

RÈGLEMENT MUTUALISTE GAMME TRADITIONNELLE



Mutuelle Interprofessionnelle et Familiale du Puy-de-Dôme
14, avenue Julien • 63038 Clermont-Ferrand cedex 1 • www.lamif.com
Tél. : 0 969 32 40 40 (appel non surtaxé) • Fax : 04 73 93 36 85 • email : info.mif@eovi.fr
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Registre national des mutuelles n°779 209 386



SOMMAIRE

DISPOSITIONS GENERALES	2
TITRE I : GENERALITES - DEFINITIONS.....	2
TITRE II : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE	5
CHAPITRE 1 : ADHESION.....	5
Section 1 : Adhésion	5
Section 2 : Radiation - Exclusion	9
Section 3 : Couverture Maladie Universelle (CMU).....	10
CHAPITRE 2 : COTISATIONS	11
Section 1 : Règlement - Montant	11
Section 2 : Modalités de paiement.....	12
Section 3 : Sanctions en cas de retard ou de non paiement.....	13
Section 4 : Exonération - réductions	14
CHAPITRE 3 : INFORMATION DE LA MUTUELLE	14
TITRE III : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS	15
CHAPITRE 1 : GARANTIES.....	15
Section 1 : Droit aux garanties des bénéficiaires	15
Section 2 : Ouverture des droits aux prestations et accès aux services	16
CHAPITRE 2 : PRESTATIONS	17
Section 1 : Prestations santé assurées par la mutuelle	17
Section 2 : Prestations en cas de décès	20
Section 3 : Prestations accordées par l'intermédiaire de contrats collectifs souscrits par la mutuelle auprès de prestataires externes	21
Section 4 : Prestations diverses.....	22
CHAPITRE 3 : MODALITES DE REMBOURSEMENT.....	22
DISPOSITIONS PARTICULIERES	25
TITRE IV : GARANTIES ACCORDEES.....	25

DISPOSITIONS GENERALES

TITRE I : GENERALITES - DEFINITIONS

Article 1 : **REFERENCE AUX STATUTS**

Le présent règlement mutualiste de la Mutuelle Interprofessionnelle et Familiale du Puy-de-Dôme est établi conformément aux dispositions de l'article 4 de ses statuts.

Il est soumis aux mêmes dispositions juridiques que celles régissant ces statuts.

Article 2 : **OBJET**

Le règlement mutualiste a pour objet de définir les modalités d'application des statuts et de préciser notamment diverses dispositions concernant les cotisations et les prestations.

Tous les adhérents sont tenus de se conformer au présent règlement mutualiste ainsi qu'aux statuts.

Article 3 : **DEFINITIONS**

Adhérent :

L'adhérent se définit comme étant celui qui a concrétisé son adhésion par la signature d'un bulletin d'adhésion.

Il s'agit donc du membre participant ainsi que des ayants-droit ayant adhéré séparément.

Bénéficiaires :

Personnes pouvant bénéficier des prestations prévues aux garanties souscrites qu'elles soient membres participants ou ayants-droit.

Bulletin d'adhésion :

Formulaire permettant de constater la souscription de la garantie et indiquant en particulier la nature de l'option choisie et la date d'effet de la couverture.

C.C.A.M. :

Classification Commune des Actes Médicaux.

CMU :

Couverture Maladie Universelle instituée depuis le 1^{er} Janvier 2000. La CMU permet aux adhérents disposant de revenus

inférieurs à un plafond fixé par l'Etat de bénéficiaire d'une couverture complémentaire gratuite.

Date d'effet de l'adhésion : Date à partir de laquelle l'adhérent est effectivement membre de la mutuelle.

Date d'effet des garanties : Date à partir de laquelle l'adhérent peut bénéficier du remboursement de ses prestations.

Date d'effet de la radiation : Date à partir de laquelle le remboursement de prestations correspondant à des actes pratiqués postérieurement à cette date n'est plus dû.

Détermination de l'âge : Dans tous les cas où il est fait appel à la notion d'âge, celui-ci est déterminé par différence entre le millésime de l'année civile en cours et l'année de naissance du bénéficiaire.

Echéance : Date à laquelle une fraction ou la totalité des cotisations doivent être réglées.

Enfants à charge : Enfants à charge âgés de moins de 21 ans, la limite étant portée à 25 ans, s'ils sont étudiants ou demandeurs d'emploi. Toute justification utile pourra être demandée.

Forclusion : Perte de la possibilité de faire valoir son droit au remboursement des prestations.

Mise en demeure : Réclamation effectuée auprès de l'adhérent ou du groupement signataire lorsque celui-ci n'a pas réglé une partie ou la totalité de ses cotisations à une échéance donnée. Elle prend la forme d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Organisme complémentaire : Organisme assurant une couverture complémentaire au régime de base.

Prescription : Document délivré par une autorité médicale et destiné à prescrire un traitement.

Régime de base : Organisme d'assurance maladie assurant la couverture obligatoire.

