

REGLEMENT MUTUALISTE CHORALIS MUTUELLE LE LIBRE CHOIX
validé au Conseil d'Administration du 23/10/2024
SIREN 783 747 793
Siège social : Boulevard de l'Europe 59602 MAUBEUGE CEDEX

CHAPITRE I : OBJET DU REGLEMENT MUTUALISTE DATE D'EFFET ET DUREE

TITRE I – Objet

Article 1

Le présent règlement mutualiste, élaboré conformément à l'article 4 des statuts de la mutuelle, a pour objet de définir le contenu des engagements contractuels existant entre chaque membre participant ou honoraire de la mutuelle, relatifs aux conditions d'adhésion, démission ou exclusion. Il détermine également la nature, le montant des prestations, le montant de cotisations.

Article 2

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre que les statuts.

TITRE II - Date d'effet et durée

Article 3

Les textes du présent règlement peuvent être modifiés par délibération du conseil d'administration dans le respect des règles générales fixées par l'Assemblée générale. Ces modifications entrent en vigueur le 1^{er} janvier suivant l'adoption de celle-ci.

CHAPITRE II : CATEGORIE DE BENEFICIAIRES

TITRE I – Bénéficiaires individuels et formalités d'adhésion.

Article 4 – Catégorie de membres

La Mutuelle se compose de membres participants et de membres honoraires.

Les **membres participants** sont les personnes physiques majeures bénéficiant d'un régime général français (hors régime obligatoire monégasque) qui bénéficient et font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, que ces garanties aient été souscrites par elles même ou qu'un tiers (personne physique ou morale) les aie souscrites pour elles.

Les **membres honoraires** sont soit des personnes physiques qui paient une cotisation, soit des personnes morales qui ont souscrit un contrat collectif obligatoire.

Article 5 – Bénéficiaires

Conformément à l'article 8 des statuts, sont réputés membres adhérents individuels les personnes qui font acte d'adhésion dans l'une des formules définies à l'article 6 du présent règlement.

Peuvent adhérer au contrat :

- a) tout(e) assuré(e) social(e) immatriculé(e) à un régime obligatoire d'assurance maladie,
- b) le conjoint (marié, pacsé, en vie maritale ou assimilé selon la législation française en vigueur),
- c) les enfants à charge, au sens de la Sécurité sociale,
- d) les enfants ayant leur propre immatriculation, s'ils sont âgés de moins de 28 ans (étudiants, sous contrat d'apprentissage ou à la recherche d'un premier emploi fiscalement à charge), sous réserve de justifier de leur situation.

Article 6 - Formules

Les membres participants ayant adhéré à titre individuel, conformément à l'article 8 des statuts, peuvent choisir entre les formules suivantes : Saphir R+, Emeraude R+, Rubis R+, et Diamant R+.

Sous réserve de remplir certaines conditions, les membres participants pourront souscrire aux formules Tonus R+, Santé R+, Santé plus R+, Prestige R+.

Toutes ces formules sont ouvertes aux personnes soumises à un régime français obligatoire d'assurance maladie ainsi qu'à leur famille.

Article 7 – Formalités d'adhésion

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions statutaires, du règlement intérieur ainsi que du présent règlement mutualiste. Pour être recevable, le bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné le cas échéant des pièces justificatives nécessaires (photocopies), dans la forme fixée par la mutuelle, en vigueur au moment de l'affiliation.

Les personnes redevables d'une dette envers la Mutuelle au titre d'une souscription antérieure devront s'en acquitter avant toute nouvelle adhésion.

En cas de changement de votre situation de famille, vous pouvez affilier un nouvel ayant droit en adressant une demande écrite à la Mutuelle. L'affiliation du nouvel ayant droit prend effet au plus tôt, le 1er jour du mois qui suit la réception de la demande par la Mutuelle, sous réserve que le dossier d'affiliation soit complet.

L'affiliation d'un enfant nouveau-né ou adopté, inscrit dans un délai maximum de 30 jours après sa naissance ou son adoption, rétroagit au jour de la naissance ou de l'adoption de l'enfant. Au-delà de ce délai, l'adhésion prend effet au 1er du mois qui suit la réception des pièces justificatives.

La Mutuelle se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires permettant de valider la qualité d'adhérent ou d'ayant droit. La qualité d'ayant droit prend fin le jour où la personne ne répond plus aux critères ci-dessus.

7.1 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet au premier jour du mois indiqué sur le bulletin d'adhésion sous réserve que l'ensemble des documents nécessaires à l'adhésion ait été transmis à la mutuelle avant le 10 du mois.

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, l'adhésion peut prendre effet le lendemain de la résiliation du précédent contrat.

Le contrat est conclu pour une durée initiale minimale de 12 mois.

L'adhésion est réputée viagère.

Le contrat se reconduit tacitement d'année en année, la première échéance est le 31 décembre suivant la durée initiale minimale de 12 mois. Il se dénonce selon modalités prévues à l'article 42.

7.2 - Faculté de renonciation en cas de vente à distance ou de démarchage à domicile

Conformément à l'article L221-18 du code de la Mutualité : « toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activités commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance ou un démarchage à domicile, dispose d'un délai de 14 jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

« Ce délai commence à courir :

- a) soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;

b) soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L.222-6 du code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a) »

Vous devez adresser votre renonciation par lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle Le Libre Choix - Service adhésion - bvd de l'Europe - CS 30143 - 59602 Maubeuge cedex, en utilisant le modèle ci-dessous, en l'accompagnant de votre carte de tiers payant pour être prise en compte :

Je, soussigné,(nom, prénom), déclare annuler la demande d'adhésion ci-après :

N° adhésion : (ou joindre copie du bulletin d'adhésion)

Date de la demande d'adhésion :

Adresse :

Fait à le

Signature

La renonciation entraîne la résiliation du contrat à la date d'effet de l'adhésion. Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à les rembourser à la Mutuelle sans quoi l'intégralité des cotisations restera due à la Mutuelle. Si des cotisations ont été perçues, la Mutuelle procédera à leur remboursement dans un délai de 30 jours.

Article 7.3 - Modifications des garanties

L'adhérent ne pourra demander la modification de ses garanties en cours d'année. La modification n'est possible qu'à l'échéance annuelle sous réserve que la demande soit faite par courrier adressé à la mutuelle au plus tard le 31 décembre.

La signature d'un nouveau bulletin d'adhésion est obligatoire.

TITRE II – Bénéficiaires de contrats collectifs

Article 8

La qualité d'adhérent entrant dans la catégorie des contrats collectifs, conformément à l'article 9 des statuts, résulte de la signature d'un contrat entre la mutuelle et l'employeur ou la personne morale pour ses salariés.

Sauf mention particulière figurant sur le bulletin d'adhésion, l'adhésion prend effet au premier jour du mois indiqué dans le contrat signé avec le souscripteur. Le contrat signé avec le souscripteur prévoit :

- les personnes concernées par le contrat,
- la durée du contrat,
- les clauses de renouvellement ou de non renouvellement,
- le montant des cotisations,
- la nature des prestations, les taux de remboursements, les éventuelles périodes de stage.

