

REGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTE A ADHESION INDIVIDUELLE



la mutuelle
> des scop <

Mutuelle N° 788 108 546 - Fondée en 1847
Reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 28 janvier 1891
Régie par le Code de la Mutualité, soumise aux dispositions du livre II

Dont le siège social est situé au 12, Quai de la Mégisserie 75001 Paris
Téléphone : 01 42 36 92 06 | Télécopie : 01 40 28 92 19
contact@mutuelledesscop.fr | www.mutuelledesscop.fr



Titre 1^{er}

Obligations de la mutuelle et de ses adhérents

DISPOSITIONS GENERALES

Section 1 – Objet et garanties

Article 1er – Généralités

Le présent règlement est établi par la Mutuelle des SCOP conformément au Code de la mutualité et à l'article 4 des statuts.

Les dispositions du règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la mutuelle propose des garanties d'assurance 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 110-1 du Code de la mutualité.

La mutuelle, pour la garantie frais de santé, 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 ces 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.

Ces garanties peuvent également être proposées par la mutuelle 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. La mutuelle met également en œuvre une action sociale, financée par son fonds social tel que défini à l'article 68 des statuts.

Article 2 – Garanties

Les garanties proposées par la mutuelle et objet du présent règlement sont des garanties relatives au remboursement des frais de santé que peuvent supporter les membres participants.

Le présent règlement a la qualité de contrat responsable au sens de l'article L.871-1 du Code de la sécurité sociale et des articles R.871-1 et R.871-2 du même Code.

En conséquence, les évolutions législatives et réglementaires relatives au dispositif du contrat responsable sont susceptibles de faire évoluer les garanties du contrat, si celles-ci venaient à intervenir ultérieurement.

Article 3 – Définitions

Contrat responsable

La mutuelle s'est engagée aux côtés de la sécurité sociale afin de contribuer à la responsabilisation des membres participants en vue de pallier le déficit de la sécurité sociale et de développer des actions de prévention.

Pour ce faire, la mutuelle ne rembourse pas le 1 € forfaitaire ainsi que certains dépassements d'honoraires. En revanche, elle prend à sa charge notamment le ticket modérateur sur les consultations d'un généraliste conventionné¹ (secteur 1). En tout état de cause, le tableau des garanties et des prestations remis aux membres participants explicite l'ensemble du dispositif.

Parcours de soins

Le membre participant désigne un médecin traitant qui a la charge de la coordination et du suivi des soins de son patient.

Membre participant

Il s'agit de la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. C'est la personne qui est exposée aux événements garantis par le présent règlement.

Ayant droit

Il s'agit de la personne dénommée par les statuts et bénéficiant des prestations du règlement à la demande du membre participant.

Délai de stage

C'est la période s'écoulant à partir de la date de prise d'effet de l'adhésion jusqu'à la prise d'effet d'une prestation garantie au cours de laquelle l'engagement d'une dépense de santé n'est pas indemnisé.

Plafond garanti

Le montant maximum de prestation pouvant être perçu par un bénéficiaire (membre participant ou ses ayants droit) par année civile est tel que mentionné au tableau des garanties.

Ticket modérateur

Il s'agit de la part financière qui reste à la charge du membre participant après le remboursement de l'assurance maladie. Son taux peut varier en fonction des actes et médicaments, du respect ou non du parcours de soins coordonné. La part du ticket modérateur prise en charge par la mutuelle est définie dans le tableau des garanties.

Tiers payant

Situation où le membre participant est dispensé de faire l'avance des frais correspondant au montant de la prise en charge de la mutuelle. Les frais sont directement payés par la mutuelle aux professionnels de santé ou à l'établissement de soins.

Section 2 – Adhésion

Article 4 – Adhésion et modalités

Article 4.1 – Adhésion

Pour adhérer à la mutuelle, il convient de remplir les conditions prévues à l'article 7 des statuts. Le bulletin d'adhésion comportera les mentions obligatoires prévues par le code de la mutualité et ses décrets d'application.

Article 4-2 – Catégories de membres

Les membres participants sont les personnes physiques qui versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants-droits des prestations de la mutuelle.

