



# Règlement mutualiste

## Profiléo Santé



### 1 - OBJET

**1-1 :** Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la mutuelle assure des garanties "frais de santé" au profit de ses membres participants dans le cadre d'opérations individuelles et ce, dans le respect des principes mutualistes définis à l'article L. 114-1 du Code de la mutualité.

Pour les contrats collectifs souscrits par une personne morale, des dispositions spécifiques peuvent compléter le présent règlement, ou s'y substituer, selon les dispositions prévues à la convention d'adhésion conclue avec cette personne morale.

La mutuelle ne peut instituer en faveur de ses membres participants aucun avantage particulier qui ne serait pas justifié par le revenu, la durée d'appartenance à la mutuelle, le régime de Sécurité sociale d'affiliation, le lieu de résidence, le nombre d'ayants droit ou l'âge des membres participants.

S'agissant des prestations, la mutuelle ne saurait instaurer de différences qu'en raison des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés.

Pour ses opérations, la mutuelle ne peut en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de ses membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé du membre participant.

**1-2 :** Des garanties peuvent également être proposées par la mutuelle, agissant en tant qu'intermédiaire mutualiste, sur la base d'une convention d'assurance collective à adhésion obligatoire en application de l'article L. 221-3 du Code de la mutualité. Le détail de ces garanties fait l'objet d'une information spécifique à l'adhérent lorsqu'il en bénéficie.

**1.3 :** Les garanties proposées par la mutuelle et objet du présent règlement, sont des garanties relatives au

remboursement de frais de santé, telles que définies sur le document remis à l'adhérent lors de son adhésion et des modifications qui lui ont été notifiées, décidées par l'assemblée générale ou par délégation donnée au conseil d'administration.

### 2 - ADHÉSION

**2-1 :** Formalités d'adhésion : L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. L'ensemble des bénéficiaires doit souscrire à la même garantie.

**2-2 :** Prise d'effet : L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature. L'adhésion est effective après paiement de la première échéance de cotisation.

L'adhésion au présent règlement est viagère. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 5 du présent règlement.

**2-3 :** Entrée en vigueur : Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion.

### 3 - MODIFICATION DES GARANTIES

**3-1 :** Changement d'option : Le membre participant peut demander à changer le niveau de garantie des bénéficiaires au premier janvier de chaque année, dès lors qu'il en a formulé la demande avant cette date.

Le changement est effectif au 1<sup>er</sup> janvier.

Il peut intervenir en cours d'année sur présentation de justificatifs lorsqu'il s'agit d'une adaptation des garanties liée à un changement de régime obligatoire ou des prestations légales perçues par un bénéficiaire (bénéfice de la CMU par exemple ou de l'aide à la complémentaire santé), ou de situation familiale, ou rupture du contrat de travail d'un bénéficiaire.

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

**3-2 :** Modification des prestations à l'initiative de la





mutuelle : Le montant des prestations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.114-9 et L.114-11 du code de la mutualité.

Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

#### 4 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion. En cas de décès du membre participant, l'ayant droit est inscrit comme membre participant, et bénéficie des mêmes garanties sans délai de stage.

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

Dans ce cas, le droit aux prestations est ouvert à la date de réalisation des actes en ce qui concerne les soins et à la date d'achat en ce qui concerne les fournitures.

Les cotisations versées pour la période pendant laquelle le risque n'a pas couru sont remboursées selon les dispositions de l'article L.221-17 du code de la mutualité.

#### 5 - RÉSILIATION

**5-1** : La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission.

L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile : si son avis d'échéance ne lui est pas parvenu au moins 15 jours avant ce délai de deux mois, l'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion sur son avis d'échéance de cotisation.

La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile.

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si un membre participant ou un bénéficiaire apporte la preuve qu'un accord d'entreprise, une convention collective ou une décision unilatérale de l'employeur impose son affiliation obligatoire à un autre organisme.

Dans ce cas, la démission du bénéficiaire sera enregistrée et deviendra effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite accompagnée d'une copie du bulletin de salaire et d'une attestation de l'employeur. Cette résiliation entraînera la radiation du bénéficiaire.