Article 9 – Affiliation des salariés

Les salariés appartenant à la catégorie de personnel couverte bénéficient des garanties souscrites à compter de la date d'effet du contrat ou au 1^{er} du mois de leur embauche ou de leur promotion dans cette catégorie si elle est postérieure.

L'ensemble des documents nécessaire à l'affiliation doit être transmis sous 10 jours.

Article 10 – Portabilité des droits santé des contrats collectifs obligatoires

10.1 - Conditions du maintien de l'affiliation

Le maintien des garanties résulte des dispositions de l'article L911-8 du code de la Sécurité Sociale. Il pourra être modifié de plein droit par toute évolution législative ou réglementaire.

En l'état, sous réserve pour le salarié d'être éligible à ce dispositif, l'affiliation, et par conséquent les garanties dont profitaient effectivement les bénéficiaires, sont maintenues en cas de rupture de son contrat de travail.

Il faut que celle-ci résulte d'un motif autre qu'un licenciement pour faute lourde et qu'elle ouvre droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

La mutuelle tient à la disposition de l'entreprise un formulaire type « portabilité » qu'elle devra retourner dûment renseigné et signé des deux parties (employeur et salarié) pour permettre le maintien de la couverture. A défaut, l'affiliation du salarié cessera de plein droit à la date de cessation du contrat de travail.

Il incombe à l'entreprise d'informer le salarié du principe et de l'étendue du droit au maintien des garanties.

10.2 - Effet et durée du maintien de l'affiliation

L'affiliation de l'ancien salarié est maintenue à compter du lendemain de la cessation du contrat de travail pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de celle de son dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur. Cette durée est appréciée en mois, le cas échéant arrondie au mois supérieur, **sans pouvoir excéder douze mois**.

L'ancien salarié a la possibilité de refuser son droit à portabilité. Il doit alors notifier son refus à son employeur, par écrit, dans les 10 jours suivant la cessation de son contrat de travail.

L'affiliation de l'ancien salarié cesse de plein droit :

- à la date à laquelle il cesse définitivement et totalement de bénéficier des allocations du régime d'assurance chômage pendant la période de maintien de couverture (notamment en cas de reprise d'une activité professionnelle, de retraite, de radiation des listes du Pôle Emploi, de décès),
- en cas de manquement à son obligation de fourniture des justificatifs prévus,
- en cas de résiliation du contrat, quelle qu'en soit la cause.

10.3 - Obligations déclaratives

L'ancien salarié s'engage à fournir à la mutuelle :

- à l'ouverture de la période de maintien des garanties, le justificatif initial de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- mensuellement, l'attestation de paiement des allocations chômage.

10.4 – Garanties maintenues

Les garanties de base obligatoires maintenues, pendant la période de portabilité, sont celles en vigueur dans l'entreprise pour la catégorie de personnel à laquelle appartenait l'ancien salarié avant la rupture ou la fin de son contrat de travail.

10.5 – Financement

Ce maintien est financé par un système de mutualisation intégré aux cotisations du contrat des salariés en activité. Ainsi, les anciens salariés bénéficiaires du dispositif de maintien de garanties sur la base obligatoire sont couverts sans paiement de cotisations après la cessation de leur contrat de travail.

Article 11 - Conséquences de la suspension du contrat de travail

11.1 - En cas de suspension du contrat de travail donnant lieu à indemnisation

En cas de suspension du contrat de travail, l'affiliation du membre participant au régime à adhésion obligatoire est maintenue **dans tous les cas de suspension du contrat de travail pour lesquels il bénéficie d'un maintien de salaire**, total ou partiel, d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, ou d'un revenu de remplacement versé par l'employeur.

Ce maintien implique que pendant toute la période de suspension, le membre participant acquitte sa quote-part de cotisation calculée selon les règles prévues par le régime.

La contribution de l'employeur est maintenue pendant toute la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

11.2 - En cas de suspension du contrat de travail ne donnant pas lieu à indemnisation

Dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail n'ouvrant pas droit à maintien de salaire (total ou partiel) ou indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur ou versement d'un revenu de remplacement par l'employeur, le membre honoraire peut décider de maintenir la couverture Frais de santé.

Les modalités de ce maintien devront être fixées dans l'acte fondateur du régime (accord collectif, décision unilatérale de l'employeur, référendum) du membre honoraire. Ce dernier devra en informer la Mutuelle.

CHAPITRE III : COTISATIONS

TITRE I - Cotisations des bénéficiaires individuels

Article 12 - Montant de la cotisation

12.1 - Fixation et évolution des cotisations conformément à l'article 25 des statuts

Les cotisations sont fixées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir du 1^{er} janvier suivant leur adoption par le Conseil d'Administration. Le tableau des cotisations annexé au présent règlement est valable jusqu'à sa prochaine modification décidée par le Conseil d'Administration. Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par le Conseil d'Administration si des circonstances exceptionnelles l'exigent en fonction, notamment, du désengagement soudain et significatif de l'assurance maladie obligatoire, de modifications importantes des tarifs de base de remboursement de la Sécurité sociale ou de l'application de nouvelles dispositions réglementaires fiscales ou autres.

12.2 - Mode de calcul des cotisations

Les cotisations sont déterminées par année civile en fonction de la garantie choisie et par tranche d'âge au 1^{er} janvier de l'année.

Elles sont réajustées en fonction de l'appel de cotisation annuel et/ou du changement de tranche d'âge.

Les assurés sociaux adhérant après 55 ans, alors qu'ils ne sont pas couverts auprès d'un autre organisme, doivent acquitter des cotisations majorées. L'adhérent s'engage au paiement d'une cotisation annuelle, il règle une cotisation pour lui et l'ensemble de ses ayants droit désignés sur le bulletin d'adhésion.

Article 13 - Paiement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel, il intervient selon les modalités définies au bulletin d'adhésion. La périodicité mensuelle est réservée aux adhérents payant leur cotisation par prélèvement sur compte bancaire. La cotisation est annuelle et payable d'avance. Le paiement fractionné n'est qu'une facilité de paiement accordée aux adhérents. Un appel de cotisation est établi par la mutuelle et adressé aux membres participants. Le paiement de la cotisation doit intervenir dans les 10 jours qui suivent chaque échéance. La non réception de l'avis d'appel par l'adhérent ne le dispense pas de l'obligation de payer sa cotisation. Il doit dans cette hypothèse contacter la mutuelle. Dans tous les cas, l'adhérent doit régler au comptant un mois de cotisation au moment de la signature du bulletin d'adhésion.

Article 14 - Incident de paiement

14.1 Cas du prélèvement

En cas de premier rejet d'un prélèvement, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous 10 jours.

Les prélèvements automatiques sont suspendus dans l'attente de la régularisation.

Le paiement de la cotisation due devra être effectué par chèque, espèces ou virement.

Dans les cas de rejet pour motif « compte soldé », « ordre client », « opposition au paiement », un nouveau mandat de prélèvement doit être signé afin de reprendre les prélèvements automatiques.

