

# RÈGLEMENT MUTUALISTE PROTECTION HOSPITALIÈRE



Mutuelle Interprofessionnelle et Familiale du Puy-de-Dôme  
14, avenue Julien • 63038 Clermont-Ferrand cedex 1 • [www.lamif.com](http://www.lamif.com)  
Tél. : 04 73 93 30 59 • Fax : 04 73 93 36 85 • email : [info@lamif.com](mailto:info@lamif.com)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la mutualité - Registre national des mutuelles n°779 209 386



# SOMMAIRE

<b>ARTICLE 1 : OBJET DU RÈGLEMENT</b> .....	3
<b>ARTICLE 2 : DÉTERMINATION DE L'ÂGE</b> .....	3
<b>ARTICLE 3 : ADHÉSION</b> .....	3
3.1 Personnes couvertes .....	3
3.2 Modalités d'adhésion .....	3
3.3 Date d'effet de l'adhésion .....	3
3.4 Informations en cours d'adhésion .....	4
3.5 Revalorisation .....	4
<b>ARTICLE 4 : COTISATIONS</b> .....	4
4.1 Définition et montant de la cotisation .....	4
4.2 Périodicité des cotisations .....	4
4.3 Mode de versement des cotisations .....	4
4.4 Conséquences du défaut de paiement de la cotisation .....	4
4.5 Adhésions en cours d'année .....	5
<b>ARTICLE 5 : OUVERTURE DES DROITS</b> .....	5
<b>ARTICLE 6 : CHANGEMENT DE GARANTIE</b> .....	5
<b>ARTICLE 7 : PRESTATIONS GARANTIES</b> .....	5
7.1 Définition des prestations .....	5
7.2 Risques exclus .....	6
7.3 Crédit d'indemnisation .....	6
7.4 Service des prestations .....	6
7.5 Arrêt du service des prestations .....	6
7.6 Subrogation .....	7
<b>ARTICLE 8 : PRESCRIPTION</b> .....	7
<b>ARTICLE 9 : FIN DES GARANTIES</b> .....	7
9.1 Le souscripteur peut mettre fin à son adhésion .....	7
9.2 La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion .....	7
<b>ARTICLE 10 : MODALITÉS DE MODIFICATION DU PRÉSENT RÈGLEMENT</b> .....	8



Le présent règlement mutualiste est proposé par la Mutuelle Interprofessionnelle et Familiale du Puy-de-Dôme, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité et inscrite au Registre National des Mutuelles sous le n° 779209386.

## **ARTICLE 1 : OBJET DU RÈGLEMENT**

Le présent règlement, régi par le Code de la Mutualité, a pour objet de définir le contenu des engagements existant entre le souscripteur adhérent à la Mutuelle en ce qui concerne les cotisations et les prestations relatives au paiement d'une indemnité journalière consécutive à un séjour hospitalier par suite de maladie, d'accident de la circulation, d'accident de la vie courante ou professionnelle.

Le présent règlement a été adopté par l'Assemblée Générale de la Mutuelle du 4 juin 2005.

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (A.C.A.M.).

## **ARTICLE 2 : 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.

## **ARTICLE 3 : ADHÉSION**

### **3.1 Personnes couvertes**

Sont garanties les personnes nominativement désignées au bulletin d'adhésion résidant sur le territoire français.

L'âge limite à l'adhésion est fixé à 60 ans.

L'âge limite au service des prestations est fixé à 65 ans.

### **3.2 Modalités d'adhésion**

Par la signature du bulletin d'adhésion, sur lequel est indiquée l'option choisie par le souscripteur, celui-ci accepte les droits et obligations définis par le règlement, ainsi que les dispositions des statuts de la mutuelle, dont un exemplaire lui est remis, préalablement à cette signature, avec le texte du présent règlement.

Le souscripteur renseigne avec précision et exactitude les informations demandées sur le bulletin d'adhésion qui permettent à la Mutuelle une mise en œuvre précise des garanties souscrites.

