



SOMMAIRE

TITRE I – GENERALITES

	<i>Page</i>
Article 1 Objet	3
Article 2 Entrée en vigueur	3
Article 3 Révisions	3

TITRE II – OBLIGATIONS DES AFFILIES ENVERS LA MUTUELLE

Article 4 Affiliés et ayants droit	3
Article 5 Conditions d'adhésion – Date d'effet – Durée – Renouvellement	4
Article 6 Délai de rétractation en cas de vente à distance	5
Article 7 Formalités d'affiliation et modifications de niveau de garantie ou de situation familiale	5
Article 8 Conditions de Résiliation : Dénonciation – Radiation	7
Article 9 Conséquences du redressement ou de la liquidation judiciaire	7

TITRE III – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES AFFILIES

Article 10 Admission des affiliés	8
Article 11 Garanties – Démarrage et cessation de la couverture	8
Article 12 Prolongation des garanties	8
Article 13 Information aux affiliés	8
Article 14 Action sociale	9

TITRE IV – COTISATIONS ET MODALITES DE VERSEMENT

Article 15 Assiette et paiement des cotisations	9
Article 16 Défaut de paiement des cotisations	10
Article 17 Maintien des prestations	11

TITRE V – PRESTATIONS

Article 18 Prestations accordées par la Mutuelle	10
Article 19 Principe indemnitaire	11
Article 20 Prestations exclues par la Mutuelle	11
Article 21 Prestations indues	12
Article 22 Recours contre tiers	12
Article 23 Règles de paiement – Limites	12
Article 24 Forclusion – Prescription	13
Article 25 Responsabilité du membre participant	13
Article 26 Protection des données personnelles	14
Article 27 Propriété intellectuelle	14
Article 28 Organisme de contrôle	14

TITRE I GENERALITES

Article 1

Objet

Conformément aux dispositions de l'article 5 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des obligations réciproques entre les membres participants (ci-après dénommés affiliés) et les membres honoraires, d'une part, et la Mutuelle, d'autre part.

Le règlement mutualiste définit en particulier les dispositions générales applicables aux cotisations et aux prestations.

Chaque affilié est tenu de s'y conformer.

Le règlement mutualiste est établi conformément aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité.

Les Conditions Particulières des contrats à adhésion obligatoire ou facultative souscrits avec des membres honoraires pourront déroger aux dispositions du présent règlement mutualiste.

Article 2

Entrée en vigueur

Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 2012.

Il a été approuvé par l'Assemblée Générale de la Mutuelle en date du 21 juin 2011.

Il s'applique à compter de sa date d'entrée en vigueur à l'ensemble des contrats en cours entre les affiliés et les membres honoraires, d'une part, et la Mutuelle, d'autre part.

Il s'applique également à l'ensemble des contrats souscrits à compter de sa date d'entrée en vigueur.

Les modifications portant sur les cotisations et les prestations sont opposables aux affiliés dès leur notification.

Article 3

Révisions

Le présent règlement mutualiste peut faire l'objet de révisions, sous réserve d'approbation de ces révisions par l'Assemblée Générale de la Mutuelle.

Les affiliés et la Mutuelle conviennent de se communiquer réciproquement, dès qu'ils en ont connaissance, tout fait ou tout acte juridique susceptible de modifier l'application d'une ou plusieurs dispositions du présent règlement mutualiste.

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire vient à modifier la portée des engagements de la Mutuelle, cette dernière procédera à la révision des conditions de l'assurance, pour la date d'effet des modifications concernées, et en informera sans délai les affiliés concernés.

TITRE II OBLIGATIONS DES AFFILIES ENVERS LA MUTUELLE

Article 4

Affiliés et ayants droit

Les affiliés sont définis de la façon suivante :

- les personnes physiques qui signent un bulletin d'affiliation, versent une cotisation et bénéficient ou font bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle quel que soit le régime dont ils dépendent,
- les salariés et les membres d'une personne morale qui a souscrit un contrat collectif à adhésion facultative avec la Mutuelle, les salariés et les membres de la personne morale s'affiliant librement à la Mutuelle et bénéficiant ou faisant bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, conformément aux dispositions du contrat collectif souscrit,
- les salariés et les membres d'une personne morale qui a souscrit un contrat collectif à adhésion obligatoire avec la Mutuelle, les salariés et les membres de la personne morale étant tenus de s'affilier à la Mutuelle et bénéficiant ou faisant bénéficier leurs ayants droit des prestations de la Mutuelle, conformément aux dispositions du contrat collectif souscrit.