14.2 Cas du paiement par chèque

En cas de rejet de chèque, un courrier est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous 10 jours.

Dans tous les cas d'incident de paiement la mutuelle applique une procédure de recouvrement et, dans ce cas, il sera imputé au membre participant des frais de recouvrement tels que prévus à l'article L221-7 du Code de la Mutualité.

Article 15 - Défaut de 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, la mutuelle adresse au membre participant une lettre recommandée avec accusé de réception valant mise en demeure de payer les cotisations.

Cette mise en demeure fait courir à partir de sa date d'envoi un délai de 30 jours au terme duquel la garantie est suspendue.

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

Sans autre envoi spécifique, au terme d'un délai de 10 jours après expiration du délai de 30 jours et si la cotisation n'a toujours pas été payée, le contrat est résilié.

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

Le défaut de paiement des cotisations peut conduire à l'inscription du membre participant dans un fichier destiné à recenser les personnes en situation d'impayé vis-à-vis de la Mutuelle.

Par ailleurs, la mutuelle peut procéder au recouvrement des échéances impayées, par tout moyen de droit.

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.

Les garanties non résiliées reprennent pour l'avenir leurs effets à midi, le lendemain du jour où ont été payées à la mutuelle les cotisations ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi qu'éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 16 - Modification de la situation familiale

Les modifications survenues dans la situation de famille (mariage, séparation de corps, divorce, décès) entraînant changement du taux de la cotisation, prennent effet à partir du premier jour du mois suivant la notification.

En cas de décès de l'adhérent, un nouveau bulletin d'adhésion devra être signé par le conjoint le cas échéant.

Dans le cas de la naissance ou de l'adoption, sous réserve de respecter l'article 7, le changement éventuel du taux de cotisation ne s'applique alors qu'au 1er du mois suivant la naissance ou l'adoption.

Lorsqu'un zonier géographique est appliqué pour la détermination des cotisations, en cas de changement de domicile, la Mutuelle recalculera la nouvelle cotisation du membre participant et celle de ses ayants droit si ce déménagement entraîne un changement de zone tarifaire. Cette modification de tarif prendra effet au 1^{er} jour du mois suivant sa notification à la Mutuelle.

TITRE II – Cotisations des bénéficiaires des contrats collectifs

Article 17

Les cotisations des adhérents dans le cadre d'un contrat de groupe, sont fixées lors de la signature dudit contrat.

Elles sont valables pour la durée du contrat et révisables lors du renouvellement de celui-ci.

Les modulations de tarif sont déterminées en fonction de la situation de famille, de l'âge moyen arithmétique de la démographie du groupement et du niveau de prestations prises en charge.

Lorsque le risque se trouve aggravé sans le fait des parties, notamment à la suite de nouvelles dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles modifiant les prestations en nature du régime obligatoire d'assurance maladie, la mutuelle a la faculté de déterminer un nouveau taux de cotisation.

Article 18 - Non-paiement des cotisations

18.1 - Non-paiement des cotisations en cas de précompte de la cotisation de la personne morale

Lorsque l'employeur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'entreprise.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle lui adresse, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la cotisation par l'employeur est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à son employeur pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement.

18.2 - Non-paiement des cotisations en cas d'absence de précompte de la cotisation par la personne morale

18.2.1 - Non-paiement des cotisations par l'entreprise

A défaut de paiement par l'entreprise d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de ce membre honoraire.

Dans la lettre de mise en demeure qu'elle adresse à l'entreprise, la mutuelle l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. Le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut du paiement de la cotisation par l'entreprise est susceptible d'entraîner la résiliation de l'adhésion, sauf s'il entreprend de se substituer à l'entreprise pour le paiement des cotisations.

La mutuelle a le droit de mettre fin à l'adhésion dix jours après le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article.

L'adhésion non résiliée reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de la mutuelle, ont été payées à celle-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les pénalités de retard, les frais de poursuite et de recouvrement. La mutuelle rembourse, le cas échéant, au membre participant, la fraction de cotisation afférente au temps pendant lequel la mutuelle ne couvre plus le risque.

18.2.2 - Non-paiement des cotisations par le salarié

Lorsque l'employeur n'assure pas le précompte des cotisations, le salarié qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, le salarié est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies au bulletin d'adhésion. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

CHAPITRE IV : OBLIGATION DE LA MUTUELLE ENVERS LES ADHERENTS

Article 19 – Prestations couvertes

Se référer au tableau des garanties

Article 20 – Contrat solidaire et responsable

Tous nos contrats sont solidaires et responsables au sens des dispositions de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale. Ils respectent donc le cahier des charges défini aux articles R.871-1 et R.871-2 du même code. Les contrats remplissent les obligations des décrets n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et n°2019-21 du 11 janvier 2019.

Ces dispositions comportent des exclusions et des obligations de prises en charge minimales précisées aux articles

R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale ainsi qu'une interdiction de couvrir la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale.

Conformément aux obligations de prise en charge du contrat responsable, l'ensemble des participations des assurés définies à l'article R.322-1 du code de la Sécurité sociale, hors 6°, 7°, 10°, 14° du même article (sauf prise en charge expressément mentionnée dans la grille de garanties) sont prises en charge.

Pour les prestations liées à la prévention, la Mutuelle Le Libre Choix prend en charge le ticket modérateur de tous les actes de prévention remboursables par l'assurance maladie obligatoire et dont la liste est fixée par un arrêté du 8 juin 2006.

En outre, et afin de se conformer aux dispositions du premier alinéa de l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale, la mutuelle communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes

afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale.

Dans le cadre de l'Accord National Interprofessionnel pour les contrats collectifs obligatoires, les garanties respectent les critères des paniers de soins définis aux décrets n°2014-1025 du 8 septembre 2014 et n°2019-65 du 31 janvier 2019.

CHAPITRE V : CONDITIONS GENERALES ET D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

TITRE I – Conditions générales

Article 21

Pour percevoir leurs prestations et solliciter le tiers payant, les adhérents doivent être à jour de leurs cotisations.

Article 22 – Nature du risque

Le remboursement des dépenses de maladie par la mutuelle ne peut être supérieur au montant des frais restant à charge effective de l'adhérent. Sauf cas particulier, les garanties interviennent en complément et après remboursement préalable du régime de Sécurité sociale.

Article 23 – Délai de versement des prestations

La Mutuelle verse ses prestations Frais de santé, par virement sur le compte bancaire ou postal du membre participant :

- dans les 48 heures en cas de traitement automatique des remboursements (télétransmission des décomptes par les Caisses d'Assurance Maladie),
- dans les 5 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement en cas de traitement manuel des remboursements ; délai de poste ou bancaire non compris.

Ce délai est donné à titre indicatif et ne saurait en aucun cas engager la responsabilité de la Mutuelle.

Article 24 – Prescription

L'action de l'adhérent pour le paiement des prestations se prescrit par 2 ans plus le trimestre en cours, à compter de la date de l'évènement.

Article 25 – Subrogation

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la mutuelle a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise sous la même réserve.