Règlement mutualiste :	Recueil des règles régissant les rapports entre l'adhérent et sa mutuelle, notamment en ce qui concerne leurs obligations réciproques. Ce document est remis à l'ensemble des souscripteurs à l'adhésion. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.
Renouvellement :	Quelle que soit la date d'adhésion et à l'exception des bénéficiaires CMU pour le régime complémentaire légal, la couverture de garanties est accordée jusqu'au 31 Décembre de l'année en cours. Son renouvellement intervient chaque année à compter du 1 ^{er} Janvier.
Souscripteur :	Personne physique ou morale ayant souscrit à une couverture de garanties.
Subrogation :	Substitution de la mutuelle à son adhérent dans son action pour obtenir le remboursement des prestations qui lui sont dues.
Substitution :	Dispositif légal permettant à une mutuelle de demander à un organisme tiers de se substituer à elle pour remplir ses obligations financières vis à vis de ses adhérents.
Suspension :	Dans certains cas, et notamment lorsque les cotisations n'ont pas été réglées, la garantie peut être suspendue. Aucun remboursement de prestations n'est dû pendant la période de suspension.
Stage :	Période pendant laquelle certaines prestations, voire la totalité, ne sont pas dues.
Statuts :	Recueil des règles générales de fonctionnement de la mutuelle. Ce document est remis à l'ensemble des souscripteurs à l'adhésion. Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer.
T.A.A. (T2A) :	Tarifcation à l'activité.

<i>Tacite reconduction :</i>	Permet à l'adhérent de ne pas devoir notifier chaque année à la mutuelle son souhait de poursuivre son adhésion l'année suivante et de la reconduire ainsi automatiquement.
<i>Tarif conventionnel :</i>	Tarif négocié entre certains professionnels de santé et les régimes de base. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.
<i>Tarif de responsabilité :</i>	Tarif de base de la sécurité sociale en l'absence de convention. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.
<i>Ticket modérateur :</i>	Différence entre le tarif 100 % sécurité sociale et le montant du remboursement versé par le régime de base.
<i>Tiers-payant :</i>	Système permettant aux adhérents d'être dispensés de faire l'avance de leurs frais. Dans ce cas, la part restant à leur charge est directement remboursée au tiers professionnel de santé ayant consenti la dispense.
<i>T.I.P.S. :</i>	Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires. Sert de référence pour le règlement des prestations complémentaires.

TITRE II : OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE

CHAPITRE 1 : ADHESION

Section 1 : Adhésion

Article 4 : DROIT D'ADHESION

Un droit d'adhésion peut être demandé aux adhérents indépendamment des cotisations versées en contrepartie des garanties assurées. Son montant est arrêté par l'Assemblée Générale.

Article 5 : **MODALITES D'ADHESION**

Lors de son adhésion, qui est obligatoirement familiale, le nouvel adhérent est tenu de remplir un bulletin d'adhésion, du modèle établi par la mutuelle, auquel il doit joindre une photocopie de sa carte de régime de base ou de l'attestation « VITALE ».

A partir de 41 ans, il doit également fournir, s'il était déjà couvert par un autre organisme complémentaire, un certificat de radiation indiquant la nature précise des garanties assurées ainsi que leur date de cessation.

Les membres d'une même famille doivent souscrire à la même option et bénéficier de garanties identiques.

On entend par famille, l'ensemble composé du membre participant et des ayants-droit qui lui sont rattachés.

Toutefois, il peut être dérogé à cette règle :

- si l'un des membres de la famille est garanti à 100 % par son régime de base ;
- si l'un des membres de la famille est garanti par un régime de base différent de celui des autres ;
- si l'un des membres de la famille est garanti dans le cadre d'un contrat de groupe.

Les enfants mineurs de moins de seize ans doivent adhérer avec au moins l'un de leurs parents.

Seuls les adhérents nouveaux ou anciens âgés de moins de 66 ans peuvent souscrire aux options « MALADIE » C3, C4, S4+, C5, et CD.

L'adhésion à la garantie S6+ n'est possible que jusqu'à 55 ans.

Les adhérents déjà titulaires d'une garantie maladie peuvent y accéder jusqu'à 65 ans.

Article 6 : **DATE D'EFFET DE L'ADHESION**

La date d'effet de l'adhésion est fixée au 16 du mois en cours si la demande d'adhésion est signée avant le 16 du mois et au premier jour du mois qui suit si la demande d'adhésion est signée après le 15 du mois. En l'occurrence, seule la date indiquée sur le bulletin d'adhésion fait foi.

Si le nouvel adhérent était couvert précédemment par un autre organisme complémentaire, la date d'effet de l'adhésion est fixée dans les mêmes conditions. Cependant, pour bénéficier de l'exonération de stage prévue à l'article 10 du présent règlement, l'adhésion doit être demandée dans les trois mois qui suivent la date de radiation.