Les ayants droit des affiliés qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont :

- le conjoint,
- le concubin, à charge ou non, sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de la

production d'un certificat de concubinage, et qu'il réside sous le même toit (justificatif de domicile commun),

- le partenaire avec lequel il a régulièrement contracté un PACS sous déduction des remboursements qu'il peut percevoir d'un autre organisme et sous réserve de la production d'un justificatif de Pacte Civil de Solidarité,

- les enfants célibataires à charge de l'affilié, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire avec lequel il a régulièrement contracté un PACS, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, et ce jusqu'à leur 20ème anniversaire,

- les enfants célibataires à charge de l'affilié, de son conjoint, de son concubin ou de son partenaire avec lequel il a régulièrement contracté un PACS, légitimes ou légitimés, reconnus ou adoptés, dont l'âge est compris entre leur 20ème et leur 25ème anniversaire, non salariés, et ce sous réserve de la fourniture annuelle de l'un des justificatifs suivants :

- attestation de scolarité,
- attestation fiscale justifiant le rattachement au foyer fiscal de l'affilié ou d'un ayant droit de l'affilié,

- les ascendants directs à la condition qu'ils soient à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale,

- les autres personnes à charge de l'affilié reconnues comme ses ayants droit par la Sécurité sociale,

- les enfants handicapés, sans limite d'âge, dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur 25ème anniversaire,

- les enfants infirmes majeurs, titulaires de la carte d'invalidité définie à l'article 173 du Code de la Famille et considérés comme à charge au sens de la législation de la Sécurité sociale.

Les ayants droit bénéficient de garanties identiques à celles souscrites par l'affilié.

Article 5

Conditions d'adhésion – Date d'effet – Durée – Renouvellement

Toute personne, quels que soient son régime

d'affiliation à la Sécurité sociale, sa profession, son statut social, son âge, sa nationalité, peut souscrire un contrat avec la Mutuelle.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent souscrire un contrat d'adhésion à titre individuel.

• **La personne morale, en qualité de membre honoraire**, souscrit un contrat collectif au profit de catégories de salariés ou de membres par la signature d'un contrat d'adhésion, qui précise notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- la ou les catégories de salariés couverts,
- le caractère obligatoire ou facultatif du contrat pour la ou les catégories de salariés couverts,
- la nature des garanties souscrites et les prestations correspondantes,
- les taux et assiettes de cotisations.

Dans ce cadre, les garanties prévues au contrat d'adhésion résultent :

- soit de dispositions législatives ou réglementaires,
- soit d'une convention ou d'un accord collectif, émanant du secteur d'activité, de la branche ou de l'entreprise,
- soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise, constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

• **La personne morale, en qualité de membre honoraire**, s'engage à fournir pour chaque salarié, actuel ou futur, un bulletin d'affiliation entreprise accompagné le cas échéant des pièces justificatives nécessaires en vigueur au moment de l'affiliation. L'ouverture de la garantie pour chaque salarié ou membre est subordonnée à l'accomplissement de cette formalité.

• **La personne morale, en qualité de membre honoraire** qui a souscrit un contrat collectif s'engage à transmettre selon les dispositions de son contrat trimestriellement ou annuellement un état nominatif complet des salariés ou des membres concernés par le contrat d'adhésion

(document transmis vierge par MIEL Mutuelle) en indiquant notamment pour chacun des salariés les noms, prénom, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale et tous les éléments nécessaires au calcul des cotisations.

• **La personne physique, en qualité d'affilié :**

- soit souscrit un contrat d'adhésion si elle agit à titre individuel, en remplissant et en signant un bulletin d'affiliation,
- soit adhère au contrat collectif souscrit par la personne morale dont elle relève, en remplissant et en signant un bulletin d'affiliation entreprise.

Le contrat d'adhésion prend effet :

- soit à la date prévue au contrat, pour les contrats souscrits par un membre honoraire pour ses salariés ou ses membres,
- soit à la date prévue au bulletin d'affiliation pour les affiliés ayant souscrit un contrat à titre individuel,
- soit à la date prévue au bulletin d'affiliation pour les affiliés qui relèvent postérieurement à sa date d'effet du contrat collectif souscrit par le membre honoraire.

Le contrat d'adhésion présente dans tous les cas une durée légale maximale d'une année et expire dans tous les cas le 31 décembre suivant la date d'effet à minuit.

Il se renouvelle ensuite annuellement et par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année civile, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties dans les conditions prévues à l'article 7 du présent règlement.

 **Article 6**

Délai de rétractation en cas de vente à distance

Conformément aux dispositions de l'article L 221-18 du Code de la Mutualité, toute personne physique ayant adhéré, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un règlement à distance, dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalité.

Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet,
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations, conformément à l'article L 121-20-11 du Code de la Consommation, si cette dernière date est postérieure au jour d'adhésion.

Conformément aux dispositions de l'article L 121-20-13.II du Code de la Consommation, MIEL Mutuelle est tenue de rembourser à l'affilié participant dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours, toutes les sommes qu'elle a perçues de celui-ci en application du contrat, à l'exception du paiement proportionnel du service financier effectivement fourni et à l'exclusion de toute pénalité.

Ce délai commence à courir le jour où MIEL Mutuelle reçoit notification par le membre participant de sa volonté de se rétracter.

Au-delà du délai de trente jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal en vigueur.

L'affilié devra restituer à MIEL Mutuelle dans les meilleurs délais et au plus tard dans les trente jours toute somme qu'il a reçue de cette dernière. Ce délai commence à courir à compter du jour où l'affilié communique à MIEL Mutuelle sa volonté de se rétracter.

 **Article 7**

Formalités d'affiliation et modifications de niveau de garantie ou de situation familiale

La signature du bulletin d'affiliation vaut engagement aux statuts et au présent règlement mutualiste.

Formalités d'affiliation

Pour être recevable, le bulletin d'affiliation doit obligatoirement être accompagné le cas échéant des pièces justificatives nécessaires (photocopies), dans la forme fixée par MIEL Mutuelle, en vigueur au moment de l'affiliation.

Modification de niveau de garantie

Lorsque l'affilié a le choix entre plusieurs niveaux

de garanties, le choix des niveaux s'opère sur une durée minimale :

- niveau 1 : 1 an,
- niveau 2 : 2 ans,
- niveau 3 : 3 ans,
- niveau 4 : 4 ans,

à l'exception du transfert du niveau 1, du niveau 2 ou du niveau 3 vers des niveaux plus élevés.

Le changement de niveau vers un niveau supérieur s'effectue au 1er jour d'un trimestre civil avec un délai de prévenance d'un mois.

Le changement de niveau vers un niveau inférieur doit respecter les durées minimales d'affiliation. Il doit s'effectuer au 1er jour d'un trimestre civil avec un délai de prévenance d'un mois.

Lorsque l'affiliation a été souscrite sur la base d'un contrat individuel, l'affilié transmet à MIEL Mutuelle un bulletin de changement de niveau sur lequel sera coché le nouveau niveau de garantie.

Lorsque l'affiliation a été souscrite sur la base d'un contrat collectif, l'affilié transmet à MIEL Mutuelle par l'intermédiaire du signataire du contrat collectif un bulletin d'affiliation entreprise sur lequel seront cochées les cases «modification » et le nouveau niveau de garantie.

Le formalisme de ce changement d'option peut être modifié par le contrat d'adhésion souscrit par un membre honoraire pour ses salariés ou ses membres.

Le changement de niveau vers un niveau inférieur peut, par dérogation aux règles de transfert énoncées ci-dessus, s'effectuer à tout moment dans les cas suivants, sous réserve que l'affilié en fasse la demande avec justificatif dans les trois mois de la survenance de l'évènement :

- naissance ou adoption d'un enfant à la charge de l'affilié,
- mariage ou divorce de l'affilié, début ou fin de concubinage de l'affilié,

- conclusion ou dissolution d'un Pacte Civil de Solidarité,
- décès de l'affilié, de son conjoint, de l'un de ses ayants droit ou de la personne qui lui est liée par un PACS,
- invalidité de l'affilié, de son conjoint, de ses enfants ou de la personne qui lui est liée par un PACS, l'invalidité s'apprécie au sens des 2° et 3° de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité sociale ou doit être reconnue par décision de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L.323-11 ou de la Commission départementale de l'éducation spéciale à condition que le taux d'incapacité atteigne au moins 80% et que l'intéressé n'exerce aucune activité professionnelle,
- obligation faite au conjoint d'adhérer à un régime collectif de groupe frais de santé souscrit par son propre employeur, sur justificatif,
- passage pour l'affilié d'un emploi temps plein à un emploi temps partiel,
- pour les affiliés salariés à temps partiel, réduction de l'horaire contractuel de 25% et plus,
- recevabilité d'un dossier de surendettement des particuliers déposé auprès de la Banque de France, en application de l'article L.331-2 du Code de la Consommation,
- acquisition, agrandissement, sous réserve de l'existence d'un permis de construire ou d'une déclaration préalable de travaux, ou remise en l'état à la suite d'une catastrophe naturelle reconnue par arrêté ministériel, de la résidence principale de l'affilié,
- rupture du contrat de travail de l'affilié.