Peuvent adhérer à la mutuelle les personnes physiques qui remplissent les conditions suivantes :

- Être bénéficiaire d'un régime d'assurance maladie ou non.

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement. Figurent, notamment, dans le bulletin d'adhésion : nom et prénom, situation de famille, âge, adresse complète, activité professionnelle, régime obligatoire de sécurité sociale, liste des bénéficiaires accompagnée des documents attestant de leur situation, choix de la garantie par membre participant, périodicité choisie pour le paiement des cotisations, mode de paiement des cotisations.

Doivent être également fournis, sur simple demande de la mutuelle :

- une attestation d'attribution de couverture maladie universelle (CMU),
- un certificat de radiation,
- tout justificatif concernant la situation du membre participant ou des ayants droits.

Toute modification, en cours d'adhésion, de la situation du membre participant ou de ses ayants droit, telle que figurant sur le bulletin d'adhésion, doit être immédiatement signalée à la mutuelle.

Article 4-3- Ouverture des droits

Pour leur permettre de bénéficier du tiers payant auprès des professionnels de santé avec lesquels une convention a été conclue, la mutuelle délivre à ses membres participants des documents (carte ou toute autre pièce) permettant l'ouverture des droits à prestations.

¹ Dans le cadre du parcours de soin



Article 5 – Prise d'effet et Durée de l'adhésion

L'adhésion prend effet, sauf date expressément prévue, le premier jour du mois en cours ou le premier jour du mois qui suit la date de réception du bulletin d'adhésion, signé par le membre participant, selon le choix préférentiel de celui-ci. Sous réserve de :

- L'encaissement du premier chèque de cotisation ou du paiement de la première échéance dans le cas d'un paiement par prélèvement bancaire ;
- L'application d'un délai de stage pour les différentes garanties, telle qu'exprimée dans le tableau de garantie joint au présent règlement.

L'adhésion individuelle au régime frais de santé est viagère. L'adhésion peut prendre fin dans les conditions prévues aux articles 10 et 11.

Article 6 – Incidence à l'âge de l'adhésion

Toute personne âgée de plus de 70 ans, qui adhère à la mutuelle pour se garantir contre le risque maladie et/ou hospitalisation, s'acquitte d'une cotisation établie et majorée en fonction de son âge, pour la durée viagère de son adhésion et ce, pour répondre à un principe de solidarité inter-générationnelle.

Section 3 – Ouverture, modification et cessation des garanties

Article 7 – Entrée en vigueur des garanties

Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion. Toutefois, la mutuelle se réserve le droit d'appliquer des délais de stage dans les conditions définies ci-dessous. Les garanties ne s'appliquent, alors, qu'à partir de l'expiration des délais de stage :

- durée de stage fixée dans le tableau de garantie.

Sont dispensés de stage : les membres participants qui peuvent justifier avoir été couverts par des garanties considérées comme équivalentes par la mutuelle dans les deux mois précédent leur adhésion ; le nouveau-né de parent membre participant ayant terminé la période de stage, dont l'inscription à la mutuelle est demandée dans le mois suivant sa naissance. Il en est de même en cas d'adoption, la date d'effet étant fixée sur présentation de la pièce officielle.

Article 8 – Modification des garanties à l'initiative de la mutuelle

Le montant des prestations peut être modifié à tout moment 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.

Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification au membre participant.

La mutuelle prend, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier et à respecter les règles prudentielles qui s'imposent à elle.

Article 9 – Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ;
- en cas de non paiement des cotisations dans les conditions de l'article L 221-7 du Code de la Mutualité ;
- en cas de décès du membre participant.

L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les ayant-droits inscrits sur le bulletin d'adhésion, au décès du membre participant. Toutefois, le conjoint peut demander à bénéficier des garanties sans délai de stage, à la condition d'en faire la demande dans un délai de six mois et d'adhérer à la mutuelle en signant un nouveau bulletin d'adhésion, en son nom propre.

Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion (article 11 du présent règlement) sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies.

Section 4 – Résiliation

Article 10 – Résiliation à l'initiative du membre participant

Article 10-1 – Faculté de résiliation annuelle

La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée **démission**. La démission ou la radiation du membre participant entraîne celle de ses ayants droit telle que définie à l'article 10 des statuts, sauf demande particulière dûment formulée.