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou lorsque le membre participant a souscrit une garantie spécifiquement en considération de sa

situation de domicile, matrimoniale ou professionnelle, et que cette situation entraîne une modification tarifaire.

La fin de l'adhésion ou la résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet 1 mois après réception de sa notification.

Les certificats de radiation sont délivrés par la Mutuelle dans un délai maximum de 2 mois à partir de la date d'effet aux membres participants à jour de leur cotisation qui ont manifesté le désir de quitter la mutuelle dans le respect des règles prescrites.

Pour les résiliations admises en cours d'année par les statuts et le présent règlement, le certificat de radiation est délivré dans les mêmes délais et sous réserve du retour des cartes de tiers payant.

**5-2** : Résiliation à l'initiative de la mutuelle : La mutuelle peut mettre fin à l'adhésion du membre participant en cas de non paiement des cotisations par ce dernier, dans les conditions prévues à l'article 7.3 du présent règlement.

**5-3** : Dans le respect des règles prévues par le Code de la mutualité peut être exclu de la mutuelle le membre participant dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle ou qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté.

L'exclusion entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la date d'exclusion. En cas de fausse déclaration intentionnelle du membre participant, la mutuelle procède à l'exclusion immédiate du membre participant, et pourra exiger le remboursement des prestations indûment perçues.

La résiliation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations versées, excepté dans les cas visés à l'article L.221-17 du Code de la mutualité.

#### 6 - COTISATIONS

**6-1** : Fixation et évolution des cotisations : Les cotisations sont fixées pour l'année civile par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet de la part de cette dernière.

Le montant des cotisations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L.114-9 et L.114-11 du code de la mutualité. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

**6-2** : Mode de calcul des cotisations : les cotisations sont calculées pour chaque bénéficiaire de la garantie. Elles peuvent varier :

- en fonction du régime de sécurité sociale d'affiliation,
- du lieu de résidence,
- de la composition familiale, de l'âge des membres participants ou ayants droit, calculé par différence de





millésime à l'adhésion et lors de l'année en cours, de la durée d'appartenance à la mutuelle, selon délibération de l'assemblée générale ou du conseil d'administration dûment mandaté.

L'évolution par âge se fait annuellement à partir de 18 ans. La cotisation intégrera toutes les taxes et contributions que la mutuelle doit acquitter et qui sont en vigueur au moment de l'appel de cotisation.

**6-3 :** Exonération de cotisations : Dès lors que les enfants inscrits au contrat, âgés de 25 ans au plus, sont plus de deux, la cotisation du troisième et des suivants est gratuite.

Aucune cotisation n'est demandée pour les enfants nouveau-nés ou adoptés pendant les 12 premiers mois de leur adhésion, dès lors que l'inscription a été faite avec date d'effet de l'événement et dans les trois mois qui l'ont suivi.

**6-4 :** Certains adhérents à la mutuelle peuvent bénéficier de la prise en charge de leurs cotisations au titre de la couverture maladie universelle complémentaire, ou d'une prise en charge au titre de l'aide à la complémentaire santé, au sens de l'article L 863-1 et suivants du Code de la sécurité sociale.

Ces avantages sont accordés sur présentation de l'attestation fournie par la caisse d'assurance maladie au membre participant, et selon les dispositions de la législation et réglementation en vigueur. Le financement de ces prises en charge est perçu directement par la mutuelle.

**6-5 :** Un droit d'adhésion ou des frais de dossier peuvent être demandés par la mutuelle, s'ils sont prévus au barème.

## 7 - PAIEMENT DES COTISATIONS

**7-1 :** Le paiement de la cotisation est annuel. Il intervient selon des modalités définies au bulletin d'adhésion. La périodicité mensuelle est réservée aux adhérents payant leur cotisation par prélèvement sur compte bancaire. Hors prélèvement automatique, les cotisations sont exigibles :

- Au 1<sup>er</sup> janvier pour les engagements de règlement annuel,
- Au 1<sup>er</sup> janvier et au 1<sup>er</sup> juillet pour les engagements de règlement semestriel,
- Au 1<sup>er</sup> janvier, au 1<sup>er</sup> avril, au 1<sup>er</sup> juillet et au 1<sup>er</sup> octobre pour les engagements de règlement trimestriel.