Article 26 – Exclusions

Les contrats remplissent les obligations du cahier de charge issu des décrets n°2014-1374 du 18 novembre 2014 et n°2019-21 du 11 janvier 2019.

La mutuelle rembourse dans tous les cas les prestations prévues aux articles L.871-1, R.871-1 et R.871-2 du code de la Sécurité sociale qui définissent les contrats responsables mais exclue les prestations ci-dessous :

- les frais facturés par les établissements médico-sociaux ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes, maison de retraite.
- les actes médicaux non pris préalablement en charge par le régime d'assurance maladie obligatoire sauf prestations particulières mentionnées au descriptif des garanties.

Sont également exclus des remboursements de la Mutuelle :

- la participation forfaitaire de 1 euro, visée à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale conformément à l'article 40 de la loi de financement de la Sécurité sociale,
- la majoration de participation laissée à la charge des assurés par l'Assurance Maladie Obligatoire dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un médecin autre que son médecin traitant sans prescription préalable de ce dernier ou n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel,
- les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé en cas de non respect par les assurés du parcours de soins ou non conventionnés,
- les indemnités de déplacement et les dépassements d'honoraires consécutifs à des visites à domicile reconnues médicalement injustifiées par le professionnel de santé ou par l'Assurance Maladie Obligatoire,
- les franchises mises en place au 01/01/2008 sur les médicaments, les actes d'auxiliaires médicaux et les transports institués par l'article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008.

Article 27 - Dates retenues pour l'évaluation des droits

Honoraires - Soins externes hospitaliers : date des soins

Soins dentaires : date des soins

Prothèses dentaires : date d'exécution (mise en bouche)

Traitement d'orthodontie commencé avant l'âge de 16 ans : date mentionnée sur le décompte de Sécurité sociale

Orthodontie non remboursée, prothèses dentaires non remboursées, implants dentaires non remboursés : Date de fin de soins

Séjour : date d'entrée

Équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie : date mentionnée sur le décompte de Sécurité sociale

Lentilles remboursables ou non remboursables par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie : date de facturation

Médicaments : Date de facturation

Matériel médical : date de facturation

Prothèses auditives ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie : date mentionnée sur le décompte de Sécurité sociale

Cure thermale : date de début de cure

Article 28 - Documents à fournir pour le paiement des prestations

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'adhérent doit envoyer à la mutuelle dans les meilleurs délais les documents originaux (ou certifiés conformes en cas de remboursement préalable de tout ou partie du reste à charge par un autre organisme complémentaire) indiqués ci-dessous. Si l'information est transmise directement par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie à la mutuelle, le décompte envoyé à l'adhérent précise que la mutuelle a été avertie des remboursements effectués.

Les documents originaux doivent indiquer clairement le montant des dépenses et celui du remboursement du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie :

Soins ambulatoires divers : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée

Soins externes hospitaliers : Avis des sommes à payer et attestation de paiement

Honoraires : Facture détaillée acquittée

Séjour : La facture réservée à la mutuelle dûment acquittée et/ou avis des sommes à payer et attestation de paiement

RM CLASSIQUE – MAJ 14/11/2024

Transport : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et facture acquittée
Dépassement d'honoraires, chambre particulière, forfait accompagnant : Facture détaillée acquittée et/ou avis des sommes à payer et attestation de paiement
Soins dentaires : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée
Prothèses dentaires : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée
Orthodontie : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et/ou facture acquittée
Orthodontie non remboursée, prothèses dentaires non remboursées, implants dentaires non remboursés : Facture détaillée acquittée
Médicaments remboursés par le régime obligatoire : Facture détaillée acquittée
Frais de pharmacie prescrits non remboursés par le régime obligatoire (médicaments, vaccins, pilules et patchs contraceptifs, sevrage tabagique...) : Facture acquittée et copie de la prescription médicale
Prothèses non prises en charge par le régime obligatoire : Facture détaillée acquittée
Médecines douces (acupuncture, biomagnétisme synergique, chiropractie, homéopathie, méthode Mézières, ostéopathie pratiquée par des ostéopathes agréés par l'Agence Régionale de Santé, pédicurie, posturologie, sophrologie) : Facture acquittée
Équipement optique ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'opticien et prescription médicale
Lentilles remboursables : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'opticien et prescription médicale
Lentilles correctrices non remboursables : Facture détaillée de l'opticien et prescription médicale
Chirurgie réfractive (**la chirurgie de la cataracte n'est pas reprise dans la chirurgie réfractive**) : Facture détaillée acquittée
Matériel médical : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et facture acquittée
Prothèses auditives ayant fait l'objet d'une prise en charge par le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie, facture détaillée de l'audioprothésiste et prescription médicale
Cure thermale (inclut soins, transport et hébergement) : Décompte du Régime Obligatoire d'Assurance Maladie et facture acquittée
Allocation de naissance ou d'adoption : acte de naissance ou copie du livret de famille, certificat définitif d'adoption
Les documents originaux fournis pour obtenir les versements des prestations sont conservés par la mutuelle.
La validité des documents détaillés ci-dessus se prescrit par 2 ans + trimestre en cours, à compter de la date de survenance de l'événement.
La mutuelle se réserve le droit de réclamer tout document qu'elle jugera nécessaire pour le paiement des prestations.

TITRE II – Attribution des prestations

Article 29 – Ticket modérateur

Sous réserve des exceptions listées ci-dessous, les garanties des « contrats responsables » couvrent l'intégralité de la participation de l'assuré dit « ticket modérateur » calculé sur les tarifs de base de l'assurance maladie obligatoire.

Parmi les postes de soins couverts obligatoirement au titre du ticket modérateur, figurent notamment :

- les consultations et actes réalisés par les professionnels de santé ;
- les médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 65% ;
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance (visés au 11° du R. 160-5 du code de la Sécurité sociale) ou avec un médicament dont le ticket modérateur est obligatoirement pris en charge ;
- les soins dentaires y compris les soins d'orthopédie dento-faciale et les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée (panier dit 100% santé) ou non ;
- les frais d'acquisition des équipements d'optique médicale à prise en charge renforcée ou non ;
- la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique ;
- les frais d'acquisition des aides auditives à prise en charge renforcée ou non, y compris les consommables, piles ou accessoires, pris en charge par la Sécurité sociale.

Par exception, la prise en charge du ticket modérateur n'est pas obligatoire pour les frais de cure thermale, pour les dépenses de médicaments dont la prise en charge par l'assurance maladie est fixée à 15% ou à 30% et pour les spécialités et les préparations homéopathiques (ainsi que les honoraires de dispensation en lien avec ces médicaments et spécialités et préparations homéopathiques).

La majoration de la participation de l'assuré, tout comme les dépassements d'honoraires facturables en cas de non-respect du parcours de soins, ne peuvent être pris en charge au titre des contrats responsables.

Article 30 – Hospitalisation

Les garanties des contrats responsables couvrent :

- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation, avec ou sans hébergement, y compris la participation forfaitaire, prévue au I de l'article R. 160-16 du code de la Sécurité sociale, et sur les consultations et actes externes des établissements de santé ;
- l'intégralité du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la Sécurité sociale. Cette obligation concerne uniquement le forfait journalier facturé par les établissements de santé (séjours en hospitalisation complète en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie).