A défaut, l'exonération de stage ne peut être accordée et la date d'effet des garanties en est donc reportée d'autant.

Article 7 : **CONSEQUENCES DE L'ADHESION**

L'adhésion ouvre à l'adhérent le droit de bénéficier des prestations accordées aux options choisies par lui pour tout événement qui se produit après sa date d'effet sous réserve des dispositions spécifiques concernant les stages telles que prévues à l'article 10 du présent règlement.

Article 8 : **ADHESION D'UN NOUVEAU NE OU D'UN ENFANT ADOPTE**

Pour l'adhésion d'un nouveau-né, ou dans le cadre d'une adoption, le père ou la mère de l'enfant, qui doit lui-même être adhérent de la mutuelle, doit fournir un extrait d'acte de naissance ou un justificatif d'adoption, et remplir un bulletin d'adhésion.

La date d'effet de l'adhésion d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté se situe le jour de sa naissance ou de son adoption, le bulletin d'adhésion devant parvenir à la mutuelle dans les six mois. Le nouveau-né ou l'enfant adopté doit être régulièrement inscrit à la mutuelle pour donner lieu au versement des prestations le concernant quelle que soit leur nature.

A défaut, la date d'effet de l'adhésion est reportée au premier jour du mois qui suit la demande.

Article 9 : **TACITE RECONDUCTION DE L'ADHESION**

Sauf demande de démission expresse formulée par l'adhérent au plus tard deux mois avant la date de renouvellement, l'adhésion est automatiquement reconduite pour l'année suivante.

Toutefois, conformément aux dispositions légales en vigueur pour les opérations individuelles à caractère non professionnel et notamment à la loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 dite Loi Chatel, l'adhérent a la faculté de ne pas se soumettre à ses obligations concernant la reconduction automatique de son adhésion s'il est informé des conditions d'exercice de son droit à radiation dans un délai inférieur à 15 jours précédant le début de son préavis. Dans ce cas, il dispose de 20 jours à compter de la date d'envoi de l'information (le cachet de la poste faisant foi) pour faire valoir ce droit. La radiation doit être demandée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 10 : **STAGE**

Les nouveaux adhérents âgés de 41 ans ou plus sont soumis à un stage de six mois. Les soins intervenus durant cette période ne peuvent donner lieu à aucun remboursement.

Par dérogation à ce qui précède, sont exonérés de stage les nouveaux adhérents âgés de 41 ans et plus, précédemment garantis par un autre organisme et ce pour les seuls risques déjà couverts antérieurement.

La date d'effet du stage se situe au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhésion prend effet.

Article 11 : **CHANGEMENT D'OPTION**

Tout changement d'option doit être demandé lors du renouvellement annuel de l'adhésion. Toutefois, une modification pourra être acceptée en cours d'année dans certains cas particuliers et notamment ceux évoqués à l'article 13, 2^{ème} alinéa ci-après.

Article 12 : **ASSOCIATION APPIMIF**

Sur leur demande, les membres des professions indépendantes peuvent être affiliés à l'Association de Prévoyance des Professionnels Indépendants Adhérents à la M.I.F. (APPIMIF). L'adhésion à cette association est nécessaire pour pouvoir bénéficier des avantages fiscaux prévus par la loi Madelin.

Section 2 : Radiation - Exclusion

Article 13 : MODALITES DE RADIATION

La demande de radiation doit être envoyée par l'adhérent à sa mutuelle par lettre recommandée avec accusé de réception (ou déposée par lui-même à un guichet de la mutuelle) en respectant les délais prévus à l'article 9.

Par ailleurs, l'adhérent pourra demander sa radiation en cours d'année en cas de survenance d'un des évènements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation ou de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle ;
- mise en place d'une couverture assurée à titre obligatoire dans son entreprise.

Le bénéfice de la radiation pourra lui être accordé lorsque la situation nouvelle met la mutuelle dans l'impossibilité de poursuivre ses engagements vis à vis de lui.

Dans ce cas, il devra retourner par lettre recommandée avec accusé de réception l'original de sa carte d'adhérent accompagné d'un justificatif attestant la modification intervenue ou déposer les documents à un guichet de la mutuelle au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la date de l'événement.

Article 14 : DATE D'EFFET DE LA RADIATION

D'une façon générale, la radiation prend effet :

- le 31 décembre à minuit de l'année en cours dans tous les cas à l'exception de ceux énumérés à l'article 13, 2^{ème} alinéa ;
- le 1^{er} jour du mois qui suit la demande de l'adhérent dans tous les autres cas.

En cas de décès, la radiation prend effet le premier jour du mois qui suit le décès.

Les ayants-droit ou les héritiers de l'adhérent décédé ou le groupement signataire bénéficient du remboursement intégral des cotisations déjà acquittées pour lui pour la période allant de la date d'effet de la radiation à la fin de l'année civile.

