

à conserver

RÈGLEMENTS DES GARANTIES

frais de santé
opérations individuelles

Mise à jour 2011



RÈGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPÉRATION INDIVIDUELLE

1- OBJET

1-1 Les dispositions du présent règlement mutualiste déterminent les conditions dans lesquelles la mutuelle assure des garanties "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. 114-1 du code de la Mutualité. La mutuelle 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 après 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.

1-2 Des garanties peuvent également être proposées par la mutuelle, agissant en tant qu'intermédiaire mutualiste, 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, ou bien sur la base de contrats collectifs à adhésion facultative. Le détail de ces garanties fait l'objet d'une information spécifique de l'adhérent lorsqu'il en bénéficie.

1.3 Les garanties proposées par la mutuelle, et objet du présent règlement, sont des garanties relatives au remboursement de frais de santé, telles que définies sur le document remis à l'adhérent lors de son adhésion et des modifications qui lui ont été notifiées, décidées par l'assemblée générale ou par délégation donnée au conseil d'administration.

2 - ADHÉSION

2-1 FORMALITÉS D'ADHÉSION : L'adhésion à la mutuelle résulte de la signature d'un bulletin d'adhésion. L'ensemble des bénéficiaires doit souscrire à la même garantie. La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation des dispositions des statuts et des droits et obligations définis par le présent règlement.

2-2 PRISE D'EFFET : L'adhésion prend effet au plus tôt le jour suivant la date de signature. L'adhésion est effective après paiement de la première échéance de cotisation. L'adhésion au présent règlement est viagère. Toutefois, elle peut prendre fin dans les conditions prévues à l'article 5 du présent règlement.

2-3 ENTRÉE EN VIGUEUR : Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet fixée au bulletin d'adhésion.

3 - MODIFICATION DES GARANTIES

3-1 CHANGEMENT D'OPTION : Le membre participant peut demander à changer le niveau de garanties des

bénéficiaires au premier janvier de chaque année, dès lors qu'il en a formulé la demande avant cette date. Le changement se fait sans délai de stage. Il peut intervenir en cours d'année lorsqu'il s'agit d'une adaptation des garanties liée à un changement de régime obligatoire ou des prestations légales perçues par un bénéficiaire (bénéfice de la CMU par exemple ou de l'aide à la complémentaire santé), ou de situation familiale, ou rupture du contrat de travail d'un bénéficiaire. La modification de garanties donne lieu à signature d'un bulletin d'adhésion.

3-2 MODIFICATION DES PRESTATIONS À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE : Le montant des prestations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L 114-10 et L 114-11 du code de la Mutualité. Les modifications du montant des prestations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

4 - CESSATION DES GARANTIES

4-1 Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion. L'adhésion cesse en tout état de cause de produire effet pour tous les membres participants et ayants droit inscrits sur le bulletin d'adhésion. En cas de décès du membre participant, l'ayant droit est inscrit comme membre participant, et bénéficie des mêmes garanties sans délai de stage. Aucune prestation ne peut être servie après la date d'effet de la démission, ni après la décision de radiation ou d'exclusion, sauf celles pour lesquelles les conditions d'ouverture du droit étaient antérieurement réunies. Les cotisations versées pour la période pendant laquelle le risque n'a pas couru sont remboursées selon les dispositions de l'article L 221-17 du code de la Mutualité.

5 - RÉSILIATION

5-1 RÉSILIATION À L'INITIATIVE DU MEMBRE PARTICIPANT : La résiliation à l'initiative du membre participant est appelée démission. L'adhésion cesse en cas de résiliation à l'initiative du membre participant, si elle est signifiée par lettre recommandée au moins deux mois avant la fin de l'année civile : si son avis d'échéance ne lui est pas parvenu au moins 15 jours avant ce délai de deux mois, l'adhérent sera informé de son droit à dénonciation de son adhésion sur son avis d'échéance de cotisation. La résiliation ne dispense pas le membre participant du paiement des cotisations dues jusqu'à la fin de l'année civile. Il peut être dérogé exceptionnellement au principe de résiliation annuelle, si un membre participant ou un bénéficiaire 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 accompagnée d'une copie du bulletin de salaire et d'une attestation de l'employeur. Cette résiliation entraînera la radiation du membre participant et le trop perçu des cotisations lui sera remboursé par la mutuelle.

RÈGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPÉRATION INDIVIDUELLE

A titre exceptionnel, il peut être mis fin en cours d'année à son adhésion par le membre participant lorsque ne sont plus remplies les conditions d'adhésion liées au champ de recrutement ou lorsque le membre participant a souscrit une garantie spécifiquement en considération de sa situation de domicile, matrimoniale ou professionnelle, et que cette situation entraîne une modification tarifaire. La fin de l'adhésion ou la résiliation du règlement ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ou la date de sa révélation. La résiliation prend effet un mois après réception de sa notification. Les certificats de radiation sont délivrés par la mutuelle dans un délai maximum de deux mois à partir de la date d'effet aux membres participants à jour de leur cotisation qui ont manifesté le désir de quitter la mutuelle dans le respect des règles prescrites. Pour les radiations en cours d'année, admises par les statuts et le présent règlement, le certificat de radiation est délivré dans les mêmes délais et sous réserve du retour de la carte de tiers payant.

5-2 RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE LA MUTUELLE :

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 7.2 du présent règlement.

5-3 EXCLUSION D'UN MEMBRE PARTICIPANT :

Dans le respect des règles prévues par le code de la Mutualité, peut être exclu de la mutuelle le membre participant dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle et qui aurait causé à ses intérêts un préjudice volontaire et dûment constaté. L'exclusion entraîne la cessation de la couverture prévue par le présent règlement, à compter de la date 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.

6- COTISATIONS

6-1 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 cette dernière. Le montant des cotisations peut être modifié dans le cadre des dispositions prévues par les articles L 114-10 et L 114-11 du code de la Mutualité. Les modifications des cotisations s'appliquent à partir de leur notification aux membres participants.

6-2 MODE DE CALCUL DES COTISATIONS :

Les cotisations sont calculées pour chaque bénéficiaire de la garantie. Elles peuvent varier :

- en fonction du régime de Sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence
- de la composition familiale,

- de l'âge des membres participants ou ayants droit, calculé par différence de millésime à l'adhésion et lors de l'année en cours,

- de la durée d'appartenance à la mutuelle, selon délibération de l'assemblée générale ou du conseil d'administration dûment mandaté.

L'évolution par âge se fait annuellement à partir de 21 ans, sauf pour les enfants ayants droit jusqu'à 25 ans inclus qui bénéficient d'une cotisation uniforme. La cotisation intégrera toutes les taxes et contributions que la mutuelle doit acquitter et qui sont en vigueur au moment de l'appel de cotisation.

6-3 EXONÉRATION DE COTISATIONS :

Dès lors qu'il y a trois enfants bénéficiant d'une cotisation uniforme telle que définie à l'article 6.2, la cotisation du troisième et des suivants est gratuite. Aucune cotisation n'est demandée pour les enfants nouveaux nés ou adoptés pendant les douze premiers mois de leur adhésion, dès lors que l'inscription a été faite avec date d'effet de l'événement et dans les trois mois qui l'ont suivi.

6-4 Certains adhérents à la mutuelle peuvent bénéficier

de la prise en charge de leurs cotisations au titre de la couverture maladie universelle complémentaire, ou d'une prise en charge au titre de l'aide à la complémentaire, au sens de l'article L 863-1 et suivants du code de la Sécurité sociale. Ces avantages sont accordés sur présentation de l'attestation fournie par la caisse d'assurance maladie au membre participant, et selon les dispositions de la législation et réglementation en vigueur. Le financement de ces prises en charge est perçu directement par la mutuelle.

6-5 Le tableau des cotisations applicables en fonction

des critères de modulation retenus figurent en annexe 1. Un droit d'adhésion ou des frais de dossier peuvent être demandés par la mutuelle, s'ils sont prévus au barème.

7- PAIEMENT DES COTISATIONS

7-1 Le paiement de la cotisation est annuel. Il intervient

selon des modalités définies au bulletin d'adhésion. La périodicité mensuelle est réservée aux adhérents payant leur cotisation par prélèvement sur compte bancaire.

7-2 NON PAIEMENT DES COTISATIONS :

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les 10 jours de son échéance et indépendamment du droit pour la mutuelle de poursuivre l'exécution de l'engagement en justice, les garanties seront suspendues 30 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 cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La mutuelle a le droit de résilier ses garanties 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours prévu ci-dessus. Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation des garanties.

RÈGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPÉRATION INDIVIDUELLE

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 cotisations 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 exigera le remboursement des prestations dont les dates de soins sont postérieures à la date d'effet de la résiliation des garanties pour non paiement des cotisations.

8- GARANTIES

8-1 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 éventuellement 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 les régimes obligatoires d'assurance maladie, au titre des prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire. Il peut s'agir de prestations forfaitaires en espèces ou de prestations supplémentaires à celles versées par la Sécurité sociale. Ces prestations sont précisées pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

8-2 OUVERTURE DU DROIT AUX PRESTATIONS : Pour pouvoir bénéficier des prestations y compris dans le cadre du tiers payant, le membre participant doit être à jour de ses cotisations et ses droits aux prestations doivent être ouverts. 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 obligatoires d'assurance maladie, ou à défaut sur la facture du prestataire. Les soins survenus, les séjours hospitaliers et traitements engagés antérieurement à la date d'ouverture du droit aux prestations, ne sont pas remboursés par la mutuelle.

8-3 MODALITÉS DE RÈGLEMENT : Le règlement des prestations s'effectue par virement bancaire sur le compte du membre participant ou celui de ses ayants droit. Dans le cadre des accords de dispense d'avance de frais (tiers payant), ce règlement s'effectuera soit sur le compte du professionnel de santé ou de celui de l'organisme qu'il aura mandaté. Dans le cadre de relations directes avec les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie, ce règlement s'effectuera sur le compte des dits organismes (avance RO, MSA, CMU...).

8-4 ASSIETTE : Les prestations sont assises sur la valeur du tarif de base fixé par les régimes obligatoires d'assurance maladie (TC, TA, TR, TFR, BRSS) et selon la nomenclature des actes (NGAP et CCAM) en vigueur ou sur des montants forfaitaires selon le détail figurant pour chacune des garanties dans les descriptifs annexés au présent

règlement, déduction faite du remboursement du régime obligatoire, s'il existe. Si les taux ou bases de remboursement du régime obligatoire sont modifiés en cours d'année, la mutuelle se réserve le droit de conserver la valeur absolue du remboursement complémentaire en vigueur avant la modification. 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 obligatoires d'assurance maladie français, tel qu'il figure à la nomenclature des actes NGAP ou CCAM.

8-5 LIMITES : Toutes les prestations sont limitées aux frais réels engagés, tous organismes de couverture complémentaire intervenant confondus, et aux accords conventionnels départementaux ou nationaux conclus avec les tiers, par la mutuelle. Le montant, la durée, ou la fréquence d'actes remboursables peuvent être plafonnés pour certaines garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

8-6 PIÈCES JUSTIFICATIVES :

Le règlement des prestations s'effectue :

- soit, sur présentation des décomptes originaux établis par les régimes obligatoires d'assurance maladie,
- soit, en relation directe avec les régimes obligatoires d'assurance maladie sauf renonciation explicite du membre participant ou de ses ayants droit,
- soit, en l'absence de prise en charge des régimes obligatoires d'assurance maladie, sur production de factures ou notes d'honoraires datées et signées portant mention des noms, prénoms de l'adhérent ou du bénéficiaire des soins.

Les demandes de remboursement doivent être accompagnées des originaux des factures acquittées ou de relevés de dépenses engagées par l'assuré ainsi que de toute pièce justificative des dépenses réelles (note d'honoraires, facture détaillée établie sur papier à en tête du praticien, prescription) et plus généralement, de tout autre justificatif nécessaire à la liquidation du dossier qui pourra lui être demandé.

8-7 RISQUES EXCLUS :

Sont exclus de l'ensemble des garanties :

- Les séjours en maison d'enfants à caractère social, les maisons de retraite, y compris hébergement temporaire et placement à l'année, les longs séjours, ainsi que les soins reçus sans prescription médicale.

- Les dépenses de santé résultant d'une cause non directement liée à une maladie ou à un accident, sauf si pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Dans le cadre des contrats responsables définis par la loi du 13 août 2004 et décrets d'application subséquents la mutuelle ne prend pas en charge :

- la participation forfaitaire définie à l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale, pour l'ensemble des actes auxquels elle est appliquée.

RÈGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPÉRATION INDIVIDUELLE

- les dépassements d'honoraires pris en application du 18^{ème} alinéa de l'article L162.5 à hauteur du montant du dépassement autorisé pour les praticiens conventionnés à tarifs opposables, dans le cadre des dispositifs conventionnels en vigueur.
- la minoration du remboursement des régimes obligatoires d'assurance maladie, en cas de refus d'accès au dossier médical personnel, d'absence de choix d'un médecin traitant, ou de consultation d'un autre médecin, sans prescription du médecin traitant, prévue aux articles L161.36-2, L162.5-3 du code de la Sécurité sociale.

- La franchise forfaitaire annuelle mentionnée au III de l'article L322.2 du code de la Sécurité sociale, applicable, dans les conditions et limites prévues par les lois et règlements, aux prestations et produits suivants remboursables par l'assurance maladie :

- les médicaments, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation,
- les actes effectués par les auxiliaires médicaux, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation,
- les transports effectués en véhicules sanitaires terrestres ou en taxi, à l'exception des transports d'urgence.
- et plus généralement, toute participation forfaitaire, franchise ou prestation exclue du champ de garantie des contrats responsables.

8-8 DISPOSITIONS PROPRES À CERTAINES PRESTATIONS :

8-8-1 FORFAIT HOSPITALIER : La durée de prise en charge du forfait hospitalier est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

8-8-2 CHAMBRE PARTICULIÈRE : Les frais de chambre particulière sont remboursés dans la limite du nombre de jours d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et en fonction des plafonds prévus pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement. Les suppléments pour chambre particulière facturés pour le jour de sortie où à l'occasion d'un séjour ne comportant pas au minimum une nuit, ne seront pas pris en charge par la mutuelle hors conventions spécifiques.

8-8-3 FRAIS D'ACCOMPAGNANT : Par frais d'accompagnant il faut entendre :

- hébergement (sur présentation d'une facture nominative acquittée d'un établissement hôtelier).
- repas (sur présentation d'une facture nominative et acquittée d'un établissement de restauration).

Ces frais peuvent être engagés par toutes personnes désignées par le membre participant. La nature des séjours ouvrant droits aux frais d'accompagnants est précisée pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement. Les limites relatives à l'âge du patient, lui ouvrant droit au bénéfice du forfait d'accompagnant, sont précisées pour chacune des garanties dans les descriptifs figurant en annexe au présent règlement.

8-8-4 OPTIQUE : Lorsque la garantie prévoit des forfaits

distincts, et en cas d'achats successifs d'équipements unifocaux et multifocaux ou progressifs, c'est le crédit multifocal qui s'applique. Le crédit lentilles peut être cumulé aux crédits précédents. L'achat d'une monture seule s'impute sur les remboursements prévus au titre de l'équipement unifocal. La prise en charge est limitée aux ordonnances datant de moins de 3 ans pour les lunettes et un an pour les lentilles. Pour les garanties prévoyant une majoration des forfaits servis lorsque aucune prestation n'a été accordée sur le poste optique pendant un ou deux ans, il faut entendre qu'il doit y avoir une ou deux années civiles consécutives complètes à compter du 1^{er} janvier 2009 sans versement de prestations optiques. A compter de cette même date et par exception, en cas de souscription à la garantie au cours du premier semestre d'une année n, les majorations s'appliquent au 1^{er} janvier des années n+1 et n+2 si aucune prestation optique n'a été servie avant cette échéance. On n'entend par "poste optique" toute fourniture d'optique médicale, ou intervention chirurgicale de la myopie.

8-8-5 DENTAIRE : Lorsqu'un plafond annuel est défini à la garantie et que celui-ci est appelé à évoluer (augmentation ou suppression selon les cas) après plusieurs années, il faut entendre par année une période de 12 mois consécutifs d'adhésion à cette garantie du bénéficiaire concerné.

8-8-6 DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX GARANTIES PROPOSANT UNE FORMULE "BIEN ÊTRE" :

- ostéopathe, chiropracteur, diététicien, pédicure, podologue : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraire, effectués par des médecins, auxiliaires médicaux, ou professionnels, justifiant d'un diplôme dans leur spécialité. Pour les ostéopathes, la facture doit préciser le numéro d'agrément accordé par la DRASSE.

- acupuncteurs, homéopathes : prise en charge limitée aux actes hors nomenclature, à l'exception de tout dépassement d'honoraire, effectués par des médecins.

- moyens de contraception, vaccins, sevrage tabagique : remboursement des frais non pris en charge par les régimes obligatoires, sur prescription médicale.