Modification de situation de famille

Toute modification de situation de famille (changement d'état civil, changement d'adresse, naissance, divorce, décès...) doit être signalée au plus tôt à la Mutuelle, accompagnée des justificatifs afférents.

Article 8

Conditions de Résiliation : Dénonciation – Radiation

• **En cas de contrat collectif souscrit par un membre honoraire** pour ses salariés ou ses membres :

Le contrat d'adhésion prend fin par résiliation faite par le membre honoraire ou la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, reçue par la Mutuelle au plus tard au 31 octobre de l'année en cours, pour effet au 31 décembre de l'année en cours.

- En cas de non respect de ce délai, le contrat d'adhésion est renouvelé pour l'année suivante par tacite reconduction.

La Mutuelle peut également procéder à la radiation du contrat d'adhésion, en cas de défaut de paiement des cotisations (cf Article 15 du règlement mutualiste).

La résiliation sera également effective en cas de cessation d'activité du membre honoraire. Elle prendra effet à la date de cessation d'activité.

Le membre honoraire ne peut pas résilier le contrat d'adhésion, si son adhésion à la Mutuelle relève d'une obligation prévue par une Convention collective, un accord de branche, ou un accord professionnel ou interprofessionnel.

• **En cas de contrat individuel souscrit par un affilié :**

Le contrat d'adhésion prend fin par résiliation faite par l'affilié ou la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, reçue par la Mutuelle au plus tard au 31 octobre de l'année en cours, pour effet au 31 décembre de l'année en cours.

- En cas de non respect de ce délai, le contrat d'adhésion est renouvelé pour l'année suivante par tacite reconduction.

La Mutuelle peut également procéder à la radiation du contrat d'adhésion, en cas de défaut de paiement des cotisations (cf Article 15 du règlement mutualiste).

• **Dans tous les cas :**

La radiation du souscripteur et de ses ayants droit n'est effectuée qu'à réception par la Mutuelle de l'original de la carte d'affiliation et le

cas échéant de cartes supplémentaires.

- En cas de contrat collectif souscrit par un membre honoraire, l'affilié n'est radié que suite à l'envoi d'une attestation nominative délivrée par le membre honoraire (document bulletin d'affiliation entreprise avec la case radiation cochée).

- En cas de départ à l'étranger, la radiation de l'affilié s'effectue sur production d'un justificatif suffisamment probant de départ à l'étranger.

- En cas de divorce, le conjoint divorcé n'est radié que sur production d'un justificatif de divorce, envoyé par lettre recommandée de l'affilié et accompagné d'une demande de sa part.

- En cas d'éligibilité à la Couverture Maladie Universelle ou à la Couverture Maladie Universelle Complémentaire, la radiation de l'affilié s'effectue sur production de l'attestation d'ouverture de droits dans les trois mois de son obtention.

- En cas de radiation, la réadmission ultérieure de la personne est soumise à la décision de la Mutuelle.

- **Les modalités de radiation des ayants droit :**

Les ayants droit peuvent se radier quand ils le souhaitent. La prise en compte de leur radiation est effective au premier jour du trimestre suivant, sur justificatif, sous réserve d'un délai de prévenance d'un mois. L'ayant droit qui se radie ne peut revenir sur la même affiliation.

Article 9

Conséquences du redressement ou de la liquidation judiciaire

En cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire du membre honoraire, la Mutuelle pourra résilier le contrat d'adhésion dans les trois mois suivants la date du jugement ayant prononcé le redressement ou la liquidation judiciaire.

TITRE III

OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES AFFILIÉS

Article 10

Admission des affiliés

• **Les affiliés ayant souscrit un contrat d'adhésion à titre individuel** sont admis au bénéfice des garanties à la date d'effet prévue au bulletin d'affiliation.

• **Les affiliés relevant d'un contrat d'adhésion souscrit à titre collectif par un membre honoraire** sont admis au bénéfice des garanties à la date d'effet prévue au contrat d'adhésion, sous réserve qu'ils relèvent d'une catégorie professionnelle définie à ce contrat. Les affiliés dont le contrat de travail est suspendu en raison d'un congé sabbatique, d'un congé pour création d'entreprise, d'un congé parental d'éducation ou d'un congé pour convenance personnelle ne sont pas couverts par les garanties prévues au contrat d'adhésion.

Le membre honoraire s'engage, en cas de contrat collectif souscrit à titre obligatoire, à affilier sans délai tous les futurs salariés relevant d'une catégorie définie au contrat.