La démission est adressée sous pli recommandé à la mutuelle au moins deux mois avant la fin de l'année civile, soit le 1^{er} novembre de l'année en cours. Passé ce délai, la démission ne prendra effet qu'au 31 décembre de l'année suivante et les cotisations seront dues jusqu'à cette date.

L'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion dans l'avis d'échéance annuelle de cotisation.

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

Article 10-2 – Faculté de résiliation exceptionnelle

Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle si un membre participant apporte la preuve qu'un accord d'entreprise ou qu'une convention collective impose son affiliation obligatoire à un autre organisme. Dans ce cas, la résiliation sera effective au premier jour du mois qui suit la réception de la demande écrite. Cette résiliation entraînera la radiation du membre participant et le trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle.

A titre exceptionnel, il peut être mis fin, en cours d'année, à son adhésion par le membre participant telle que défini à l'article 10 des statuts. La fin de l'adhésion ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'évènement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification (article L.221-17 du code de la mutualité).

La mutuelle doit rembourser au membre participant la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Article 11 – Résiliation à l'initiative de la mutuelle

Article 11-1 – Faculté de résiliation

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 20 du présent règlement.

Article 11-2 – Exclusion des membres participants

Peuvent être exclus les membres participants ou leurs ayants droit qui, de mauvaise foi, ont fait des déclarations inexactes ou ont omis de communiquer des informations, selon les modalités prévues par les articles L.221-14 et L.221-15 du code de la mutualité.

L'exclusion d'un membre participant entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement à l'égard du membre participant exclu à compter de la décision 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.

Section 5 – Prescription – Forclusion – Subrogation – Contrôle

Article 12 – Prescription

Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'évènement qui y 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.

Article 13 – Forclusion

La demande de paiement des prestations accompagnée des justificatifs nécessaires doit, sous peine de forclusion, être produite dans un délai de deux ans maximum à compter de l'acte médical auquel se rapportent ces prestations ou ces avantages.

Article 14 – Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, la mutuelle est subrogée jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des membres participants ou de leurs ayants droit contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Afin de permettre à la mutuelle de pouvoir exercer son droit de subrogation, le membre participant ou son ayant droit s'engage à déclarer à la mutuelle tout accident dont il est victime.

Article 15 – Evolution de l'assurance maladie

En cas de modification des bases de remboursement ou des taux de remboursement de la sécurité sociale entraînant une augmentation du montant du ticket modérateur ainsi qu'en cas de changement de nomenclature des actes et produits médicaux, la mutuelle peut décider de la modification, de la création ou de la suppression d'une prestation ainsi que de l'adaptation du montant ou du taux de cotisation.

Article 16 – Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

Conformément au Code de la mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 place de Budapest – 75009 Paris.

Titre 2

Obligations des adhérents envers la mutuelle

COTISATIONS

Article 17 – 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 l'assemblée générale.

Les cotisations peuvent être modifiées à tout moment par l'assemblée générale de la mutuelle ou par le conseil d'administration quand il a reçu délégation à cet effet.

Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

Section 1 – Mode de calcul des cotisations

Article 18 – Principes généraux

Les cotisations sont déterminées en fonction d'une cotisation forfaitaire exprimée en € et indiquée sur le bulletin d'adhésion. Elles peuvent être familiales ou individuelles selon les options retenues lors de l'adhésion.

Elles peuvent varier en fonction du revenu, de la durée d'appartenance à la mutuelle, du régime de sécurité sociale d'affiliation, ou du lieu de résidence, ou du nombre d'ayants droit, ou de l'âge des membres participants.

Elles intègrent le prélèvement lié à la couverture maladie universelle (CMU) et les cotisations spéciales destinées à des organismes supérieurs ou techniques dont le montant ou les modalités de paiement sont fixés par les statuts et règlements de ces organismes.

Les membres honoraires paient une cotisation annuelle de 15 €.

Les membres participants s'engagent au paiement d'une cotisation mensuelle, trimestrielle ou annuelle qui est affectée à la couverture des prestations assurées directement par la mutuelle et définie dans le tableau des garanties joint au présent règlement.

