS	selon type d'actes		selon type d'actes		selon type d'actes	
- chambre particulière (par jour)	néant	35,60 €	35,60 €	53,39 €	53,39 €	68,65 €	68,65 €
Prévention							
- vaccin non remboursé par le RO (plafond par an)	néant	16,48 €		16,48 €		16,48 €	
- examen densitométrie osseuse non remboursé par le RO (1 examen/2 ans)	néant	maximum 43,95€		maximum 43,95€		maximum 43,95€	
- pilule contraceptive non remboursé RO (plafond par an)	néant	maximum 32,97€		maximum 32,97€		maximum 32,97€	
- examen densitométrie osseuse remboursé par le RO	70% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS	30% BRSS	100% BRSS

* Le régime obligatoire (RO) désigne le régime de l'assuré social vis-à-vis de l'assurance maladie. Les taux mentionnés au titre du RO sont ceux qui s'appliquent aux assurés du régime général, hors applications de taux particuliers (remboursement à 100%, régime particulier, régime Alsace-Moselle, ...). Attention, le remboursement total perçu par l'adhérent (RO + MMEI) sera identique quel que soit le taux appliqué par le RO de l'adhérent (cf. article III-1.1.1Bis du Règlement Mutualiste).

** Remboursement MMEI en pourcentage de la base de remboursement conventionnelle du régime obligatoire.

- (1) OPTAM : médecin qui adhère au dispositif Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées - NON OPTAM : médecin non adhérent au dispositif Option Pratiques Tarifaires Maîtrisées - OPTAM CO : Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstrétiqque.
- (2) Dentaire (hors soins courants) plafonné à 2 500 € pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion et 3 500 € pour les 12 mois suivants.
- (3) Prestation limitée à un traitement de 3 ans maximum, côté 540 TO au total.
- (4) Verres : 6 niveaux de remboursements sont fixés dans le cadre des contrats dits responsables. Selon le type de verres, la prise en charge minimum est de 50 € à 200 € et de 470 € à 850 € au maximum.
- (5) Chambre particulière en psychiatrie plafonnée à 30 jours pour les 12 premiers mois suivant la date d'adhésion, 60 jours pour les 12 mois suivants et 90 jours à compter de la 3ème année et pour l'ensemble des bénéficiaires.

PEC RO : pris en charge par le régime obligatoire, NPEC RO : non pris en charge par le régime obligatoire et NR RO : non remboursé par le régime obligatoire (acte non codifié par le RO)

Dans le respect des règles relatives au "contrat responsable", la MMEI ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire d'1 € sur tout acte médical ;
- la majoration du ticket modérateur et les dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins ;
- les médicaments remboursés à 15% par le régime obligatoire
- les franchises sur les médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires

Détail des cotisations par couverture et par tranche d'âge
applicables au 1^{er} janvier 2019

Cotisations 2019

Age de l'adhérent ⁽²⁾	L'Essentiel	Confort	Grand Confort
Cotisations mensuelles par adulte bénéficiaire (adhérent, conjoint ou concubin)			
de 16 à 35 ans	27,30€*	40,40€*	70,30€*
de 36 à 45 ans	32,00€*	51,40€*	79,70€*
de 46 à 55 ans	43,00€*	61,40€*	94,40€*
de 56 à 65 ans (revenu brut inférieur ou égal à 1089,00€)	8,40 €* + 2,41% revenu ⁽¹⁾	16,80 €* + 2,94% revenu ⁽¹⁾	23,60 €* + 4,83% revenu ⁽¹⁾
de 56 à 65 ans (revenu brut supérieur à 1089,00€)	8,40 €* + 2,41% revenu ⁽¹⁾	16,80 €* + 3,46% revenu ⁽¹⁾	23,60 €* + 4,83% revenu ⁽¹⁾
de 66 ans et plus (revenu brut inférieur ou égal à 1089,00€)	11,60 €* + 2,88% revenu ⁽¹⁾	21,00 €* + 2,99% revenu ⁽¹⁾	26,20 €* + 5,04% revenu ⁽¹⁾
de 66 ans et plus (revenu brut supérieur à 1089,00€)	11,60 €* + 2,88% revenu ⁽¹⁾	21,00 €* + 3,62% revenu ⁽¹⁾	26,20 €* + 5,04% revenu ⁽¹⁾
Cotisation mensuelle par enfant (jusqu'à 26 ans) <i>(gratuité à partir du troisième enfant ou ascendant à charge Sécurité sociale)</i>			
Quel que soit l'âge de l'adhérent	13,00€*	15,00€*	22,00€*

* Les cotisations fédérales ainsi que la cotisation annuelle MMEI Assistance sont incluses dans le montant forfaitaire de la cotisation.

(1) Le revenu pris en compte est composé des salaires ou pensions BRUTS :

- de l'adhérent,

- de l'adhérent et de son conjoint (si adhésion du couple). Dans ce cas le montant retenu est la somme des revenus divisée par deux.

Une assiette de cotisation minimale de **1 089,00 €** et une assiette de cotisation maximale de **2 681,00 €** sont appliquées selon l'article II-1-2 du Règlement Mutualiste.

(2) Le changement de tranche d'âge intervient au 1^{er} janvier de l'année civile des 36, 46, 56 et 66 ans.