En complément des garanties collectives souscrites par l'entreprise adhérente, l'affilié peut sous certaines conditions et pour certaines garanties, souscrire à des garanties individuelles complémentaires.

Article 11

Garanties – Démarrage et cessation de la couverture

Les garanties entrent en vigueur :

- à la date d'effet du contrat d'adhésion ou de l'avenant au contrat d'adhésion,
- à la date d'effet prévue au bulletin d'affiliation pour les nouveaux salariés relevant d'un contrat d'adhésion souscrit par un membre honoraire,
- à la date d'effet prévue au bulletin d'affiliation pour les salariés qui rejoignent une catégorie professionnelle relevant d'un contrat d'adhésion souscrit par un membre honoraire.

Les garanties cessent :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat d'adhésion,
 - à la date de la rupture du contrat de travail, pour les affiliés relevant d'un contrat d'adhésion collectif souscrit par un membre honoraire,
 - à la date du passage de l'affilié dans une catégorie de salariés non visée par le contrat d'adhésion collectif souscrit par un membre honoraire,
 - à la date de la suspension du contrat de travail en cas de congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation ou congé pour convenance personnelle, pour les affiliés relevant d'un contrat d'adhésion collectif souscrit par un membre honoraire,
 - à la date de liquidation par le salarié de la pension vieillesse de la Sécurité sociale, pour les affiliés relevant d'un contrat d'adhésion collectif souscrit par un membre honoraire,
- Dans la limite des prestations prises en charge par la Mutuelle, celle-ci est subrogée dans les droits de l'affilié à l'égard d'un tiers responsable.

Article 12

Prolongation des garanties

En respect de la loi Evin du 31 décembre 1989, les anciens salariés relevant d'un contrat d'adhésion collectif souscrit à titre obligatoire par un membre honoraire avec la Mutuelle, en situation d'incapacité de travail ou d'invalidité, de chômage indemnisé ou de retraite, peuvent demander le maintien d'une garantie équivalente, sans délai d'attente ni formalité médicale, sous réserve que leur demande soit formulée par écrit à la Mutuelle dans les six mois suivant la rupture de leur contrat de travail.

Les ayants droit d'un salarié décédé peuvent formuler la même demande, dans les mêmes conditions, dans un délai de six mois suivant le décès du salarié.

Article 13

Information aux affiliés

Les correspondances entre l'affilié et la Mutuelle pourront être échangées par voie électronique,

sous réserve du respect des dispositions en vigueur. Elles auront force probante dans les conditions de l'article 1316 du Code civil.

La Mutuelle remet au membre honoraire ayant souscrit un contrat d'adhésion collectif pour ses salariés une notice d'information détaillant les conditions particulières du contrat d'adhésion à laquelle sont joints les statuts et le présent Règlement Mutualiste. Cette notice d'information présente notamment les garanties, leurs modes d'entrée en vigueur, les exclusions et délais de prescription, les modalités de résiliation du contrat et les services associés.

Cette notice permet aux affiliés de disposer d'une information claire et détaillée sur les dispositions du contrat souscrit.

Le membre honoraire s'engage à remettre cette notice d'information aux affiliés qui relèvent du contrat souscrit. La responsabilité et la preuve de la remise de cette notice d'information aux affiliés couverts reposent sur le membre honoraire.

Article 14

Action sociale

Conformément à l'article 59 des statuts de la Mutuelle, les affiliés peuvent bénéficier au titre de l'action sociale du versement d'une somme forfaitaire par enfant lors de la naissance ou lors de l'adoption d'un enfant mineur non émancipé. Le versement de cette somme est aléatoire, dans la mesure où il est subordonné à l'existence d'un solde suffisant au compte de l'action sociale.

L'affilié devra transmettre une copie de l'acte de naissance ou un justificatif d'adoption pour bénéficier de ce versement.

L'action sociale de la Mutuelle permet également d'étudier tous les cas particuliers de nature exceptionnelle.

TITRE IV COTISATIONS ET MODALITES DE VERSEMENT

Article 15

Assiette et paiement des cotisations

• **Pour les affiliés ayant souscrit un contrat à titre individuel, les cotisations peuvent être réglées :**

- par chèque bancaire, en espèces ou par carte bancaire pour leur montant total annuel, au plus tard le 15 janvier de l'année de référence du contrat,

- par chèques bancaires, en espèces ou par carte bancaire :

→ chaque trimestre, sous réserve de la réception par la Mutuelle du règlement avant le 10 du premier mois du trimestre,

→ chaque mois, sous réserve de la réception par la Mutuelle du règlement avant le 10 du mois,

- par prélèvement sur compte bancaire ou postal :

→ chaque mois, avant le 10 du mois,

→ chaque trimestre, avant le 10 du premier mois du trimestre.