**7-2 :** Non paiement des cotisations : A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues 30 jours après la mise en demeure du membre participant.

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 résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi 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 cotisations 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.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la mutuelle exigera le remboursement des prestations dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non paiement des cotisations.

## 8 - FONDS D'ACTION SOCIALE

**8-1 :** Objet du fonds d'action sociale : Il est créé au sein de la mutuelle EOVI un fonds d'action sociale en faveur des adhérents dont elle assume la gestion. Il a pour vocation de venir en aide à ceux-ci en cas de grandes difficultés.

**8-2 :** Bénéficiaires des aides : Les bénéficiaires du fonds d'action sociale sont les membres participants et ayants droit à jour de leurs cotisations.

**8-3 :** Financement du fonds social : Le budget du fonds social, et les orientations politiques qui justifient l'engagement des fonds disponibles, sont votés annuellement par l'assemblée générale.

**8-4 :** Nature des aides : Les actions sociales concernent les domaines suivants :

\*\* Les aides aux prestations sanitaires et sociales : Soins ambulatoires (dentaire, optique, prothèses auditives, frais d'appareillage, hors nomenclature), hospitalisation (forfait journalier, dépassement chirurgicaux, chambre particulière), social (frais de transport, travaux d'aménagement du domicile et/ou du véhicule, séances d'ergothérapie, matériel spécifique, aide à domicile, frais d'accompagnant, frais d'hébergement) , divers (frais d'obsèques, autres).

\*\* Les aides aux cotisations de complémentaire santé.

\*\* Les aides exceptionnelles répondant à des situations particulièrement graves vécues par les adhérents.

## 9 - GARANTIES

**9-1 :** Définition des garanties : Les garanties frais de santé ont pour objet, en cas d'accident , de maladie ou de maternité d'assurer au membre participant, et éventuellement à ses ayants droit, le remboursement de tout ou partie





des frais médicaux engagés pendant la période de garantie, en complément des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire.

Il peut s'agir de prestations forfaitaires en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par la Sécurité Sociale. Ces prestations sont précisées pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

**9-2** : Ouverture du droit aux prestations : Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts. La date des soins prise en considération pour le remboursement des prestations par la Mutuelle est celle indiquée sur les décomptes de remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire.

Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements engagés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations ne sont pas remboursés par la mutuelle, y compris pour la partie des soins ou hospitalisations postérieure à l'adhésion.

**9-3** : Modalités de règlement : Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou celui de ses ayants droit. Dans le cadre des accords de dispense d'avance de frais (tiers payant), ce règlement s'effectuera soit sur le compte du professionnel de santé, soit sur celui de l'organisme qu'il aura mandaté.

Dans le cadre de relations directes avec les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie, ce règlement s'effectuera sur le compte desdits organismes (avance RO, MSA, CMU...).

**9-4** : Assiette: Les prestations sont assises sur la valeur du tarif de base fixé par les régimes obligatoires d'assurance maladie (TC, TA, TR, TFR, BRSS) et selon la nomenclature des actes (N.G.A.P. et C.C.A.M) en vigueur ou sur des montants forfaitaires selon le détail figurant pour chacune des garanties dans les descriptifs annexés au présent règlement, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe.

Si les taux ou bases de remboursement du RO sont modifiés en cours d'année, la Mutuelle se réserve le droit de conserver la valeur absolue du remboursement complémentaire en vigueur avant la modification.

Dans le cas où les soins ont été engagés à l'étranger, le remboursement se fait sur la base du tarif de responsabilité des régimes obligatoires d'assurance maladie français, tel qu'il figure à la nomenclature des actes NGAP ou CCAM, après remboursement du régime obligatoire français.

**9-5** : Limites : Toutes les prestations sont limitées aux frais réels engagés, tous organismes de couverture complémentaire intervenant confondus, et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers, par la Mutuelle.