Article 15 : **CONSEQUENCES DE LA RADIATION**

La radiation ne donne droit à aucun remboursement de prestations pour les consultations, les actes chirurgicaux, les séjours en établissements, les délivrances de médicaments et plus généralement pour tous les actes pratiqués, pris pour leur totalité ou en partie seulement dont la date se situe postérieurement à la date d'effet de la radiation.

En cas de chevauchement (exemples : actes dentaires, massages, séjours en établissements...), seule sera remboursée la partie réalisée avant la date d'effet de la radiation.

La radiation en cours d'année, accordée pour les motifs énumérés à l'article 13, 2ème alinéa, donne droit au remboursement des cotisations au prorata des mois restant à courir jusqu'au 31 décembre.

Article 16 : **EXCLUSION**

Peuvent être exclus les adhérents qui auraient volontairement causé aux intérêts de la mutuelle un préjudice dûment constaté.

L'adhérent dont l'exclusion est proposée pour ce motif est convoqué par lettre recommandée devant le Conseil d'Administration pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés. S'il ne se présente pas au jour indiqué, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

L'exclusion ne donne droit à aucun remboursement de prestations pour des prescriptions dont la date se situe postérieurement à la décision notifiant l'exclusion ni à aucun remboursement de cotisations.

Section 3 : *Couverture Maladie Universelle (CMU)*

Article 17 : **DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX ADHERENTS CMU**

Les bénéficiaires CMU sont affiliés à la date où leur régime de base leur accorde le bénéfice de la Couverture Maladie Universelle et pour la durée pendant laquelle ils peuvent y prétendre.

Les dispositions concernant les modalités d'adhésion, de radiation et de stage mentionnées aux articles qui précèdent ne s'appliquent pas à cette catégorie de bénéficiaires pour la partie de couverture légale en vigueur.

CHAPITRE 2 : COTISATIONS

Section 1 : Règlement - Montant

Article 18 : ANNUALITE

Les cotisations sont dues pour l'année entière quelles que soient les modalités de paiement accordées.

Article 19 : REGLEMENT

Le règlement des cotisations doit s'effectuer en début d'année et dans tous les cas avant le 31 Janvier par virement, chèque bancaire, chèque postal ou en espèces aux guichets du siège de la mutuelle et de toutes ses agences.

Si le montant annuel des cotisations est supérieur à 150 €, les adhérents peuvent choisir le paiement fractionné selon les modalités précisées à l'article 22 du présent règlement.

En tout état de cause, aucun remboursement de prestations n'est dû par la mutuelle si les cotisations n'ont pas été encaissées.

Article 20 : MODALITES PARTICULIERES

Pour les adhérents âgés de moins de 56 ans, en cas de changement d'option, la cotisation est celle prévue à la tranche d'âge dans laquelle se situe l'adhérent au moment du changement.

Pour les adhérents âgés de 56 ans et plus, cotisant aux options C1 et C2, en cas de changement d'option et lorsque le choix se porte sur une option prévoyant la couverture de prestations « maladie » (C3, C4, S4+, C5, CD, S6+), la cotisation appliquée est celle prévue aux tarifs « Age adhésion à la MIF » sous la rubrique intitulée « de 56 à 65 ans ».

Article 21 : **MONTANT – PRORATA**

Le montant des cotisations est fonction des garanties prévues à l'option choisie et de l'âge de l'adhérent au moment de son adhésion, soit à la mutuelle, soit à la nouvelle option en cas de changement – ainsi que lors du renouvellement de la garantie.

L'âge de l'adhérent est déterminé par différence de millésime entre son année de naissance et l'année au cours de laquelle est effectuée l'opération considérée.

La cotisation due par les nouveaux adhérents est déterminée proportionnellement à la période d'adhésion restant à courir jusqu'à la fin de l'année à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Section 2 : *Modalités de paiement*

Article 22 : **PAIEMENT FRACTIONNE**

Si le montant global des cotisations est supérieur à 150 €, les adhérents ont la possibilité de s'en acquitter en plusieurs fois dans les conditions suivantes :

- par chèque en trois échéances fixées en Janvier, Avril et Juillet, chaque paiement donnant lieu au versement d'une indemnité pour couvrir les frais de gestion. Le montant de cette indemnité est fixé par le Conseil d'Administration.

- par prélèvement automatique opéré sans frais aux échéances choisies (le 10 du mois)
 - en 1 fois : en Janvier ;
 - en 3 fois : en Janvier, Mai et Septembre ;
 - en 6 fois : de Janvier à Juin ;
 - en 10 fois : de Janvier à Octobre ;
 - en 12 fois : de janvier à décembre.

Après deux rejets de prélèvement dans l'année, le solde de la cotisation impayé sera exigé immédiatement.

Article 23 : **CARTE D'ADHERENT**

Le paiement de la cotisation donne lieu à la remise d'une carte justifiant l'affiliation de l'adhérent. Les renseignements figurant sur cette carte permettent à son titulaire ainsi qu'aux professionnels de santé concernés de connaître la période de validité, l'option choisie et les garanties pouvant ouvrir droit à tiers-payant.