Exclusion : Le forfait journalier hospitalier facturé par les établissements médico-sociaux comme les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) n'est pas couvert.

La chambre particulière est prise en charge dans le cadre d'une hospitalisation chirurgicale, médicale ou de maternité avec hébergement (avec nuitée) dans la limite de la garantie souscrite.

Article 31 – Dépassements d'honoraires des médecins

Si le contrat propose la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisé (OPTAM et OPTAM-co) prévu par la convention nationale médicale, cette prise en charge est plafonnée dans les conditions cumulatives suivantes :

- la prise en charge du dépassement ne peut pas excéder un montant égal à 100% du tarif opposable ;
- elle doit être inférieure à la prise en charge proposée par le même contrat pour les dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM-co), en respectant une différence au moins égale à 20% du tarif de responsabilité de la prestation faisant l'objet de la prise en charge (le tarif de responsabilité à retenir est celui figurant sur le décompte de l'assurance maladie pour l'acte ou la consultation dispensé par le médecin n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée).

Ces limites s'appliquent à tous les dépassements d'honoraires facturés par les médecins n'adhérant pas à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée et couverts par une garantie du contrat. Le contrat peut prévoir que seuls les dépassements d'honoraires facturés au titre de certains actes techniques et cliniques font l'objet d'une prise en charge.

Ces limites s'appliquent que le médecin soit conventionné ou non avec l'assurance maladie obligatoire. Dans l'hypothèse où le médecin n'est pas conventionné avec cette dernière, la base de remboursement qui sera retenue est celle du tarif d'autorité.

Le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée prévu par la convention nationale médicale ne fait en revanche pas l'objet d'un plafonnement. S'il n'existe pas de limite prévue par le contrat pour la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée, seule la première limite (100% du tarif opposable) s'appliquera à la prise en charge des dépassements pratiqués par les médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée. Un contrat qui couvrirait uniquement la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins non adhérant à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée ne pourra être qualifié de « contrat responsable ».

Il est à noter que les tarifs des soins prothétiques dentaires ou d'orthopédie dento-faciale fixés par entente directe par les médecins stomatologues au-delà du tarif de responsabilité ne constituent pas des dépassements d'honoraires plafonnés au sens des contrats responsables.

Article 32 – Optique

32.1 – Equipement relevant du 100% santé

L'article R. 871-2 du code de la Sécurité sociale dans sa rédaction issue du décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 définit les planchers et les plafonds de garanties que doivent respecter les « contrats responsables ».

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé (classe A).

En optique médicale dans la limite des prix limites de vente des montures et des verres de classe A (panier dit 100% santé) fixés par la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. La prestation d'appairage pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents ainsi que le supplément pour les verres avec filtre de classe A sont intégralement pris en charge dans la limite du prix limite de vente, déduction faite de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

32.2 – Equipement ne relevant pas du 100% santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'un équipement composé d'une monture et de verres soumis au remboursement de classe B (autres que 100% santé), alors des planchers et des plafonds doivent être respectés par le contrat.

Ces planchers et plafonds s'appliquent également lorsque l'assuré opte pour un équipement composé d'une monture appartenant à la classe A (100% santé) et de verres appartenant à la classe B, et réciproquement. Dans ce cas, le plafond appliqué à l'ensemble de l'équipement est le plafond d'un équipement de classe B, dans la limite des prix limites de vente. Si le contrat alloue spécifiquement, au sein des garanties optiques, des forfaits dédiés à une composante de l'équipement (verres ou monture), alors la prise en charge de chacune des composantes s'effectue dans la limite de ces garanties.

Lorsque l'assuré fait un achat dissocié des composantes de son équipement, le montant de prise en charge des différents éléments achetés du même équipement se cumule jusqu'à saturation du plafond qui s'applique.

Dans tous les cas, les plafonds intègrent la couverture de la monture qui est limitée à 100 euros au sein du remboursement de l'équipement global. Ils n'incluent pas les tarifs de responsabilité de la prestation d'appairage facturée pour des verres de classe A d'indice de réfraction différents, du supplément pour les verres avec filtre et de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur réalisée par l'opticien.

Les planchers et les plafonds incluent systématiquement l'intégralité de la participation de l'assuré (ticket modérateur) et la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

32.3 – Renouvellement et dérogations

Sous réserve des dérogations listées ci-dessous, les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à un équipement composé de deux verres et d'une monture :

- par période de deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus ;

- par période d'un an pour les assurés de moins de 16 ans ;

- par période de six mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas d'une mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage de l'enfant entraînant une perte d'efficacité du verre correcteur.

Par dérogation, la période de deux ans, qui s'applique aux assurés de 16 ans et plus, est réduite, en cas d'évolution de la vue dans les conditions précisées au VIII.2. du chapitre 2 du titre II de la LPP, à un an pour les frais exposés pour le renouvellement d'un équipement complet (deux verres et monture) justifié par une évolution de la vue.

Par dérogation, la période d'un an n'est pas opposable aux jeunes de moins de 16 ans, pour les verres, en cas d'évolution de la vue objectivée par une nouvelle prescription médicale ophtalmologique.

Dans tous les cas, aucun délai de renouvellement des verres n'est requis en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicales particulières définies réglementairement.

Ces dispositions s'appliquent depuis le 1er janvier 2020, en tenant compte des éventuelles prises en charge antérieurement effectuées au cours des périodes susmentionnées.

Ces périodes sont fixes et ne peuvent donc être ni réduites ni allongées. L'appréciation des périodes susmentionnées se fait à partir de la dernière facturation d'un équipement d'optique médicale ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Assurés concernés	Assurés de 16 ans et plus	Assurés de moins de 16 ans
Périodicité de renouvellement de droit commun	2 ans suivant la dernière facturation	1 an suivant la dernière facturation et 6 mois pour les enfants jusqu'à 6 ans en cas de mauvaise adaptation de la monture à la morphologie du visage

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la vue		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	1 an pour le renouvellement de la prise en charge d'un équipement complet (2 verres + monture)	Renouvellement de la prise en charge possible sans délai pour l'acquisition de verres uniquement
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<ul style="list-style-type: none"> - variations de la sphère ou du cylindre d'au moins 0,5 dioptrie d'un verre, ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres ; - variation d'au moins 0,5 dioptrie de l'addition (pour un verre), ou d'au moins 0,25 dioptrie pour chacun des deux verres en cas de presbytie et en l'absence de variation de la vision de loin ; - somme des variations (en valeur absolue) de loin et de près d'au moins 0,5 dioptrie (pour un verre), en cas de presbytie et en présence de variation de la vision de loin ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 20° pour un cylindre (+) inférieur ou égal à 1,00 dioptrie ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 10° pour un cylindre (+) de 1,25 à 4,00 dioptries ; - variation de l'axe du cylindre de plus de 5° pour un cylindre (+) > 4,00 dioptries. 	
Constatation de l'évolution de la vue	Soit présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale et comparaison avec l'ancienne, soit lorsque l'opticien-lunetier adapte la prescription médicale lors d'un renouvellement de délivrance	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique

Renouvellement anticipé en cas d'évolution de la réfraction liée à des situations médicale particulières		
Périodicité de renouvellement dérogatoire	Aucun délai de renouvellement des verres uniquement	
Cas d'application de la périodicité dérogatoire	<p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie ophtalmologique</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - glaucome ; - hypertension intraoculaire isolée ; - DMLA et atteintes maculaires évolutives ; - rétinopathie diabétique ; - opération de la cataracte datant de moins de 1 an ; - cataracte évolutive à composante réfractive ; - tumeurs oculaires et palpébrales ; - antécédents de chirurgie réfractive datant de moins de 6 mois ; - antécédents de traumatisme de l'œil sévère datant de moins de 1 an ; - greffe de cornée datant de moins de 1 an ; - kératocône évolutif ; - kératopathies évolutives ; - dystrophie cornéenne ; - amblyopie ; - diplopie récente ou évolutive ; <p><i>Troubles de réfraction associés à une pathologie générale</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - diabète ; - maladies auto-immunes (notamment Basedow, sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, lupus, spondylarthrite ankylosante) ; - hypertension artérielle mal contrôlée ; - sida ; - affections neurologiques à composante oculaire ; - cancers primitifs de l'œil ou autres cancers pouvant être associés à une localisation oculaire secondaire ou à un syndrome paranéoplasique ; <p><i>Troubles de réfraction associés à la prise de médicaments au long cours - corticoïdes ;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - antipaludéens de synthèse ; - tout autre médicament qui, pris au long cours, peut entraîner des complications oculaires. 	
Constatation de l'évolution de la réfraction	Présentation à l'opticien d'une nouvelle prescription médicale ophtalmologique avec mention de l'existence d'une situation médicale particulière.	

Article 33 – Dentaire

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé : pour les soins prothétiques dentaires à prise en charge renforcée définis par arrêté, dans la limite des honoraires limites de facturation fixés par la convention nationale signée entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie.

Les différents paniers permettent de classer les prothèses dentaires en fonction du type de prothèse, du matériau utilisé et de l'emplacement de la dent.

100 % santé	Panier maîtrisé	Panier libre
Couronne métallique Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur incisive, canine et 1ère prémolaire Couronne céramique-monolithique (zircon) hors molaire Couronne céramo-métallique incisive, canine et 1ère prémolaire	Couronne céramique-monolithique (hors zircon) sur 2è prémolaire et molaire Couronne céramique-monolithique (zircon) sur molaire Couronne céramo-métallique sur 2è prémolaire	Couronne céramo-céramique Couronne céramo-métallique sur molaire Couronne implanto-portée
Inlay core Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie	Inlay core Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay métallique	Inlay core Couronne transitoire pour couronne entrant dans cette catégorie Inlay-onlay céramique
Bridge céramo-métallique sur incisive Bridge métallique pour toute dent	Bridge céramo-métallique sur une dent autre qu'une incisive Bridge avec un ou plusieurs éléments métallique(s) et d'autre(s) céramo-métallique(s)	Bridge céramo-céramique
Prothèse amovible (dentier total ou partiel) à plaque base résine	Prothèse amovible (dentier total ou partiel) sur châssis métallique	Prothèse amovible (dentier total ou partiel) supra-implantaire
Réparations	Réparations	Adjonctions

Article 34 – Audiologie

Les garanties des contrats responsables couvrent à titre obligatoire l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins à prise en charge renforcée dit 100% santé depuis le 01/01/2021 : en audiologie, dans la limite des prix limites de vente des aides auditives de classe I (panier dit 100% santé) fixés par la LPP.

34.1 – Prise en charge maximale des aides auditives autres que 100% santé

Si le contrat propose une couverture des frais exposés par l'assuré en sus des tarifs de responsabilité pour l'acquisition d'une aide auditive de classe II soumise au remboursement (autres que 100% santé), alors le contrat doit respecter un plafond de prise en charge maximal par aide auditive.

Le plafond inclut systématiquement la prise en charge du ticket modérateur ainsi que la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Le plafond n'inclut pas les prestations annexes à l'aide auditive telles que le ticket modérateur des consommables, des piles ou des accessoires.

34.2 – Aides auditives du panier de soins 100% santé et autres que 100% santé

Les garanties des contrats ne doivent prévoir qu'une prise en charge limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans suivant l'acquisition de cet appareil. L'acquisition s'entend comme la date de facturation de l'aide auditive par l'assuré. Le délai court, à compter du 01/01/2021, séparément pour chacun des équipements correspondant à chaque oreille.

L'appréciation de la période susmentionnée se fait à partir de la dernière facturation d'un appareil ayant fait l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. L'organisme complémentaire doit en outre, avant d'effectuer le renouvellement du remboursement, s'assurer de l'absence de prise en charge durant ladite période au titre d'un contrat responsable souscrit auprès de lui par l'assuré concerné.

Article 35 – Délai de carence

Pour les nouveaux adhérents, non couverts précédemment auprès d'un autre organisme (assurances, mutuelle, CSS, etc...) depuis plus de trois mois, un délai de carence de trois mois s'applique pour la chambre particulière et le forfait accompagnant.

Article 36 – Bonus fidélité

Si la formule le prévoit, le Bonus Fidélité "implants dentaires" bénéficie aux adhérents ayant 10 années d'ancienneté ininterrompues.

Une fois, ce bonus consommé, il faut trois années civiles supplémentaires d'adhésion sans consommation pour obtenir un nouveau bonus

Article 37 – Allocation naissance ou d'adoption

Selon la formule choisie, une allocation forfaitaire est versée pour chaque naissance ou adoption. Ce forfait est multiplié par le nombre d'enfants nés ou adoptés en cas de naissance ou d'adoption multiple. Cette allocation est versée si l'enfant est inscrit dans les 30 jours qui suivent sa naissance (ou son adoption).

TITRE III – Conditions particulières d'attribution de certaines prestations

Article 38 - Territorialité

Les prestations sont payables uniquement sur des comptes bancaires ou postaux. Pour les actes effectués à l'étranger, ne seront indemnisés par la Mutuelle que les actes ayant fait l'objet d'une prise en charge par le régime obligatoire français d'assurance maladie. Les remboursements seront effectués sur la base des tarifs français. En aucun cas, le membre participant ou ses ayants droit ne pourront demander une indemnisation ou des remboursements sur la base des tarifs appliqués dans le pays où ils ont bénéficié des soins.

Pour bénéficier des prestations de la Mutuelle, le participant, après son retour en France, devra lui faire parvenir la facture acquittée et le décompte du régime français de Sécurité sociale afférent à ces soins.