Le montant, la durée ou la fréquence d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

**9-6** : Pièces justificatives : Le règlement des prestations s'effectue :

- Soit sur présentation des décomptes originaux établis par les régimes obligatoires d'assurance maladie.
- Soit en relation directe avec les régimes obligatoires d'assurance maladie sauf renonciation explicite du membre participant ou de ses ayants droit.
- Soit, en l'absence de prise en charge des régimes obligatoires d'assurance maladie, sur production de factures ou notes d'honoraires datées et signées portant les mentions nécessaires à l'identification du bénéficiaire.

Les demandes de remboursement doivent être accompagnées des originaux des factures acquittées ou de relevés de dépenses engagées par l'assuré ainsi que de toute pièce justificative des dépenses réelles (note d'honoraires, facture détaillée établie sur papier à en-tête du praticien, prescription) et plus généralement, de tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier qui pourra lui être demandé.

**9-7** : Risques exclus : Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- Les séjours en maison d'enfants à caractère social, les maisons de retraite, y compris hébergement temporaire et placement à l'année, les longs séjours, ainsi que les soins reçus sans prescription médicale.
- Les dépenses de santé résultant d'une cause non directement liée à une maladie ou à un accident, sauf si pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Dans le cadre des contrats responsables définis par la loi du 13 août 2004 et décrets d'application subséquents, la mutuelle ne prend pas en charge :

- La participation forfaitaire définie à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elle est appliquée.
- Les dépassements d'honoraires pris en application du 18<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.162-5 du code de la sécurité sociale à hauteur du montant du dépassement autorisé pour les praticiens conventionnés à tarifs opposables, dans le cadre des dispositifs conventionnels en vigueur.
- La minoration du remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, d'absence de choix d'un médecin traitant, ou de consultation d'un autre médecin, sans prescription du médecin traitant, prévue aux articles L.161-36-2, L.163-5-3 du code de la sécurité sociale.
- La franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et





règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- 1) Les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- 2) Les actes effectués par les auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- 3) Les transports effectués en véhicules sanitaires terrestres ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence. Et plus généralement, toute participation forfaitaire, franchise ou prestation exclue du champ de garantie des contrats responsables.

**9-8** : Dispositions propres à certaines prestations :

**9-8-1** : Forfait hospitalier : la durée de prise en charge du forfait hospitalier est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs remis aux membres participants.

**9-8-2** : Chambre particulière : Les frais de chambre particulière sont remboursés dans la limite du nombre de jours d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et en fonction des plafonds prévus pour chacune des garanties dans les descriptifs remis aux membres participants.

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. Par nuit, il faut entendre tout séjour effectué au moins entre 22h et 6h le lendemain.

**9-8-3** : Frais d'accompagnant dans le cadre d'une hospitalisation : Par frais d'accompagnant il faut entendre :  
 - Hébergement sur présentation d'une facture nominative acquittée d'un établissement hôtelier,  
 - Repas sur présentation d'une facture nominative et acquittée d'un établissement de restauration,  
 - Transport (sur présentation des justificatifs des frais engagés pour le déplacement). Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes désignées par le membre participant.

La nature des séjours ouvrant droit aux frais d'accompagnant est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs remis aux membres participants.

Les limites relatives à l'âge du patient, lui ouvrant droit au bénéfice du forfait d'accompagnant, sont précisées pour chacune des garanties dans les descriptifs remis aux membres participants.

**9-8-4** : Optique : On entend par optique tout équipement : montures, verres ou lentilles cornéennes correcteurs, ayant fait l'objet d'une prescription médicale. On entend par "poste optique" toute fourniture d'optique médicale, ou intervention de chirurgie réfractive ou pose d'implants oculaires.

Lorsque la garantie prévoit des forfaits distincts, et en cas d'achats successifs d'équipements unifocaux et

multifocaux ou progressifs c'est le crédit multifocal qui s'applique. Le crédit lentilles est distinct des crédits précédents.

L'achat d'une monture seule s'impute sur les remboursements prévus au titre de l'équipement unifocal. La prise en charge est limitée aux ordonnances datant de moins de trois ans.