En faisant acte d'adhésion pour lui-même, le souscripteur bénéficie des prestations proposées par la Mutuelle et permet aux membres de sa famille d'en bénéficier (conjoint ou concubin ou partenaire de Pacte Civil de Solidarité, enfant de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'il poursuit des études et s'il est fiscalement à charge, ascendant à charge) en versant régulièrement pour chacun d'eux les cotisations correspondant à l'option choisie qui doit être identique pour chaque bénéficiaire.

En faisant acte d'adhésion pour le compte de personnes dont il assure la tutelle, le souscripteur ouvre le droit aux prestations proposées par la Mutuelle aux personnes dont il assure la tutelle désignées au bulletin d'adhésion, en versant régulièrement les cotisations correspondant à l'option choisie.

La mutuelle s'interdit, à la souscription ou lors de tout changement d'option de demander aux bénéficiaires tout renseignement d'ordre médical.

### **3.3 Date d'effet de l'adhésion**

La date d'effet de l'adhésion est fixée au 1<sup>er</sup> 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.

L'adhésion ne produit ses effets qu'à l'issue de la période de stage telle que définie à l'article 5.

### **3.4 Informations en cours d'adhésion**

Tout au long de l'adhésion, le souscripteur doit déclarer à la Mutuelle, dans un délai d'un mois à compter de sa survenance :

- Tout changement de domicile ;
- Toute modification dans la composition des membres de la famille mentionnés lors de l'adhésion.

### **3.5 Revalorisation**

Les prestations et cotisations pourront être modifiées chaque année par décision de l'Assemblée Générale ou du Conseil d'Administration, sur délégation.

## **ARTICLE 4 : COTISATIONS**

### **4.1 Définition et montant de la cotisation**

Le souscripteur s'engage au paiement d'une cotisation qui est affectée à la couverture des prestations assurées par la Mutuelle et aux frais de gestion s'y rapportant.

Le souscripteur règle une cotisation, pour lui et pour l'ensemble des membres de sa famille désignés sur le bulletin d'adhésion.

La cotisation est fixée en fonction de l'option choisie et de l'âge des personnes garanties.

Elle évolue chaque année en fonction de l'âge des personnes garanties et du résultat de la garantie.

Le souscripteur en est préalablement informé.

En cas de versement d'acomptes de cotisations, liées aux garanties Protection Hospitalière et santé, les cotisations sont affectées en priorité au règlement des cotisations Santé.

### **4.2 Périodicité des cotisations**

La cotisation est annuelle et payable d'avance. La date d'échéance est fixée au 1<sup>er</sup> janvier. Son paiement est fractionné dans les mêmes conditions que les cotisations à la garantie Complémentaire Santé.

Un échéancier de cotisations est adressé au souscripteur en fin d'année pour l'année suivante. Il précise les dates et montants de chaque échéance.

### **4.3 Mode de versement des cotisations**

La cotisation est payable selon le même mode de versement que celui adopté pour la Complémentaire santé.

### **4.4 Conséquences du défaut de paiement de la cotisation**

Si le montant de la cotisation n'est pas réglé dans les 10 jours de son échéance, la garantie est suspendue 30 jours après l'envoi par la Mutuelle, au souscripteur d'une mise en demeure de payer les cotisations. Tout séjour débuté pendant ladite suspension ne donnera donc pas lieu à indemnisation, même après régularisation des cotisations.

Sans autre envoi spécifique, la Mutuelle met fin à l'adhésion 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu au 1<sup>er</sup> alinéa du présent article. Les hospitalisations ne seront donc plus prises en charge par la Mutuelle à compter de cette date.

La mutuelle se réserve le droit de recouvrer le solde de la cotisation annuelle dû.

Par ailleurs, les frais de mise en demeure et de recouvrement contentieux des cotisations sont à la charge du souscripteur.

Toutefois, la garantie non résiliée reprend pour l'avenir ses effets à 0 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.

#### **4.5 Adhésions en cours d'année**

En cas d'adhésion en cours d'année, la cotisation due 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.

En cas de décès du souscripteur, ou d'un bénéficiaire mentionné sur le bulletin d'adhésion, les cotisations versées demeurent acquises jusqu'à la fin du mois du décès.

