

**SOMMAIRE****TITRE I – GENERALITES**

- Article 1 - Objet*
- Article 2 - Entrée en vigueur*
- Article 3 - Révisions*

**TITRE II – OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

- Article 4 - Membres participants et ayants droit*
- Article 5 - Conditions d'adhésion – Date d'effet – Durée – Renouvellement*
- Article 6 - Formalités d'affiliation et modifications d'option ou de situation familiale*
- Article 7 - Conditions de résiliation : Dénonciation – Radiation*
- Article 8 - Conséquences du Redressement ou de la Liquidation Judiciaire*

**TITRE III – OBLIGATIONS DE LA MUTUELLE ENVERS SES ADHERENTS**

- Article 9 - Admission des participants*
- Article 10 - Garanties – Démarrage et cessation de la couverture*
- Article 11 - Prolongation des garanties*
- Article 12 - Information aux adhérents*
- Article 13 - Action sociale*

**TITRE IV – COTISATIONS ET MODALITES DE VERSEMENT**

- Article 14 - Assiette et paiement des cotisations*
- Article 15 - Défaut de paiement des cotisations*
- Article 16 - Maintien des garanties*

**TITRE V – PRESTATIONS**

- Article 17 - Prestations accordées par la Mutuelle*
- Article 18 - Prestations exclues par la Mutuelle*
- Article 19 - Prestations indues*
- Article 20 - Recours contre tiers*
- Article 21 - Règles de paiement - Limites*
- Article 22 - Forclusion - Prescription*

## **TITRE I – GENERALITES**

### **Article 1 - Objet**

Conformément aux dispositions de l'article 4 des statuts, il est institué un règlement mutualiste définissant le contenu des obligations réciproques entre les membres participants 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 adhérent 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 au 01/01/2003.

Il a été approuvé par le Conseil d'Administration de la Mutuelle en date du 18 octobre 2002 et a été soumis à l'Assemblée Générale du 3 juin 2003.

Il s'applique à compter de sa date d'entrée en vigueur à l'ensemble des contrats en cours entre les membres participants 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.

### **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 adhérents 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 adhérents concernés.

## **TITRE II – OBLIGATIONS DES ADHERENTS ENVERS LA MUTUELLE**

### **Article 4 - Membres participants et ayants droit**

Les membres participants sont définis de la façon suivante :

- les personnes physiques qui signent un bulletin d'adhésion, 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 membres participants qui bénéficient des prestations de la Mutuelle sont :

- le conjoint,
- le concubin,
- les enfants à charge au sens de la législation de la Sécurité Sociale jusqu'au 31 décembre de leur vingtième anniversaire,
- les ascendants directs à la condition qu'ils soient à charge au sens de la législation de la Sécurité Sociale,
- les enfants handicapés, sans limite d'âge, dont l'état d'invalidité a été constaté avant leur vingtième anniversaire.

Les ayants droit bénéficient de garanties identiques à celles souscrites par le membre participant.

## **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 physique, en qualité de membre participant :**

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

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'adhésion pour les membres participants ayant souscrit un contrat à titre individuel
- soit à la date prévue au bulletin d'adhésion pour les membres participants 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 - Formalités d'affiliation et modifications d'option ou de situation familiale**

La signature du bulletin d'adhésion vaut engagement aux statuts et au présent règlement de la Mutuelle.

Pour être recevable, le bulletin d'adhésion doit obligatoirement être accompagné des documents suivants :

- copie des attestations d'immatriculation à la Sécurité sociale jointes à l'envoi de la Carte Vitale, ou des cartes d'immatriculation au régime d'affiliation, pour le membre participant et l'ensemble des ayants droit inscrits sur ce bulletin,
- pour les membres participants ayant signé un contrat d'adhésion à titre individuel ou relevant d'un contrat collectif au titre duquel la personne morale ne pratique pas l'appel de cotisations, les deux exemplaires de l'autorisation de prélèvement dûment complétés et signés, avec l'indication de la périodicité de prélèvement choisie et accompagnés d'un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne,
- un relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne pour le paiement des prestations.

Lorsque le membre participant a le choix entre plusieurs options de garanties, les changements d'option s'effectuent une fois par an et avant la date de l'année en cours prévue au contrat d'adhésion, avec effet au 1er janvier de l'année suivante. Le membre participant transmet pour cela à la Mutuelle un bulletin de changement d'option sur lequel sera coché la nouvelle option 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.

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

- naissance : copie de l'acte de naissance
- décès : copie de l'acte de décès
- changement d'adresse ou de département : nouvelle attestation accompagnant l'envoi de la carte Vitale en cas de changement de département.

## **Article 7 - 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, 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 membre participant :**

Le contrat d'adhésion prend fin par résiliation faite par le membre honoraire ou la Mutuelle, par lettre recommandée avec accusé de réception, 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 membre participant et de ses ayants droit n'est effectuée qu'à réception par la Mutuelle de l'original de la carte d'adhérent et le cas échéant de cartes supplémentaires.