Pour les garanties prévoyant une majoration des forfaits servis lorsqu'aucune prestation n'a été accordée sur le poste optique pendant un ou deux ans, il faut entendre qu'il doit y avoir une ou deux années civiles consécutives complètes à compter du 1er septembre 2011 sans versement de prestation optique.

A compter de cette même date et par exception, en cas de souscription à la garantie au cours du premier semestre d'une année n, les majorations s'appliquent au 1er janvier des années n+1 et n+2 si aucune prestation optique n'a été servie avant cette échéance.

**9-8-5** : Dentaire : Lorsqu'un plafond annuel est défini à la garantie et que celui-ci est appelé à évoluer (augmentation ou suppression selon les cas) après plusieurs années, il faut entendre par année une période de 12 mois consécutifs d'adhésion au contrat du bénéficiaire concerné.

Pour les actes non remboursés par le régime obligatoire, le remboursement de la mutuelle est subordonné à l'avis émis par son dentiste conseil.

**9-8-6** : Frais médicaux courants : Afin d'obtenir le remboursement par la mutuelle du forfait prothèses capillaires prévus par certaines garanties, l'adhérent doit produire une facture accompagnée de la prescription de son médecin.

**9-8-7** : Prévention et Bien être : L'intégralité des actes de prévention prévus par l'article R 871.2 (alinéa 2) du code de la Sécurité sociale est pris en charge, dans les conditions fixées par la loi. La liste de ces actes est disponible sur demande auprès de la mutuelle.

Pour les autres actes pris en charge par les formules prévention, outre les conditions particulières de leur prise en charge qui figurent sur le descriptif des garanties, elles doivent satisfaire aux conditions générales ci-après :  
 - Ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue, tabacologue, nutritionniste : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature réalisés par des médecins, des auxiliaires médicaux ou des professionnels justifiant d'un diplôme dans la spécialité considérée, à l'exception de tout dépassement d'honoraires effectué par des médecins.

La facture doit préciser le numéro d'agrément accordé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) :

- Acupuncteurs, homéopathes : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature effectués par des médecins, à l'exclusion de tout dépassement d'honoraires.





Moyens de contraception, vaccins, sevrage tabagique : remboursement des frais non pris en charge par les régimes obligatoires, sur prescription médicale.

**9-8-8** : Crédits annuels, forfaits annuels : ils sont calculés en référence à la date de souscription de la garantie pour le bénéficiaire concerné. La référence annuelle est basée sur l'année civile, sauf indication contraire mentionnée dans le présent règlement mutualiste.

**9-9** : Tiers payant : Pour faciliter l'accès aux soins, les adhérents peuvent être dispensés de l'avance des frais engagés par le membre participant ou le cas échéant par ses ayants-droit, sur présentation de leur carte d'adhérent, dès lors qu'une convention de tiers payant a été signée par la Mutuelle avec les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les fournisseurs de matériels médicaux.

Cette dispense est limitée au niveau de couverture de la garantie souscrite et à la fraction de dépense imputable à l'assurance maladie complémentaire.

Toute prestation indûment réglée fera l'objet d'une demande de remboursement auprès de l'adhérent concerné. A défaut de régularisation, la Mutuelle se réserve le droit d'engager à son encontre une procédure contentieuse de recouvrement.

En cas d'hospitalisation, la dispense d'avance de frais ne s'applique pas aux dépenses supplémentaires (T.V., téléphone...) ainsi qu'aux dépassements d'honoraires. Pour bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit solliciter auprès de la Mutuelle une demande de prise en charge pour l'ensemble des établissements, à l'exclusion de ceux ayant conclu une convention avec la Mutuelle.

A noter : les frais de télévision et de téléphone ne sont pas pris en charge dans les garanties "Profiléo Santé" du présent règlement.

**9-10** : Forclusion : Sous peine de forclusion, toute demande de paiement de prestations doit parvenir à la Mutuelle dans un délai de 24 mois suivant la date des soins remboursés par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ou de la facturation initiale, pour les dépenses non prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Par ailleurs, les réclamations afférentes aux règlements des prestations sont à présenter dans les six mois à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

**9-11** : Accident : La Mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 9-7 consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun, du travail, sportif, scolaire, ou de vie privée.