Article 19 – Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé

Certains membres participants de la mutuelle peuvent bénéficier d'un « crédit d'impôt » au sens des articles L.863-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Ce crédit d'impôt consiste en une réduction que peut accorder la mutuelle sur le tarif annuel des cotisations normalement applicable à ses membres participants. Il ne s'applique que sur la garantie frais de santé.

Article 19-1 – Conditions pour bénéficier de l'aide

Les conditions pour bénéficier de cette réduction sont définies par le Code de la sécurité sociale, et plus particulièrement par les articles L. 863-1 et suivants du même code.

Article 19-2 – Montant de la réduction

Le montant de l'aide pour une complémentaire santé varie selon l'âge du bénéficiaire apprécié au 1er janvier de l'année en cours et est accordé par individu.

Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation.

Article 19-3 – Durée de la réduction

Conformément à l'article R. 863-3 du Code de la sécurité sociale, le droit à réduction est ouvert pour un an à compter du premier jour du mois qui suit l'adhésion à la mutuelle. Toutefois, si à la date de remise de l'attestation, le membre participant est déjà assuré par la mutuelle, pour une garantie frais de santé, le droit à réduction prend effet à cette date.

Section 2 – Paiement des cotisations

Article 20 – Règlement des cotisations

Le paiement de la cotisation est annuel. Il intervient selon des modalités définies au bulletin d'adhésion. Lorsque le paiement de la cotisation est fractionné, sa périodicité doit être mensuelle, trimestrielle ou semestrielle. Le fractionnement au semestre, au trimestre ou au mois ne constitue qu'une facilité de paiement accordée au membre participant. Il ne peut avoir pour effet de modifier la date d'échéance de la cotisation annuelle. Celle-ci reste, dans tous les cas, exigible en totalité. Le fractionnement au mois n'est autorisé que pour les paiements par prélèvement automatique. Le membre participant choisit son mode de paiement à l'adhésion. Il peut en changer sur demande écrite de sa part auprès de la mutuelle. La modification interviendra au plus tôt le premier du mois suivant la réception de la demande par la mutuelle.

Si choix du prélèvement automatique

Le membre participant devra transmettre à la mutuelle une autorisation de prélèvement bancaire accompagnée d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne. Le membre participant indique, dans le bulletin d'adhésion, le jour d'échéance auquel la mutuelle prélèvera la part de cotisation entre le premier et le quinze du mois. 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 dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, le prélèvement rejeté sera représenté avec le prélèvement du mois qui suit.

Si choix de paiement par chèque

Le paiement de la cotisation par chèque doit parvenir à la mutuelle à compter de l'échéance prévue au bulletin d'adhésion. En cas de premier rejet du chèque, un courrier de rappel est adressé au membre participant l'informant du rejet et lui demandant de régulariser sous dix jours. Si la régularisation n'est pas intervenue dans les dix jours, la mutuelle applique une procédure de recouvrement telle que définie à l'article 21 du présent règlement. En cas de rejet de chèque pour, notamment, le motif suivant « compte insuffisamment approvisionné », il sera imputé au membre participant des frais dont le montant est fixé par l'organisme bancaire.

Si choix du paiement en espèces

Le paiement en espèces n'est autorisé que dans la limite des plafonds définis par les dispositions légales et réglementaires applicables, et, sous réserve qu'il corresponde exactement à la somme due, au centime près.

Article 21 – Non paiement des cotisations



Section 2 – Prestations

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction d'une cotisation due dans les dix jours de son échéance et indépendamment du droit, pour la mutuelle, de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues trente 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 cotisations, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée.

La mutuelle a le droit de résilier ses garanties dix jours après l'expiration du délai de trente jours prévu ci-dessus.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de quarante 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 cotisation ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Lorsque les garanties sont résiliées suite à l'absence de régularisation du paiement des cotisations, la mutuelle pourra exiger, le cas échéant, le remboursement des prestations versées après la résiliation des garanties pour non paiement des cotisations.

Article 22 – Exonération de la cotisation

Sans objet

Titre 3

Obligations de la mutuelle envers ses adhérents

GARANTIES FRAIS DE SANTE

Section 1 – Définition

Article 23 – 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, le cas échéant, 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 la sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'assurance maladie.