En cas de contrat collectif souscrit par un membre honoraire, le membre participant n'est radié que suite à l'envoi d'une attestation nominative délivrée par le membre honoraire.

En cas de départ à l'étranger, la radiation du membre participant s'effectue sur production d'un justificatif 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 par le membre participant et accompagné d'une demande de sa part.

En cas de radiation, la réadmission ultérieure de la personne est soumise à la décision du Conseil d'Administration de la Mutuelle.

## **Article 8 - 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 ADHERENTS**

## **Article 9 - Admission des participants**

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

- **Les membres participants 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 prévues au contrat d'adhésion, sous réserve qu'ils relèvent d'une catégorie professionnelle définie à ce contrat. Les membres participants 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, le membre participant peut sous certaines conditions et pour certaines garanties, souscrire à des garanties individuelles complémentaires.

## **Article 10 - Garanties – Démarrage et cessation de la couverture**

Les garanties entrent en vigueur :

- à la date d'effet du contrat ou de l'avenant,
- 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 membres participants relevant d'un contrat d'adhésion collectif souscrit par un membre honoraire,
- à la date du passage du membre participant 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 membres participants 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 membres participants 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 du membre participant à l'égard d'un tiers responsable.

### **Article 11 - 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 12 - Information aux adhérents**

La Mutuelle remet au membre honoraire ayant souscrit un contrat d'adhésion collectif pour ses salariés une notice d'information, composée des statuts, du présent règlement mutualiste et des conditions particulières du contrat d'adhésion. 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 membres participants 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 membres participants qui relèvent du contrat souscrit. La responsabilité et la preuve de la remise de cette notice d'information aux membres participants couverts repose sur le membre honoraire.



### **Article 13 - Action sociale**

Conformément à l'article 59 des statuts de la Mutuelle, les membres participants 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.

Le membre participant 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 14 - Assiette et paiement des cotisations**

- **Pour les membres participants ayant souscrit un contrat à titre individuel ou relevant d'un contrat collectif facultatif sans gestion des cotisations par le membre honoraire**, les cotisations sont fixées en fonction d'une valeur forfaitaire révisable annuellement et variables en fonction de l'âge et de la situation de famille du membre participant.

Les cotisations peuvent être réglées :

- par chèque bancaire ou en espèces pour leur montant total annuel, au plus tard le 15 janvier de l'année de référence du contrat
- par chèques bancaires ou en espèces :
  - ° chaque trimestre, avec une majoration de 5 euros, et sous réserve de la réception par la Mutuelle du règlement en date du 10 du mois précédant le trimestre à échoir,
  - ° chaque mois, avec une majoration de 5 euros, et sous réserve de la réception par la Mutuelle du règlement en date du 10 du mois précédant le mois à échoir,
- par prélèvement sur compte bancaire ou postal :
  - ° chaque mois, sans frais, en date du 10 du mois précédant le mois à échoir,
  - ° chaque trimestre, sans frais, en date du 10 du mois précédant le trimestre à échoir.

En cas de rejet du prélèvement, des frais de rejet pourront être à la charge du membre participant.

Le membre participant reçoit avec son appel de cotisation un échéancier l'informant des dates et des montants des prélèvements ou des règlements à réaliser.

- **Pour les membres honoraires ayant souscrit un contrat collectif pour lequel ils assurent la gestion des cotisations, les cotisations** sont fixées en fonction d'une valeur forfaitaire par personne.

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**, 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 du membre participant
- de modifications des Tarifs de Convention.

### **Article 15 - 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 au membre participant.

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 le membre participant 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 du membre participant.

## **Article 16 - Maintien des garanties**

Les membres participants 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 17 - 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 membres participants 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.

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 – Electroradiologie
- Transport
- Hospitalisation médicale et chirurgicale
- Chirurgie en milieu hospitalier
- Pharmacie
- Soins dentaires et prothèses dentaires
- Orthodontie
- Prothèses non dentaires – Orthopédie
- Optique (Verres, montures, lentilles)
- Actes de maternité
- 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 ci-dessus.

## **Article 18 - 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.

## **Article 19 - Prestations indues**

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

## **Article 20 - Recours contre tiers**

La Mutuelle est subrogée de plein droit au membre participant 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 21 - Règles de paiement - Limites**

La Mutuelle reçoit par télétransmission 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 membre participant 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 établissement ayant signé une convention avec la Mutuelle, sur présentation de la carte d'adhérent.

Les remboursements s'effectuent conformément aux garanties souscrites, avec application le cas échéant de délais de carence pour certains postes de garanties.

Le montant des remboursements effectués ne peut pas excéder le montant des dépenses réelles, compte tenu des prestations servies par la Sécurité Sociale ou par le régime d'affiliation, par un autre organisme assureur ou éventuellement par un tiers responsable.

Les participants 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 participants 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. 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 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 22 - 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.

### **Clause de confidentialité**

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.

### **CNIL**

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.