Article 39 - Fonds Social

L'assemblée générale délibère chaque année sur le montant d'un budget alloué à l'attribution de secours exceptionnels destinés à ses membres participants et à leurs ayants droit. Les aides sont attribuées par une commission constituée au sein du conseil d'administration. Sont prises en compte les ressources du foyer du demandeur et tous éléments susceptibles de favoriser l'examen du dossier, notamment la situation de famille et l'ancienneté

dans la mutuelle. Sont susceptibles de bénéficier d'une aide les dépenses liées à la maladie, maternité, au décès, et de façon générale à la protection de la personne du membre participant et de ses ayants droit. La décision de la commission n'est susceptible d'aucun appel.

Article 40 - Assistance

En fonction de la formule souscrite, l'adhérent et les bénéficiaires peuvent bénéficier de deux garanties supplémentaires d'assistance.

Elles ont été souscrites sous forme de contrats collectifs par la Mutuelle sur décision de l'Assemblée Générale dans le cadre de l'article L221-3 du code de la Mutualité auprès de :

- Filassistance international: 108 Bureaux de la Colline 92210 SAINT CLOUD pour Choralis Assistance et Préjudis Santé.

Ces garanties sont révisables ou résiliables annuellement par les assureurs auprès desquels la mutuelle les a souscrites en fonction des résultats techniques constatés par ces organismes.

Les modifications sont notifiées à chaque adhérent.

Article 41 - Service d'écoute, de soutien et d'accompagnement psychologique (uniquement pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire)

En fonction de la garantie souscrite, le salarié peut bénéficier de la garantie Psya Stimulus Care Services. Cette garantie a été souscrite auprès STIMULUS SAS : 28 rue Mogador 75009 Paris.

CHAPITRE VI : RESILIATION

Article 42 – Résiliation d'un contrat individuel à l'initiative de l'adhérent

L'adhérent dispose de la faculté de dénonciation de son contrat :

- soit par lettre ou tout autre support durable : envoi d'un courrier électronique à contact@lelibrechoix.fr,

- soit par déclaration faite au siège social ou à l'une des agences de la mutuelle,

- soit via son espace adhérent,

- soit par acte extrajudiciaire,

- soit par le même mode de communication à distance que celui qui a été proposé lors de l'adhésion.

1) Moyennant un préavis de 2 mois avant l'échéance principale de son contrat (fixée au 1er janvier) Les garanties cessent alors à zéro heure le 1er janvier.

2) Lorsque l'avis d'échéance lui est adressé moins de quinze jours avant la date limite d'exercice du droit à renonciation ou lorsqu'il est adressé après cette date, l'adhérent est informé qu'il dispose d'un délai de vingt jours suivant la date d'envoi de l'avis pour faire valoir son droit à non reconduction. Dans ce cas, le délai de dénonciation court à partir de la date figurant sur le cachet de la poste de l'avis d'échéance.

3) Lorsque l'avis d'échéance annuelle ne lui a pas été adressé, l'assuré peut, mettre un terme à l'adhésion, sans pénalités, à tout moment à compter de la date de reconduction. La résiliation prend effet le lendemain de la date figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition de l'envoi recommandé électronique.

Dans ces deux derniers cas les garanties cessent en tout état de cause à zéro heure le 1er janvier ou à défaut, le lendemain de l'envoi de la résiliation sous réserve de restitution de la carte de tiers payant en cours de validité.

4) La résiliation par le membre participant peut également intervenir à tout moment à l'issue de la première année d'adhésion, sans frais ni pénalité, sans qu'il soit nécessaire d'en préciser le motif.

Conformément à la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, la dénonciation prend effet un mois après la réception par la Mutuelle de la notification, cette dernière devant en confirmer par écrit la réception.

La résiliation de l'adhérent et/ou d'un bénéficiaire peut également être admise à la fin du mois en cours dans les cas suivants :

a) dans le cadre d'un contrat obligatoire à caractère non familial, pour l'adhérent seul ou dans le cadre d'un contrat obligatoire à caractère familial, pour l'ensemble de la famille,

b) dans le cas d'un changement de régime de Sécurité sociale modifiant les conditions du contrat,

c) dans le cas de tout changement de situation d'un adhérent rendant impossible la continuité de l'adhésion eu égard aux conditions prévues au présent contrat d'adhésion,

Dans ces trois cas, la résiliation n'est validée qu'à la fin du mois en cours sous réserve de la réception des pièces justificatives et restitution de la carte de tiers payant.

L'adhérent peut également demander la radiation d'un ayant droit à tout moment, celle-ci est alors validée à la fin du mois de réception de la demande.

Toutes ces dispositions s'appliquent également pour la garantie optionnelle d'un contrat collectif souscrite à titre individuel.

Article 43 – Cas particulier du décès de l'adhérent seul bénéficiaire

L'adhésion est résiliée de plein droit en cas de décès de l'adhérent lorsqu'il est seul bénéficiaire.

Une copie de l'acte de décès doit être transmise à La Mutuelle pour que la résiliation puisse être prise en compte.

Les cotisations sont exigibles et calculées jusqu'à la date du décès. Les cotisations versées par avance donneront lieu à remboursement prorata temporis, à compter du lendemain de la date du décès :

- au notaire ou le gérant de l'indivision, s'il y a lieu,

- à défaut, à tout membre de la famille sur présentation d'une attestation ou d'un acte de notoriété.

Article 44 - Radiation de l'adhérent à l'initiative de la mutuelle

La mutuelle peut radier un membre participant en cas de non paiement prévu à l'article 15 du présent règlement. La mutuelle peut également mettre fin à l'adhésion d'un membre participant lorsque celui-ci a cherché à percevoir des prestations indues. Dans ce cas, la radiation prend effet dès la connaissance des faits par la mutuelle et ce, sans préjudice des poursuites que la mutuelle pourrait engager contre l'adhérent pour récupération des sommes indûment payées. La mutuelle conserve alors l'intégralité des sommes qui lui ont été précédemment versées à titre d'indemnité.

Article 45 - Effet de la résiliation

Aucune prestation ne peut être servie au delà de la date d'effet de la résiliation.

A compter de sa date de radiation, l'adhérent s'engage pour lui-même et ses ayants droit à ne plus solliciter le tiers payant en informant les professionnels de santé avec lesquels il bénéficiait d'une procédure de dispense d'avance de frais. L'adhérent s'engage par la même à restituer la carte de mutuelle et duplicata en sa possession.

L'utilisation de la carte mutualiste après une résiliation est frauduleuse. Toute prestation indûment servie entraînera la réclamation de son remboursement et la réparation des préjudices subis, par tous moyens légaux à dispositions de la Mutuelle.

CHAPITRE VII : DISPOSITIONS DIVERSES

Article 46 – Télétransmission

Les bénéficiaires sont référencés dans les fichiers de l'Assurance Maladie et bénéficient des traitements d'échanges informatisés entre la Mutuelle et

leur Caisse d'Assurance Maladie dans le cadre des conventions passées entre les deux organismes. Ces échanges les dispensent de l'envoi à la Mutuelle des décomptes de remboursements effectués par l'Assurance Maladie Obligatoire. Ils ne les dispensent pas de l'envoi à la Mutuelle de factures d'honoraires ou de toutes factures de leurs dépenses de santé, acquittées, nécessitées pour les besoins du traitement de leurs dossiers par la Mutuelle. Ils ont la possibilité, conformément à la législation en vigueur, de renoncer aux échanges entre la Mutuelle et leur régime d'Assurance Maladie, en exprimant leur refus au moyen d'une simple lettre adressée à la Mutuelle qui s'engage à communiquer à leur Caisse d'Assurance Maladie cette décision, dans le mois qui suit sa date de réception.