Il peut également s'agir de prestations en espèces ou des prestations supplémentaires à celles versées par la sécurité sociale. Ces prestations sont précisées dans le tableau des garanties joint au présent règlement.

La prise en charge des prestations s'effectue sous réserve que les droits soient ouverts à la date des prestations.

Article 24 – Définition des bénéficiaires

Les bénéficiaires des garanties sont définis dans le bulletin d'adhésion. Peuvent être bénéficiaires, selon les garanties souscrites et sous réserve de dérogations spécifiques :

- le membre participant,
- le ou les ayants droit.

Les ayants droit du membre participant sont :

- le conjoint, le concubin, la personne ayant conclu avec le membre participant un contrat relevant du régime juridique du Pacte civil de solidarité (PCAS) ;
- les enfants à charge du membre participant, de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il est pacsé tels qu'ils sont définis aux articles L.313-3 et R.313-12 et aux six derniers alinéas de l'article R.313-14 du code de la sécurité sociale ;
- Les personnes ascendante à charge du membre participant.

Article 25 – Soins en milieu hospitalier

La mutuelle prend en charge les soins ou frais suivants, sous réserve des conditions d'application des garanties :

- frais de séjour,
- forfait journalier,
- honoraires et soins,
- chambre particulière,
- frais d'accompagnant.

Cependant, le membre participant peut continuer à consulter directement le professionnel de santé dans le parcours de soins ou en dehors.

Que soit pris l'avis unique du spécialiste ou que le membre participant le consulte à nouveau afin de se faire suivre par son médecin traitant, ou que le membre participant ait besoin de plusieurs consultations successives du spécialiste, il sera remboursé sur la base de 70 % des différents tarifs définis par l'assurance maladie et le complément par la mutuelle.

Les enfants de moins de 16 ans ne sont pas concernés par ce parcours de soins et peuvent consulter sans restriction tous les spécialistes nécessaires.

Article 26 – Liquidation des prestations

Les prestations sont calculées sur la base de remboursement établie en fonction de la réglementation des régimes d'assurance maladie obligatoires en vigueur ou sur des montants forfaitaires, tels qu'indiqués dans le tableau des garanties joint au présent règlement, déduction faite du remboursement des régimes obligatoires et exclusivement pour les soins pris en charge par ceux-ci.

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits doivent être ouverts, conformément aux dispositions de l'article 4 du présent règlement.

Les prestations sont payées si la date des soins se situe pendant la période de l'ouverture des droits. Les droits aux prestations sont ouverts dès la fin de la période de stage désignée à l'article 7 sous réserve du paiement des cotisations appelées.

En cas de radiation, les droits aux prestations sont clos à compter de la date d'effet de la radiation.

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 d'assurance maladie obligatoires français et qui figure dans la nomenclature des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Si les remboursements ou les tarifs de responsabilité du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le sien en valeur absolue avant la modification.

Seuls les frais correspondants à des actes dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés. Tout dépassement de tarif devra être justifié.

Sauf exclusion générale ou particulière propre à chaque risque, la mutuelle complète les remboursements des régimes sociaux obligatoires selon les détails figurant dans le tableau de garanties joint au présent règlement.

La mutuelle peut intervenir sur des prestations non prises en charge par les régimes obligatoires ; dans ce cas, elle prend en charge tout ou partie de la dépense telle que décrite dans le tableau des garanties joint au présent règlement. Les prestations non prises en charge par le régime obligatoire effectuées à l'étranger ne sont pas prises en charge par la Mutuelle.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

Article 27 – Bénéficiaire et Tiers-payant

Article 27.1 : liquidation au bénéficiaire



Le règlement des prestations s'effectue par chèque ou virement bancaire sur le compte du membre participant ou de ses ayants droit :

soit sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- les décomptes originaux, délivrés par le régime obligatoire d'assurance maladie ;
- les originaux des factures acquittées, établies par l'établissement hospitalier, par l'établissement thermal, par les praticiens ;
- les photocopies des notifications du régime obligatoire concernant le refus de la prise en charge des actes, ainsi que la note d'honoraires codifiant les soins dispensés ;

soit en relation directe avec les organismes gestionnaires du régime d'assurance maladie obligatoire, sauf renonciation du membre participant ou de ses ayants droit.