A cet effet, l'adhérent doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le

nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat.

L'adhérent couvert pour le même risque, par une autre Mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance doit en informer la Mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que l'assuré puisse recevoir un montant supérieur à celui des débours réels.

L'adhérent doit informer la Mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions.

La Mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

L'adhérent doit également informer la Mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la Mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord

En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité ne peut être imputée à un tiers, la Mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'un organisme d'assurance.

**9-12** : Subrogation : La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la Mutuelle a supportées.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la Mutuelle.

## 10 - DISPOSITIONS SPECIFIQUES AUX GARANTIES INCLUANT LA GARANTIE "ASSISTANCE"

Une garantie d'assistance peut être incluse dans certaines garanties proposées par la mutuelle. Elle consiste dans le reversement, à un prestataire de service, d'une cotisation destinée à la prise en charge de cette assistance selon les clauses du contrat souscrit au profit des bénéficiaires concernés.

Le prestataire de service assure la responsabilité de sa mise en œuvre. Une information est remise au bénéficiaire lors de son entrée en garantie.

## 11 - DISPOSITIONS DIVERSES

**11-1** : Réclamations : Pour toute réclamation, le membre





participant peut s'adresser au service relations adhérents de la mutuelle.

En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou en cas de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du règlement mutualiste, le membre participant peut demander l'avis du médiateur de la mutuelle.

La réclamation est l'expression écrite, formulée par un adhérent, quel que soit le canal (courrier simple ou recommandé, mail, fax), quel que soit l'objet (garanties ou services), d'un mécontentement, d'une insatisfaction, fondé(s) ou non. Une question technique, même complexe, même formulée par courrier, ne constitue pas une réclamation.

Toute réclamation reçoit une réponse écrite dans un délai maximal de dix jours ouvrés.

Seront traitées les réclamations reçues par courrier (courrier simple ou recommandé, mails, fax) et portant sur des situations individuelles. Y compris les réclamations rédigées par l'adhérent sur le formulaire spécifique qui sera mis à sa disposition (remise de la main à la main en agence ou envoi par la plate-forme).

Ce formulaire sera également disponible sur le site internet de la mutuelle et pourra être téléchargé par l'adhérent.

**11-2 : Médiation :** Le conseil d'administration désigne un médiateur, pour une période de 6 ans. Le médiateur ne peut être ni salarié, ni administrateur de la mutuelle. Le médiateur a pour mission d'examiner les différends opposant un adhérent à la mutuelle, dans les domaines d'activité de celle-ci.

Cependant, le médiateur n'a pas vocation à intervenir sur les décisions prises souverainement par les commissions sociales territoriales.

Le médiateur de la mutuelle peut être saisi par l'adhérent ou son ayant-droit, ou par la mutuelle elle-même, après épuisement des procédures internes de règlement des réclamations en vigueur au sein de la mutuelle.

Le médiateur de la mutuelle ne peut être saisi lorsqu'une action contentieuse a été engagée. La saisine du médiateur interrompt la prescription.

Le médiateur rend un avis motivé dans les six mois maximum suivant la date à laquelle il a été saisi. Cet avis sera notifié aux deux parties, par écrit. Il s'agit d'un avis en droit et, ou en équité, que la mutuelle s'engage à respecter.

Adresse du médiateur : siège d'Eovi mutuelle : 76 rue de Créqui, 69006 LYON.

**11-3 : Prescription :** Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter

de l'événement qui lui donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance.

**11-4 : Informatique et libertés :** Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la Mutuelle et des organismes ou unions auxquelles elle adhère.

Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte, sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales.

Le membre participant, ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la Mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la Mutuelle, à l'adresse de son siège social.

Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans le but de prospections commerciales, en adressant à la Mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers

**11-5 : Autorité de contrôle :** La mutuelle étant soumise, selon les dispositions de l'article L.510-1 du Code de la mutualité, au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel, les adhérents peuvent également s'adresser directement au service responsable de la protection de la clientèle au sein de cette Autorité :  
Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout, 75436 PARIS cedex 09.





mutuelle



Juillet 2011  [terraluno.fr](http://terraluno.fr)