Section 3 : Sanctions en cas de retard ou de non paiement

Article 24 : **RETARD DE PAIEMENT**

Tout retard de paiement peut entraîner la suspension des garanties pour les soins dispensés entre la date d'échéance préalablement fixée et la date à laquelle les cotisations ont été versées.

La garantie reprend ses effets à 00 heure le lendemain du jour où a été payée 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 poursuite et de recouvrement.

Article 25 : **NON PAIEMENT DES COTISATIONS**

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit de 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 adressée à l'adhérent.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de faire cesser ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu au 1^{er} alinéa du présent article.

Lors de la mise en demeure, l'adhérent est informé qu'à l'expiration du délai prévu au même alinéa le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la cessation des garanties.

Section 4 : Exonération - réduction

Article 26 : **EXONERATION DE COTISATIONS**

Peuvent bénéficier d'une exonération partielle de cotisations les adhérents remplissant cumulativement les conditions suivantes :

- être âgé de plus de 64 ans ;
- cotiser à la mutuelle depuis plus de trente ans ;
- bénéficiaire du Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV).

Sont également exonérés :

- les nouveau-nés affiliés dans les 6 mois de leur naissance et ce pendant douze mois à compter du jour de la naissance ;
- les troisièmes enfants à charge et suivants tant qu'ils conservent cette qualité ;
- les bénéficiaires CMU pour le régime complémentaire selon les modalités légales en vigueur et tant qu'ils remplissent les conditions nécessaires à leur maintien dans cette catégorie.

Article 27 : **REDUCTION DE COTISATIONS**

Les jeunes âgés de moins de 26 ans inscrits à l'ANPE ou en Contrat Emploi Solidarité bénéficient d'une cotisation minorée correspondant à la tranche d'âge inférieure.

Il en est de même pour les étudiants âgés de 21 à 25 ans poursuivant des études supérieures.

Une réduction de 10% est accordée aux nouveaux adhérents âgés de moins de 41 ans et ce pendant la première année civile d'adhésion.

CHAPITRE 3 : INFORMATION DE LA MUTUELLE

Article 28 : **AU REGARD DES COTISATIONS**

Du seul fait de leur adhésion à la mutuelle, les adhérents acceptent de fournir tous justificatifs qui peuvent leur être demandés notamment ayant pour but d'établir le montant de leurs cotisations.

Article 29 : **AU REGARD DES PRESTATIONS**

Les adhérents ont l'obligation d'informer la mutuelle de tous les événements susceptibles d'influer sur leurs droits ou obligations. A défaut, la mutuelle serait fondée à poursuivre le remboursement des sommes indûment versées à l'adhérent.

En cas de changement de régime de base, l'adhérent doit prévenir la mutuelle dans les trois mois qui suivent ce changement. Aucune prestation ne pourra être versée si la cotisation réglée ne correspond pas à la catégorie à laquelle il appartient.

TITRE III : OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS

CHAPITRE 1 : GARANTIES

Section 1 : *Droit aux garanties des bénéficiaires*

Article 30 : **NATURE**

Les garanties assurées sont celles prévues à l'option choisie par chaque adhérent au moment de son adhésion ou lors du renouvellement annuel de celle-ci.

Ces options sont définies au tableau des garanties figurant sur la brochure remise annuellement aux adhérents qui peuvent également s'en procurer au siège de la mutuelle et dans toutes ses agences.

Article 31 : **RISQUE ACCIDENT CORPOREL DEJA COUVERT**

En cas d'accident corporel, les prestations complémentaires au régime de base ne seront versées que si l'adhérent n'est pas titulaire d'une assurance particulière souscrite à titre individuel ou collectif pour la couverture de ce risque spécifique.

Article 32 : **PRESTATIONS MAJOREES**

Les prestations majorées, en ce qui concerne la cure thermale, l'achat d'un appareil acoustique et les frais d'obsèques, ne sont attribuées que si l'adhérent pouvant y prétendre s'est inscrit à la mutuelle avant 50 ans.

Section 2 : Ouverture des droits aux prestations et accès aux services

Article 33 : **CONDITIONS**

Pour percevoir les prestations et avoir accès aux services mis à leur disposition, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 34 : **PRISE D'EFFET**

Le droit aux prestations est ouvert à compter de la date d'effet de l'adhésion telle que définie à l'article 6 du présent règlement, sous réserve de l'absence de stage et dans la mesure où les cotisations ont été effectivement encaissées.

Article 35 : **PLAFONDS DE PRISE EN CHARGE**

Le remboursement des dépenses de maladie de la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à la charge effective de l'adhérent.

Le montant des prestations en espèces, telles que mentionnées à l'article 42 2^{ème} alinéa, ne peut être supérieur à la perte subie par l'adhérent.