• **Pour les membres honoraires ayant souscrit un contrat collectif pour lequel ils assurent la gestion des cotisations**, les cotisations sont payables par le membre honoraire dans les conditions prévues au contrat d'adhésion.

Le membre honoraire est seul responsable du paiement des cotisations, y compris pour ce qui concerne le précompte salarial.

Dans tous les cas de figure, et par mandat annuel donné par l'Assemblée Générale de la Mutuelle, le Conseil d'Administration de la Mutuelle fixe chaque année l'évolution des cotisations. Elles peuvent notamment évoluer en fonction :

- de la progression de l'indice CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), observée entre le 1er octobre d'un exercice et le 30 septembre de l'exercice précédent,

- de l'équilibre technique et financier des régimes de garanties,

- de modifications des taux de remboursements de la Sécurité sociale ou du régime d'affiliation

de l'affilié,
- de modifications des Tarifs de Convention ou des Bases de Remboursement.

Article 16

Défaut de paiement des cotisations

Les cotisations réglées en totalité ou en partie au-delà des délais fixés à l'Article précédent supportent des majorations de retard. Les modalités de calcul de ces majorations sont fixées par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

A défaut de paiement de tout ou partie des cotisations dans les 10 jours suivant le terme des échéances prévues à l'Article précédent, la Mutuelle transmet une mise en demeure au membre honoraire ou à l'affilié.

En cas de défaut de paiement à l'issue d'une période de 30 jours après l'envoi de la mise en demeure, les garanties sont suspendues. La Mutuelle informe le membre honoraire ou l'affilié de la suspension des garanties, et de la résiliation du contrat au terme d'un délai de 10 jours suite à cette information si le règlement des cotisations n'est pas intervenu.

En cas de persistance du défaut de paiement, la Mutuelle pourra procéder à la résiliation du contrat au terme de ce délai de 10 jours, soit 40 jours après l'envoi de la mise en demeure.

La Mutuelle pourra engager toutes les procédures nécessaires pour obtenir le paiement des cotisations dues, les frais de procédure étant à la charge du membre honoraire ou de l'affilié.

Article 17

Maintien des garanties

Les affiliés qui relèvent d'un contrat collectif souscrit par un membre honoraire, en situation d'arrêt de travail antérieur ou postérieur à la date d'effet du contrat, sont couverts par la garantie prévue au contrat.

TITRE V PRESTATIONS

Article 18

Prestations accordées par la Mutuelle

La garantie Frais de Soins de Santé a pour objet de rembourser, en cas d'accident, de maladie ou de maternité, dans les limites définies par les textes en vigueur et en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale au titre des prestations en nature de l'Assurance Maladie, les dépenses engagées par les affiliés et leurs ayants droit pour les types d'actes définis aux contrats d'adhésion souscrits.

Les prestations garanties sont précisées au contrat d'adhésion.

La base de calcul des prestations est le montant justifié des dépenses de santé.

On entend par montant justifié la présentation par l'affilié d'une facture originale (ou un duplicata) acquittée par le professionnel de santé ainsi que le décompte original ou électronique du régime de Sécurité sociale si l'affilié n'a pas bénéficié de la télétransmission.

Dans certains cas (cures thermales, optique...), la Mutuelle se réserve le droit de réclamer tout justificatif permettant de prouver que les frais ont été réellement réglés, ce justificatif permettant également d'en déterminer le montant. Dans l'hypothèse où les éléments fournis ne permettraient pas à la Mutuelle de s'assurer de la réalité du paiement des frais ou du montant de ces derniers, la Mutuelle se réserve la faculté de refuser le versement des prestations demandé.

En tout état de cause, la Mutuelle se réserve le droit à tout moment de contrôler par son professionnel de santé conseil les affiliés participants qui lui présentent des prestations. Sa mission consiste à vérifier la réalité des dépenses ou des événements justifiant l'intervention de la Mutuelle.

En cas de refus de se soumettre à ce contrôle, l'affilié ou le bénéficiaire peut se voir déchoir du droit au remboursement de la prestation litigieuse.

En cas de désaccord une commission d'arbitrage sera réunie afin de trancher le litige.

Les remboursements de la Mutuelle s'effectuent sur les bases des tarifs de convention (ou tarif d'autorité pour les professionnels non conventionnés).