Des justificatifs pourront être exigés :

- pour les frais de santé particuliers, comme l'hospitalisation médicale ou chirurgicale, les frais d'optique, les cures thermales, la maternité, etc ;
- pour les actes refusés, mais codifiés par le Régime Obligatoire ;
- pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire (prothèses dentaires, par exemple).

Tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier pourra être demandé.

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 d'assurance maladie obligatoire.

Article 27.2: Tiers payant

Pour faciliter l'accès aux soins, la mutuelle a signé directement ou par l'intermédiaire de groupements dont elle utilise les services, des conventions de tiers-payant avec des établissements hospitaliers et des professionnels de santé.

Dans ce cas le montant dû est directement payé aux établissements hospitaliers ou aux professionnels de santé.

La mutuelle assure ainsi directement, dans la limite des garanties souscrites, la prise en charge des frais engagés par le membre participant ou, le cas échéant, par ses ayants droit.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

Si, après avoir payé le praticien ou l'établissement hospitalier, il s'avère que les droits d'un bénéficiaire ne sont pas ouverts auprès de son régime d'assurance maladie obligatoire ou auprès de la mutuelle, ce bénéficiaire est tenu de procéder au remboursement de l'intégralité des sommes avancées à tort par la mutuelle pour son compte.

En cas de non remboursement, la mutuelle se réserve le droit d'engager une procédure contentieuse à son encontre.

Le membre participant ou ses ayants droit s'engagent à ne pas faire usage de leur carte pour bénéficier du tiers payant si les droits aux prestations ne sont pas ouverts.

Article 28 – Limite des remboursements

Les remboursements des indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge du membre participant ou de ses ayants droit, après le remboursement de toutes natures auquel 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 d'adhésion. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnité en s'adressant à l'organisme de son choix.

Dans le cas où le cumul des prestations servies par la mutuelle ou un autre organisme assureur donnerait lieu à un remboursement total supérieur au montant de l'ensemble des dépenses réellement exposées, les prestations servies par la mutuelle seraient réduites à due concurrence.

Le bénéficiaire recevant, de quelque organisme que ce soit, un remboursement pour les frais pris en charge par la mutuelle, est tenu d'en faire la déclaration auprès de la mutuelle dans les huit jours du refus de cette somme. En outre, le bénéficiaire sera dans l'obligation de lui en reverser le montant.

Si le bénéficiaire est partiellement garanti par une garantie individuelle accident, la mutuelle ne prend à sa charge que les frais non couverts par la garantie dans la limite de ses bases de remboursement et des clauses de ses statuts. Pendant les deux premières années d'adhésion à la mutuelle, le montant, la durée ou le nombre d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties.

Section 3 - Contrôle – Fausse déclaration – Informatiques et Liberté

Article 29 – Contrôle

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

Article 30 – Fausse déclaration (articles L 221-14 et L 221-15 du code de la mutualité)

Article 30.1: Fausse déclarations intentionnelles

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée au membre participant par la mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci ou de son ayant droit, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à la mutuelle qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Article 30.2: Fausse déclarations non intentionnelles

L'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant ou de son ayant droit dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle constatée avant toute réalisation du risque, la mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant. A défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin dix jours après la notification adressée au membre participant par lettre recommandée. La mutuelle restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par le membre participant par rapport aux taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 31 - Protection des données à caractère personnel

Les données relatives aux membres participants, leurs ayants-droit éventuels constituent des données à caractère personnel et sont protégées à ce titre par le Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (ci-après, « RGPD »), ainsi que par la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée.

Dans le cadre de ses activités, la Mutuelle met en œuvre des traitements de données à caractère personnel de ses membres participants, leurs ayants-droit éventuels en qualité de responsable de traitement, situé au siège social de la Mutuelle.