Cependant, aucun remboursement ne peut être effectué :

1/ pour la franchise instituée par la loi du 17/08/2004 ;

2/ pour le supplément d'honoraires demandé par un praticien qui n'est pas le médecin traitant de l'adhérent ou de ses ayants-droit lorsque ces derniers le consultent en 1^{ère} intention.

Article 36 : **FORCLUSION**

Les demandes de paiement des prestations ou allocations, accompagnées des justificatifs nécessaires doivent, sous peine de forclusion, être produites dans un délai de deux ans à compter de la date du règlement effectué par le régime de base ou de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Article 37 : **DEROGATIONS**

Sauf dérogations expressément prévues à l'article 42 ci-dessous, la mutuelle n'intervient que pour les dépenses prises en charge par les régimes de base.

Le malade choisit librement ses praticiens, fournisseurs et établissements de soins.

Article 38 : SUBROGATION GENERALE

La mutuelle reçoit des adhérents délégation générale pour procéder, pour leur compte, au règlement des praticiens, établissements ou fournisseurs divers.

Article 39 : SUBROGATION PARTICULIERE

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.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

CHAPITRE 2 : PRESTATIONS

Section 1 : Prestations santé assurées par la mutuelle

Article 40 : PRESTATIONS ACCROCHEES

Lorsque les prestations servies par les régimes de base comportent un ticket modérateur, la mutuelle assure les compléments portés au tableau des garanties figurant sur la brochure annuelle dans les limites fixées dans son article 35.

Les prestations accordées sont les suivantes :

1. Maladie

- a – Honoraires des praticiens conventionnés, généralistes et spécialistes ;
- b – Actes dispensés par les auxiliaires médicaux ;
- c – Pharmacie ;
- d – Analyses biologiques ;
- e – Frais de transport ;
- f – Soins externes : actes dispensés au titre des soins externes dans les hôpitaux publics.

2. Prothèses et appareillages divers

- a – Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (dans la limite de 1 000 € par) ;
- b – Orthopédie et appareillage (dans la limite de 1 000 € par) ;
- c – Location d'appareils prescrits ;
- d – Petit appareillage ;
- e – Acoustique.

3. Optique

- a – Monture ;
- b – Verres ;
- c – Lentilles ;
- d – Suppléments et accessoires prévus au T.I.P.S.

4. Cures thermales

- a – Honoraires de surveillance ;
- b – Frais d'établissement thermal ;
- c – Frais de transport.

5. Hospitalisation

- a – Frais d'honoraires médicaux ;
- b – Forfait journalier hospitalier ;
- c – Frais de séjour ;
- d – Frais de supplément pour chambre particulière ;
- e – Frais de garde de nuit et frais d'accompagnant.

6. Prévention

Les prestations de prévention prévues par l'arrêté du 8 juin 2006 sont prises en charge.

Article 41 : **PRESTATIONS ACCROCHEES ET COMPLEMENTAIRES**

Lorsque les prestations servies par les régimes de base ne comportent pas de ticket modérateur et/ou que la dépense est supérieure au tarif conventionnel ou au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale, la mutuelle assure des compléments portés au tableau des garanties figurant sur la brochure annuelle dans les limites fixées dans son article 35.

Les prestations accordées sont les suivantes :

1. Prothèses et appareillages divers

- a – Prothèses dentaires remboursées par la sécurité sociale (dans la limite de 1 000 € par) ;
- b – Orthodontie ;
- c – Orthopédie et appareillage (dans la limite de 1 000 € par) ;
- d – Acoustique ;
- e – Prothèses capillaires et mammaires.

2. Optique

- a – Monture ;
- b – Verres ;
- c – Lentilles ;
- d – Suppléments et accessoires prévus au T.I.P.S.

3. Hospitalisation

La mutuelle intervient pour le versement d'une participation sur les suppléments d'honoraires concernant les actes chirurgicaux, suivant les dispositions prévues par les conventions signées entre les établissements et Mutualité Puy-de-Dôme ou la mutuelle ou éventuellement à défaut de convention sur la base des modalités arrêtées par le Conseil d'Administration.

Elle intervient également sur les suppléments de prix de journée en régime particulier, sur la chambre particulière et sur la fécondation in vitro.

Les suppléments pour chambre particulière facturés pour le jour de sortie ou à l'occasion d'un séjour ne comportant pas au minimum une nuit, ne seront pas pris en charge par la mutuelle hors conventions spécifiques.

Article 42 : **PRESTATIONS NON ACCROCHEES**

Par dérogation à l'article 37 du présent règlement, la mutuelle intervient pour les dépenses suivantes non prises en charge par les régimes de base :

1. Optique

- a – Lentilles ;
- b – Lentilles jetables ;
- c – Traitement de la myopie par laser.

2. Prestations diverses

- a – Actes de chiropracteurs ;
- b – Actes d'ostéopathes ;
- c – Actes d'acupuncteurs ;
- d – Vaccins non remboursés ;
- e – Traitement anti-tabac ;
- f – Pilule contraceptive.