### **ARTICLE 5 : OUVERTURE DES DROITS**

Le souscripteur et les membres de sa famille mentionnés sur le bulletin d'adhésion sont garantis à compter de la date d'effet indiquée sur ce même bulletin. Toutefois, des délais de stage à l'adhésion sont imposés lorsque la personne est âgée :

- de moins de 55 ans : 3 mois pour tous les risques ;
- à partir de 55 ans : 6 mois pour tous les risques.

S'il s'agit d'un accident (l'accident étant défini comme toute atteinte corporelle non-intentionnelle de la part du souscripteur et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure), le stage est supprimé mais dans ce cas la preuve de la cause accidentelle incombe au souscripteur.

Ne sont pas pris en charge en dehors des exclusions prévues à l'article 7.2 du présent règlement, les séjours en établissement hospitalier dont le premier jour se situe pendant la période de stage.

### **ARTICLE 6 : CHANGEMENT DE GARANTIE**

Le souscripteur qui demande un changement d'option doit le faire pour l'ensemble des bénéficiaires. L'âge limite au changement d'option est le même que pour l'adhésion, à savoir 60 ans. La nouvelle option et la nouvelle cotisation prennent effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier suivant la date de la demande.

Toutefois, s'il s'agit d'une option entraînant le paiement d'une prestation supérieure à la précédente, le souscripteur doit ne pas avoir été indemnisé par la Mutuelle au titre de la même garantie depuis au moins un an à la date de la demande.

Seules les hospitalisations consécutives à une maladie, une maternité ou à un accident dont l'origine ou la première constatation médicale intervient à partir de la date d'effet du changement de garantie peuvent donner lieu à une prise en charge sur la base de la nouvelle garantie.

Toutefois, le délai de stage prévu à l'article 5 est applicable à compter de cette date. Toutes les hospitalisations consécutives à une maladie survenue pendant les trois ou six mois suivants, selon le cas, sont indemnisées sur la base de l'ancienne garantie.

### **ARTICLE 7 : PRESTATIONS GARANTIES**

#### **7.1 Définition des prestations**

En cas d'hospitalisation justifiée par un bulletin de situation délivré par un établissement hospitalier, la Mutuelle sert au souscripteur des indemnités journalières hospita-

lières selon les modalités fixées au bulletin d'adhésion.

Le point de départ de la garantie est fixé au 4<sup>e</sup> jour d'hospitalisation continue en cas de maladie et de maternité et au 1<sup>er</sup> jour en cas d'accident et se termine au plus tard au 1095<sup>e</sup> jour.

Est réputée continue l'hospitalisation non interrompue pendant plus de trois jours consécutifs et ne donnant ainsi lieu qu'à l'application d'un seul délai de carence de trois jours, de même que l'hospitalisation de jour relative à une même affection. L'indemnisation prend alors effet dès le 4<sup>e</sup> jour suivant la date initiale d'admission.

Le souscripteur choisit lui-même le montant de l'indemnité journalière qu'il souhaite parmi les trois options proposées par la Mutuelle : 16 €, 32 € ou 48 € en 2005.

La limite de la garantie est fixée à 65 ans.

## 7.2 Risques exclus

La mutuelle ne prend pas en charge les séjours en établissements hospitaliers résultant :

- des séjours dans des établissements très spécialisés tels que les maisons de repos, de plein air, de retraite, de convalescence, établissements de services thermaux, climatiques, diététiques, centres héliomarins, établissements et services de gériatrie, établissements et services de rééducation fonctionnelle et motrice, services, cliniques ou hôpitaux psychiatriques, centres médico. et/ou psychopédagogiques, séjours en établissements à caractère sanitaire, centre de vacances, aériums, homes d'enfants ;
- de cures de désintoxication liées au tabagisme, à l'alcoolisme ou à la toxicomanie, cures de sommeil, traitements esthétiques, de rajeunissement, de check-up ;
- de tentatives de suicide ou de tout acte in-

- tentionnel du bénéficiaire contre lui-même ;
- d'accidents dus à un état alcoolique ou sous l'emprise de stupéfiants ;
- de la participation volontaire à des émeutes, mouvements populaires, rixes, paris et crimes ;
- de faits de guerre civile ou étrangère.