Les natures de frais indemnisés sont les suivantes :

- consultations et visites médicales,
- actes de spécialités,
- analyses et examens de laboratoires,
- soins et actes d'auxiliaires médicaux,
- radiographie - électroradiologie,
- transport,
- hospitalisation médicale et chirurgicale,
- chirurgie en milieu hospitalier,
- pharmacie
- soins dentaires et prothèses dentaires,
- orthodontie,
- prothèses non dentaires - Orthopédie,
- optique (Verres, montures, lentilles),
- cures thermales,
- obsèques (gestion pour compte de tiers),

La Mutuelle peut également rembourser des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale et verser des indemnités forfaitaires, en rapport avec les natures de frais indemnisés.

Article 19

Principe indemnitaire

Les remboursements ou les indemnités de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'affilié après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L.861-3 du Code de la Sécurité sociale. Conformément aux dispositions de l'article 2 du décret n°90-769 du 30 août 1990 pris en application de l'alinéa 2 de l'article 9 de la loi dite « Evin » n°89-1009 du 31 décembre 1989, lorsque des garanties de même nature sont contractées auprès de plusieurs organismes assureurs, elles produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date

de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

Les remboursements de toute nature doivent être entendus comme étant le montant des prestations servies par la Sécurité sociale ou par le régime d'affiliation, par un autre organisme assureur ou éventuellement par un tiers responsable.

Article 20

Prestations exclues par la Mutuelle

Ne donnent pas lieu à garantie et n'entraînent aucun paiement à la charge de la Mutuelle :

- les frais de traitements et d'opérations liés au rajeunissement non pris en charge par la Sécurité sociale,
- les dépassements d'honoraires liés à la chirurgie esthétique,
- les frais de chirurgie plastique et reconstructrice ne donnant pas lieu à prise en charge par la Sécurité sociale,
- les frais de confort personnel (téléphone, télévision...),
- la perte de revenus en cas d'arrêt de travail,
- les conséquences de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante,
- les frais liés directement à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle.

En application des dispositions de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie et du décret n°2005-1226 du 29 septembre 2005, sont exclus des remboursements accordés par la Mutuelle :

- la participation forfaitaire prévue au paragraphe 2 de l'article L322-2 du Code de la Sécurité sociale,

- la majoration de participation mise à la charge des assurés par l'article L162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans le cas où l'assuré n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant,

- les actes et prestations pour lesquels le patient n'a pas autorisé le professionnel de santé auquel il a eu recours à accéder à son dossier médical personnel et à le compléter,

- les dépassements d'honoraires pour toute consultation ou acte technique hors parcours de soins.

La Mutuelle s'engage à respecter toute disposition d'application ultérieure dont l'entrée en vigueur serait postérieure à celle du présent règlement.

Article 21

Prestations indues

En cas de prestations versées indûment à un affilié, ou en cas d'utilisation du tiers payant par la présentation d'une carte d'affiliation par un affilié postérieurement à sa date de radiation entraînant le versement de prestations indues à un professionnel de santé, la Mutuelle est en droit de réclamer à l'affilié le remboursement de toutes prestations indues, et d'engager tous les moyens juridiques nécessaires pour contraindre l'affilié à ce remboursement.

Article 22

Recours contre tiers

La Mutuelle est subrogée de plein droit à l'affilié victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées.

En est exclue la part d'indemnité correspondant au préjudice esthétique de la victime.

Article 23

Règles de paiement - Limites

La Mutuelle reçoit par télétransmission, si l'affilié en a fait la demande, de l'ensemble des Caisses Primaires d'Assurance Maladie du régime général, les informations lui permettant de procéder aux remboursements.

Il appartient toutefois à chaque affilié de vérifier que la télétransmission fonctionne correctement pour lui-même et ses ayants droit et d'avertir sans délai la Mutuelle en cas d'anomalie.

Le tiers payant fonctionne sur la France entière avec l'ensemble des professionnels de santé et établissements ayant signé une convention avec la Mutuelle, sur présentation de la carte d'affiliation.

Les remboursements s'effectuent conformément aux garanties souscrites.

Les affiliés relevant du régime local Alsace-Moselle seront remboursés en complément des remboursements de la Sécurité sociale de ce régime, dans la limite des frais réellement engagés et des garanties souscrites.

Les affiliés relevant d'un régime particulier de Sécurité sociale seront remboursés en complément des remboursements de la Sécurité sociale de ce régime, dans la limite des frais réellement engagés et des garanties souscrites.

Les frais engagés à l'étranger sont remboursés sur la base des tarifs reconstitués en vigueur en France, s'ils ont été pris en charge par la Sécurité sociale et dans les limites de garanties prévues au contrat d'adhésion. Le règlement des prestations n'est effectué que sur présentation d'une facture et de l'original du décompte du régime de Sécurité sociale correspondant.