3. Allocations et indemnités diverses

- a – Mariage ;
- b – Naissance ;
- c – Allocation hospitalière ;
- d – Indemnité en cas de décès accidentel ;
- e – Amniocentèse non prise en charge par les régimes de base ;
- f – Indemnité hospitalière accident.

4. Assistance

- a – Paiement de la cotisation d'accès à MV2 (Association d'aide à la personne) ;
- b – Frais de travailleuse familiale.

Section 2 : Prestations en cas de décès

Article 43 : **PARTICIPATION AUX FRAIS D'OBSEQUES**

La participation aux frais d'obsèques est accordée dans le cadre d'un contrat collectif couvrant l'ensemble des adhérents de la mutuelle ayant souscrit une option comportant cette prestation.

Les garanties sont définies pour une durée d'un an et sont révisables à chaque échéance en fonction des résultats constatés tant sur le plan des cotisations que des prestations.

La participation aux frais d'obsèques est accordée sous certaines conditions :

- soit que le défunt ait adhéré à la mutuelle ou à l'organisme de réassurance avant l'âge de 51 ans et sans interruption jusqu'à son décès ;
- soit qu'il soit, au moment de son décès, adhérent depuis plus de dix ans sans interruption (10 cotisations payées) ;

- si le défunt était assuré dans le cadre d'un contrat groupe, ces conditions ne joueront pas dans le cas où le décès surviendrait avant 66 ans.

Les chiffres 51 et 66 désignent l'année civile au cours de laquelle le défunt aurait atteint cet âge.

La participation aux frais d'obsèques est accordée dans les limites ci-après :

- le montant maximum est celui prévu dans la garantie souscrite par le défunt ;
- si par ailleurs, l'adhérent a souscrit, de son vivant, un contrat avec un organisme assurant la prise en charge partielle ou totale de ses funérailles (inhumation ou incinération) ou si un tiers intervient dans la prise en charge, notamment dans le cas d'un décès accidentel, la participation de la mutuelle n'interviendra que pour le complément éventuel.

Dans tous les cas, la participation de la mutuelle ne pourra conduire à un remboursement global supérieur au coût réel des frais d'obsèques.

Le bénéficiaire de la participation n'est pas prévu contractuellement.

La participation n'est pas automatique. Le fait générateur à prendre en compte est la demande de paiement ou de remboursement de frais sous les conditions et dans les limites exposées ci-dessus.

Le versement de la participation sera donc effectué :

- soit au service de pompes funèbres conventionné avec la mutuelle ou ayant obtenu une prise en charge par celle-ci ;
- soit à la personne physique justifiant avoir réglé les frais.

Dans les deux cas il y a lieu de fournir un bulletin de décès, une facture acquittée mentionnant le détail des frais d'obsèques, ainsi que la preuve que le défunt réunissait bien toutes les conditions requises.

Section 3 : *Prestations accordées par l'intermédiaire de contrats collectifs souscrits par la mutuelle auprès de prestataires externes*

Article 44 : **EOVI MUTUELLES ASSISTANCE**

La mutuelle a souscrit, par l'intermédiaire d'un prestataire externe, un contrat collectif d'assistance dénommée contrat Eovi mutuelles assistance.

Cette couverture supplémentaire est accordée à tous les adhérents.

Il s'agit d'un produit d'assistance à domicile dont les garanties ne sont mises en jeu qu'en cas d'hospitalisation et dont la finalité est d'apporter aux adhérents un ensemble de services lorsque leur vie familiale se trouve perturbée par un accident corporel, une maladie soudaine, imprévisible et aiguë ou un décès.

Article 45 :

La mutuelle est adhérente au réseau Priorité Santé Mutualiste (PSM). De ce fait, les membres participants et leurs ayants droit peuvent bénéficier de divers services d'écoute, d'information et d'accompagnement lorsqu'ils sont malades ou en situation de handicap.

Section 4 : Prestations diverses

Article 46 : **REALISATIONS SANITAIRES ET SOCIALES**

La mutuelle cotise pour l'ensemble de ses adhérents à l'Union Territoriale Mutualité Française Puy-de-Dôme. Elle cotise également à l'Union Thiernoise des Mutuelles pour les adhérents du secteur de l'arrondissement de Thiers / Ambert.

Cette adhésion leur ouvre le droit d'accéder aux réalisations sanitaires et sociales gérées par ces unions.

Article 47 : **SECOURS**

Des secours exceptionnels prélevés sur un fonds social dont la dotation est déterminée annuellement par l'Assemblée Générale peuvent être accordés aux adhérents et à leur famille pour des besoins urgents, notamment en cas de maladie, accident ou décès.

CHAPITRE 3 : MODALITES DE REMBOURSEMENT

Article 48 : **MISE EN JEU DES GARANTIES**

Les consultations, les actes chirurgicaux, les séjours en établissements et plus généralement tous les actes pratiqués à une date antérieure à la date d'effet des garanties n'ouvrent droit à aucun remboursement.