## 7.3 Crédit d'indemnisation

Le crédit d'indemnisation peut être épuisé en un ou plusieurs séjours hospitaliers.

Si une nouvelle hospitalisation intervient moins d'un an après la fin de la précédente, les droits du souscripteur sont ouverts pour la période d'indemnisation restant à courir.

Si une nouvelle hospitalisation survient après plus d'un an, le crédit d'indemnisation est intégralement reconstitué.

## 7.4 Service des prestations

Une fois les droits ouverts, le premier paiement est effectué sur présentation du bulletin d'hospitalisation, accompagné de l'imprimé de demande d'indemnisation, rempli, daté et signé, sur la base de l'option souscrite. Les hospitalisations suivantes sont indemnisées au fur et à mesure de la réception par la Mutuelle des prolongations d'hospitalisation et sur présentation des mêmes documents.

## 7.5 Arrêt du service des prestations

Le service des prestations est supprimé à compter du jour où l'intéressé ne remplit plus les conditions exigées par le contrat pour en bénéficier, notamment en cas de :

- sortie de l'établissement ;
- épuisement du crédit d'indemnisation ;
- atteinte de l'âge limite au service des prestations (31 décembre de l'année du 65<sup>e</sup> anniversaire) ;
- en cours de contrat, en cas de sortie hors du territoire national ;

- en cas de résiliation du contrat.

## **7.6 Subrogation**

La Mutuelle est subrogée de plein droit au souscripteur, victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou 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.

## **ARTICLE 8 : PRESCRIPTION**

Toute action concernant l'application des garanties souscrites (contestations, recours...) doit être engagée dans un délai d'un an après l'événement qui lui a donné naissance.

Les demandes de paiement des prestations accompagnées des justificatifs nécessaires doivent ainsi, sous peine de forclusion être produites dans un délai maximum d'un an à compter de la date de sortie de l'établissement.

## **ARTICLE 9 : FIN DES GARANTIES**

L'adhésion prend fin au 31 décembre de chaque année. Passée cette date, elle se renouvelle automatiquement chaque année pour une nouvelle période de 12 mois.

L'adhésion prend obligatoirement fin au plus tard le 31 décembre suivant le 65<sup>e</sup> anniversaire du souscripteur.

### **9.1 Le souscripteur peut mettre fin à son adhésion**

#### **9.1.1 Résiliation en fin d'année**

Chaque année au 31 décembre, en adressant à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant cette date, c'est-à-dire au plus tard le 31 octobre.

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, le souscripteur 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 d'un délai 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.

#### **9.1.2 Résiliation en cours d'année**

Lors d'une modification de la situation du souscripteur en relation directe avec l'objet de la garantie des risques (changement de régime matrimonial, de situation matrimoniale, de domicile, de profession ou encore en cas de retraite ou cessation définitive d'activité professionnelle) le souscripteur adresse à la Mutuelle une lettre recommandée avec accusé de réception dans les trois mois suivant cette modification ou sa révélation accompagnée d'un justificatif attestant les modifications intervenues.

Le bénéficiaire 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.

La Mutuelle rembourse au souscripteur 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.

### **9.2 La Mutuelle peut mettre fin à l'adhésion**

- En cas de non-paiement des cotisations et conformément à l'article 4.4 du présent règlement.

- Lorsque le souscripteur a, par une fausse déclaration intentionnelle, cherché à percevoir de la Mutuelle des prestations indues. Dans ce cas, la radiation prend effet dès connaissance des faits par la Mutuelle et ce sans préjudice des poursuites que la Mutuelle pourrait engager contre le souscripteur pour récupérer les sommes indûment payées. La Mutuelle conserve l'intégralité des sommes précédemment versées à titre d'indemnité.

### **ARTICLE 10 : MODALITÉS DE MODIFICATION DU PRÉSENT RÈGLEMENT**

Le présent règlement, approuvé par l'Assemblée Générale, peut être à tout moment modifié par cette dernière ou par le Conseil d'Administration ayant reçu délégation de l'Assemblée Générale.

Toute modification du présent règlement, approuvé par l'Assemblée Générale sera notifiée à chaque souscripteur.