Article 47 - Règlement sur la protection des données (RGPD) - Loi Informatique et Liberté

La Mutuelle Le Libre Choix agit en qualité de responsable de traitement pour les opérations citées ci-après. Elle est également susceptible d'endosser le rôle de sous-traitant au sens du RGPD pour certaines opérations spécifiquement désignées.

Les informations recueillies par La Mutuelle Le Libre Choix font l'objet d'un traitement aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement du dossier.

Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de gel des avoirs. Pour ces finalités, des données sont collectées de manière indirecte auprès des listes de signalement rendues accessibles au public par le ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique.

Les traitements concernant la communication commerciale et la réalisation de devis en ligne sont réalisés sur la base du consentement des personnes concernées, nous vous précisons par ailleurs que ce dernier peut être retiré à tout moment sans que cela porte atteinte à la licéité du traitement réalisé sur cette base avant le retrait.

Enfin les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, de lutte contre la fraude et d'amélioration des services proposés, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Concernant les traitements réalisés pour la lutte contre la fraude, des données sont susceptibles d'être collectées de manière indirecte auprès de l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'assurance (ALFA).

Les données vous concernant sont conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Par ailleurs, des traitements de données spécifiques au site internet de la Mutuelle ainsi qu'à ses différents espaces sont réalisés, des informations complémentaires concernant ces derniers sont disponibles dans la mention RGPD du site internet de la Mutuelle.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de la mutuelle Le Libre Choix, le cas échéant les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion ainsi que l'Agence de Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) et les correspondants anti-fraude des organismes adhérents.

Conformément au Règlement Général sur la protection des données (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité (pour les traitements réalisés avec la base légale de l'exécution du contrat ou du consentement) des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicable après son décès.

Les demandes d'exercice de ces droits sont à adresser à notre Délégué à la Protection des Données (DPO) :

- soit en écrivant au siège de la Mutuelle (Responsable de Traitement) à l'adresse suivante : Mutuelle Le Libre Choix – Boulevard de l'Europe – CS 30143 – 59602 MAUBEUGE Cedex,

- soit par courrier électronique : dpo@lelibrechoix.fr

Toute personne peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission National de l'informatique et des Libertés – Service des plaintes – 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire sur : <https://conso.bloctel.fr/>

Article 48 - Transmission sécurisée des données de santé

Afin de garantir la sécurité des données de santé des adhérents et de satisfaire aux exigences réglementaires en la matière, ces derniers devront transmettre tout document contenant des données médicales, uniquement via leur espace adhérent. Le courrier électronique ne permettant pas de garantir la confidentialité ni la sécurité de vos données (ou de celles des personnes rattachées à votre contrat), la Mutuelle ne traitera aucune demande qui ne transiterait pas par l'espace adhérent.

Article 49 - Autorité de contrôle

Le présent règlement est soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution située au 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

Article 50 - Réclamation et médiation

En cas de désaccord, les adhérents ou leurs ayants droit ont la possibilité d'adresser une réclamation (courrier, mail, téléphone ou en agence) au service interne de la mutuelle :

Mutuelle Le Libre Choix
Boulevard de l'Europe
CS 30143
59602 MAUBEUGE Cedex
contact@lelibrechoix.fr
03.27.53.19.90

Une réponse leur sera adressée sous 10 jours ouvrés.

Si l'insatisfaction demeure, le recours interne est la solution de 2^{ème} niveau dès lors que la réclamation, que l'adhérent a adressée, s'est révélée à son sens infructueuse.

La demande de recours interne doit être obligatoirement formulée par écrit par courrier recommandé avec AR. Cette demande devra obligatoirement comprendre un exposé des motifs de désaccord ainsi que le cas échéant les références des courriers de réponse précédemment envoyés ou à défaut les copies des dits-courriers.

Mutuelle Le Libre Choix
Secrétariat Général – Recours interne
Boulevard de l'Europe
CS 30143

A réception de la demande de recours interne, une réponse sera apportée sous 10 jours ouvrés par courrier recommandé avec AR.

Après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations et si le désaccord persiste après la réponse fournie par la mutuelle, les adhérents ou leurs ayants droit peuvent avoir recours au médiateur de la Fédération Nationale de Mutualité Française dès lors qu'aucune action contentieuse n'a été engagée.

Le médiateur peut être saisi :

- soit par courrier à l'attention de :

Monsieur le Médiateur de la Consommation de la Mutualité Française
Fédération Nationale de Mutualité Française
255 Rue Vaugirard
75719 PARIS Cedex 15

- soit via le site internet www.mediateur-mutualite.fr

Le service de médiation est entièrement gratuit.

Le médiateur rend un avis motivé dans les 3 mois maximum de la réception du dossier complet. Si la question soulevée est particulièrement complexe, un nouveau délai pourra être fixé, n'excédant pas 3 mois dont les parties à la médiation devront être informées. Il s'agit d'un avis rendu en droit et/ou en équité.

La charte de médiation est envoyée sur simple demande adressée à la mutuelle. Elle est également consultable sur le site internet de la mutuelle www.lilibrechoix.fr ou sur celui de la Fédération Nationale de Mutualité Française www.mediateur-mutualite.fr

Article 51 - Répétition de l'indu

Les prestations versées à tort par la Mutuelle font l'objet d'action à répétition dans les conditions prévues aux articles 1235 et 1376 et suivants du Code Civil dans les 2 années qui suivent leur versement. Le membre participant est donc tenu de restituer ces sommes à la Mutuelle.

Article 52 - Fausse déclaration

Toute fausse déclaration de votre part ou d'un de vos éventuels ayants droit quant à la réalité et/ou l'étendue du sinistre entraîne la nullité de la garantie. Les cotisations payées restent, à ce titre, acquises à la mutuelle.

Article 53 – Fraude à l'assurance

Le bénéficiaire des prestations est déchu de tout droit à remboursement s'il a utilisé, au moment de la souscription ou en cours d'adhésion, des documents falsifiés ou frauduleux (présentation à la mutuelle de faux certificats de radiation, fausses factures, faux décomptes, fausses déclarations d'hospitalisation...)

La déchéance s'applique sur les prestations objets desdits documents falsifiés ou frauduleux.

Les prestations déjà versées par la Mutuelle se révélant infondées au visa de la présente clause seront recouvrées au titre de la répétition de l'indu.

Toute personne, membre participant ou bénéficiaire dont la fraude est avérée se verra exclue de la Mutuelle. Le cas échéant, la Mutuelle se réserve le droit de mener toute action judiciaire en lien avec les actes frauduleux aux fins d'obtenir réparation de son préjudice.

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

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

Article 54 - Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du participant après les remboursements de toute nature auxquels il a droit. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du règlement ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