Par ailleurs, les médicaments délivrés avant la date d'effet de l'adhésion ou pendant une période de stage ne sont pas pris en compte.

Article 49 : **MODALITES DE REGLEMENT**

Le remboursement des prestations s'effectue par virement sur un compte bancaire ou postal, ou éventuellement par chèque.

Article 50 : **PIECES A FOURNIR**

Pour obtenir le remboursement de leurs prestations, les adhérents doivent présenter, dans le délai de deux ans, toutes les pièces justificatives pouvant donner lieu à prise en charge. Seuls les documents originaux peuvent être pris en compte. Les duplicata ne sont pas acceptés.

Les pièces à fournir sont notamment les suivantes :

- Pour les **soins maladie** : les décomptes originaux des régimes de base, les factures acquittées s'il y a lieu, et éventuellement les décomptes établis en tiers-payant (adhérent ne percevant pas ses remboursements par un système d'échanges informatisés).
- Pour l'**allocation mariage** : un certificat de mariage.
- Pour l'**allocation naissance ou d'adoption** : un extrait d'acte de naissance ou un justificatif d'adoption.
- Pour l'**allocation décès accident** : un bulletin de décès, toute justification du lien de cause à effet entre l'accident et le décès ainsi qu'un certificat d'hérédité. Les bénéficiaires sont, dans l'ordre de priorité les suivants :
 - 1/ Le conjoint non séparé de corps ;
 - 2/ Les enfants ;
 - 3/ Les ascendants ;
 - 4/ Les autres héritiers.
- Pour la **garde de nuit** : toute justification de la présence de la personne auprès du malade hospitalisé ainsi que la précision de l'identité et l'adresse de celle-ci. La participation aux frais ne sera attribuée que si la garde a été effectuée par une personne non professionnelle et ne faisant pas partie de la famille.
- Pour les **frais de travailleuse familiale** : les justificatifs de prise en charge par un organisme habilité. L'indemnité sera attribuée après avis éventuel du médecin-conseil, si la demande est formulée dans les six mois qui suivent l'intervention chirurgicale, et dans la limite de 200 heures effectuées dans les douze mois qui suivent l'intervention.
- Pour l'**indemnité hospitalière accident** : un certificat médical précisant la durée de l'hospitalisation ainsi que le lien de cause à effet entre l'accident et l'hospitalisation. L'indemnité est attribuée pour un maximum de 21 jours pour un même accident.

- Pour **la cure thermale** : les décomptes du régime de base et, si nécessaire, toute pièce justificative délivrée par le centre de cure thermale. Le forfait ne sera attribué que s'il y a eu préalablement prise en charge du régime de base et sous réserve que l'établissement soit considéré comme centre de cure thermale par ledit régime.
- Pour **la participation aux frais d'obsèques** : le certificat de décès et les factures acquittées relatives aux frais d'obsèques. Le règlement sera effectué soit à la personne qui aura supporté ces frais d'obsèques, soit à l'entreprise de pompes funèbres dans le cadre du tiers payant.
Sont garantis pour cette participation, les bénéficiaires ayant adhéré avant 50 ans ou ayant totalisé plus de 10 ans d'adhésion. Selon les modalités prévues à l'article 43 le montant de la prestation est limité au coût total des frais. Il vient en complément des remboursements déjà effectués par d'autres organismes (suite à accident ou en fonction de contrats spécifiques souscrits).
- Pour **le forfait acoustique** : la facture acquittée délivrée par le centre d'audioprothèse. Le forfait pourra être éventuellement déduit de la facture si l'appareil est acheté au centre d'acoustique mutualiste.

Article 51 : **RECLAMATIONS**

Toute réclamation portant sur le règlement des prestations doit être formulée dans les deux mois qui suivent la date de paiement.

Article 52 : **ECHANGES INFORMATISES**

Dans le cadre des échanges informatisés avec les caisses d'assurance maladie, les décomptes sur lesquels figurent des soins réglés directement à un professionnel de santé doivent être impérativement transmis à la mutuelle pour un éventuel remboursement.

Article 53 : **INFORMATIQUE ET LIBERTES**

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle conformément à son objet.

Aucune information détenue ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Tout adhérent peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et de ses réassureurs. Il pourra exercer le droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle à l'adresse de son siège social.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

TITRE IV : GARANTIES ACCORDEES

Le tableau des garanties accordées figure sur la brochure annuelle remise à chaque adhérent soit lors du renouvellement pour les anciens adhérents soit à l'occasion de leur adhésion pour les nouveaux adhérents.

Les remboursements des soins maladie sont déterminés sur la base du tarif conventionnel ou du tarif de responsabilité du régime de base limités aux frais réels. Les pourcentages indiqués sur le tableau des garanties comprennent les remboursements du régime de base et de la mutuelle.

En cas de doute sur l'interprétation des garanties il est convenu que ce sont les dispositions particulières qui prévalent sur les dispositions générales.