Le traitement des données à caractère personnel, est nécessaire, selon les traitements réalisés, aux finalités suivantes :

- La souscription, la gestion et l'exécution des contrats de l'adhérent ou de ses ayants-droit éventuels. Ce traitement se fonde sur l'exécution du contrat ;
- La gestion des administrateurs et des délégués mutualistes, y compris l'organisation des instances de gouvernance. Ce traitement se fonde sur le respect d'obligations légales liées au fonctionnement des mutuelles.
- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, y compris celles relatives à la lutte contre la fraude et au contrôle interne ;



- L'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux. Ce traitement se fonde sur l'intérêt légitime de la Mutuelle de garder des preuves en cas de réclamation et de litige ;
- Toute autre finalité qui pourrait être précisée sur nos supports de collecte.

Le défaut de fourniture des données obligatoires aura pour conséquence de ne pas permettre l'exécution des services attendus.

Afin de faciliter leur traitement, les documents comportant les données du membre participant, ses ayants-droit éventuels peuvent faire l'objet d'une dématérialisation. En outre, la Mutuelle étant légalement tenue de vérifier l'exactitude, la complétude et l'actualisation de leurs données personnelles, elle est susceptible de solliciter l'adhérent, ses ayants-droit éventuels pour les vérifier ou être amenée à compléter leur dossier.

Les destinataires des données de l'adhérent, de leurs ayants-droit éventuels peuvent être, dans la limite de leurs attributions respectives et uniquement dans le cadre de la réalisation des finalités susmentionnées : le personnel de la Mutuelle. Les données à caractère personnel collectées, peuvent également, pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, être communiquées, à leur requête, aux organismes officiels et aux autorités administratives ou judiciaires, notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux ou de la lutte contre le financement du terrorisme en application des dispositions légales.

La Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel qu'elle collecte ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés, et s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un niveau suffisant de sécurité et de confidentialité des données à caractère personnel traitées.

La Mutuelle s'engage à ce que les données à caractère personnel collectées ne soient pas conservées plus longtemps que nécessaire au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées. Les données à caractère personnel des membres participants leurs ayants-droit éventuels seront ainsi conservées pendant la durée de la relation contractuelle, puis conformément aux obligations légales de conservation.

Conformément aux dispositions du RGPD et de la Loi dite « Informatique et Libertés » modifiée du 6 janvier 1978, les membres participants, leurs ayants-droit éventuels disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, et de portabilité de leurs données. Le droit à la portabilité permet la transmission directe à un autre responsable de traitement des données personnelles traitées de manière automatisée. Le membre participant et ses ayants-droit éventuels peuvent également, pour des motifs légitimes, limiter le traitement des données les concernant. Ils ont la possibilité de s'opposer, à tout moment, à un traitement de leurs données pour des raisons tenant à leur situation particulière et, lorsque leurs données sont traitées à des fins de prospection commerciale, sans avoir à se justifier. Par ailleurs, le membre participant ses ayants-droit éventuels ont la possibilité de définir des directives post mortem en précisant au responsable de traitement la manière dont ils entendent que soient exercés leurs droits après leur décès.

Sous réserve de ne pas entraver l'exécution du contrat, l'adhérent, ses ayants-droit éventuels peuvent solliciter à tout moment le retrait de toute autorisation spéciale et expresse qui aurait été donnée pour l'utilisation de certaines de leurs données personnelles et/ou de leur utilisation pour une finalité particulière. Ces droits peuvent être exercés auprès du Data Protection Officer (DPO) défini au règlement mutualiste.

Les membres participants, leurs ayants-droit éventuels peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), autorité française de protection des données, sise 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75 334 Paris Cedex 07.

Article 32 – Secours et fonds d'action sociale

Par son affiliation à la fédération mutualiste, la mutuelle permet à ses membres participants et à leurs bénéficiaires de bénéficier des avantages énumérés ci-dessous :

- les œuvres sociales créés par ladite fédération,
- les secours exceptionnels pris sur une somme spéciale que détermine annuellement l'assemblée générale, pouvant être accordés par le conseil d'administration, après examen du dossier, aux membres participants et à leur famille pour des besoins urgents.

Pour nous contacter :

Mutuelle des Scop

12 quai de la Mégisserie 75001 Paris

Téléphone : 01 42 36 92 06 | Télécopie : 01 40 28 92 19

contact@mutuelledesscop.fr | www.mutuelledesscop.fr