Les départements et territoires d'outre-mer sont assimilés à la France métropolitaine pour l'application de cette disposition. En revanche,

les Principautés de Monaco et d'Andorre sont considérées comme des pays étrangers.

Les pays d'outre-mer sont assimilés à l'étranger pour l'application de cette disposition.

Les frais de transport maritimes et aériens engagés par des résidents des départements et territoires d'outre-mer ou de la France métropolitaine, pour des déplacements au départ ou à destination des départements et territoires d'outre-mer et de l'étranger, ne sont pas pris en charge.

Les remboursements ne seront effectués que pour les frais engagés postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion et pendant la durée du contrat.

Article 24

Forclusion - Prescription

Le délai de prescription est fixé à 2 ans à compter de la date des soins. La date des soins prise en compte est celle communiquée par le régime d'affiliation.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où MIEL Mutuelle en a eu connaissance,
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action du membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre MIEL Mutuelle a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit ou a été indemnisé par celui-ci.

Les demandes de paiement de prestations, décomptes (originaux) du régime d'assurance maladie obligatoire et factures acquittées doivent être produits dans un délai maximum de 2 ans à compter de la date des soins ou de facturation.

A l'expiration des délais mentionnés ci-dessus,

le membre participant est déchu du bénéfice des prestations garanties par MIEL Mutuelle.

Article 25

Responsabilité du membre participant Obligation d'information

Le membre participant certifie sincères et véritables les indications fournies lors de son affiliation. Il reconnaît que toute réticence ou fausse déclaration peut entraîner sa déchéance.

Par ailleurs, le membre participant est tenu d'informer la Mutuelle, de toutes les modifications concernant :

- son état civil,
- son adresse,
- sa situation matrimoniale,
- sa situation familiale,
- sa situation socioprofessionnelle,
- son ouverture de droits au regard des régimes d'assurance maladie obligatoires,
- ses coordonnées bancaires,
- et plus généralement de toutes les modifications ayant un intérêt pour la Mutuelle.

Responsabilité pour fausse déclaration intentionnelle

Conformément aux dispositions de l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, 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, 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 le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

Cas particuliers des fausses déclarations non intentionnelles

Conformément aux dispositions de l'article

L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part du membre participant dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au bulletin d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, la Mutuelle a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre des règlements, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le membre participant ; à défaut d'accord de celui-ci, le bulletin d'adhésion prend fin 10 jours après 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 au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article 26

Protection des données personnelles

Les informations personnelles et nominatives concernant les affiliés et leurs ayants droit recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatisé afin de gérer l'affiliation du membre participant ou de l'ayant droit. En application de la Loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne physique peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait dans les fichiers de la Mutuelle ou, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs, en adressant un courrier simple au siège de la Mutuelle. L'affilié ou son ayant droit peut s'opposer à la communication des données nominatives le concernant à des tiers à des fins commerciales en adressant au siège de la Mutuelle un courrier par lettre simple. Les frais d'envoi sont remboursés sur demande.

Les personnes qui ont connaissance des informations données par le membre participant dans le cadre de la gestion de son contrat sont

tenues au secret professionnel.

Article 27

Propriété intellectuelle

En application du Code de la Propriété intellectuelle, tous les éléments du présent règlement mutualiste (texte et logo) sont la propriété pleine et entière de la Mutuelle.

Tous les droits de reproduction sont ainsi réservés et interdits sans l'accord express de la Mutuelle.

Article 28

Organisme de contrôle

Conformément à l'article L.510-1 du Code de la Mutualité, la Mutuelle exerce son activité sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel (ACP), instituée par l'article L.951-1 du Code de la Sécurité sociale, sise 61 rue Taitbout à Paris (IXe arrondissement).

MIEL Mutuelle
11, rue du Gris de Lin
42021 Saint-Etienne Cedex 1

<http://www.mielmut.fr>
e-mail : mielmut@mielmut.fr

Tél. : 04 77 49 35 35
Fax : 04 77 49 35 49

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité • Mutuelle fondée le 15 février 1905 • Numéro d'immatriculation au Registre National des Mutuelles 776 398 786 •
N° SIRET 776 398 786 00025 • CCPC LYON 1067 - 62 U
Septembre 2011 / « Copyright © 2011, MIEL Mutuelle Micro Application et ses concédants. Tous droits réservés. » « Conception & réalisation : Service communication MIEL Mutuelle » •
Photos libre de droits • Document non contractuel



MIEL
M u t u e l l e

MIELRM0112