8-8-7 CRÉDITS ANNUELS, FORFAITS ANNUELS, PLAFONDS ANNUELS

: Il faut calculer en référence à la date de souscription de la garantie pour le bénéficiaire concerné. La référence annuelle est basée sur l'année civile sauf indication contraire mentionnée dans le présent règlement mutualiste.

8-8-8 CHÈQUE « MULTI-PRESTATIONS »

Toute nouvelle adhésion (intervenant entre le 1^{er} septembre et le 31 janvier de l'année qui suit) bénéficie d'un « chèque » ouvrant droit à un crédit de prestations d'un montant de 75 € pour une personne seule ou 150 € pour un contrat comportant deux personnes ou plus. Ce crédit s'applique aux prestations suivantes :

- médecine non remboursée : fécondation in vitro, micro sclérose, parodontologie,
- actes hors nomenclature : diététicien, homéopathe, ostéopathe, acupuncteur, chiropracteur, pédicure, podologue (sous réserve des procédures de référencement de la mutuelle)

RÈGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPÉRATION INDIVIDUELLE

- médicaments prescrits non remboursés : pilule contraceptive, sevrage tabagique, autres vaccins,
- confort : hébergement thermal,
- appareillages : dentaire, optique, prothèses auditives, orthopédiques, capillaires et mammaires,
Les soins sont remboursés sur justificatif (facture et décompte de soins). Le droit à prestation doit être utilisé dans les 12 mois, au maximum, qui suivent la date d'adhésion.

Les changements de type d'assuré (d'ayant droit à membre participant, ou l'inverse) ne donnent pas droit à l'application du chèque « multi-prestations »

8-9 TIERS PAYANT : Pour faciliter l'accès aux soins, les adhérents peuvent être dispensés de l'avance des frais engagés par le membre participant ou le cas échéant par ses ayants droit, sur présentation de leur carte d'adhérent, dès lors qu'une convention de tiers payant a été signée par la mutuelle avec les établissements hospitaliers, les professionnels de santé et les fournisseurs de matériels médicaux. Cette dispense est limitée au niveau de couverture de la garantie souscrite et à la fraction de dépense imputable à l'assurance maladie complémentaire. Toute prestation indûment réglée fera l'objet d'une demande de remboursement auprès de l'adhérent concerné.

A défaut de régularisation, la mutuelle se réserve le droit d'engager à son encontre une procédure contentieuse de recouvrement. En cas d'hospitalisation, la dispense d'avance de frais ne s'applique pas aux dépenses supplémentaires (T.V., téléphone...) ainsi qu'aux dépassements d'honoraires. Pour bénéficier du tiers payant, l'adhérent doit solliciter auprès de la mutuelle une demande de prise en charge pour l'ensemble des établissements, à l'exclusion de ceux ayant conclu une convention avec la mutuelle.

8-10 FORCLUSION : Sous peine de forclusion, toute demande de paiement de prestations doit parvenir à la mutuelle dans un délai de 24 mois suivant la date de soins remboursés par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ou de la facturation initiale, pour les dépenses non prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Par ailleurs, les réclamations afférentes aux règlements des prestations sont à présenter dans les six mois à compter de la date de paiement ou de la décision de refus de paiement des dites prestations.

8-11 ACCIDENT : La mutuelle intervient pour tous les actes non exclus à l'article 8-7 consécutifs à un accident, qu'il s'agisse d'un accident de droit commun, du travail, sportif, scolaire, ou de vie privée. A cet effet, l'adhérent doit adresser, sous peine de déchéance, une déclaration circonstanciée précisant le nom et l'adresse du tiers en cause, les coordonnées de sa compagnie d'assurance, ainsi que celles des forces de police ayant procédé, le cas échéant à un constat. L'adhérent couvert pour le même risque, par une autre mutuelle, une compagnie d'assurance ou un autre organisme de prévoyance, doit en informer la mutuelle. Dans ce cas, les prestations ne sont versées qu'à titre complémentaire, sans que l'assuré puisse recevoir un

montant supérieur à celui des débours réels. L'adhérent doit informer la mutuelle de toute instance engagée, pénale ou civile et de ses intentions. La mutuelle peut être partie à la procédure si elle le juge nécessaire. Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la mutuelle, qu'autant que celle-ci a été invitée à y participer par lettre recommandée et il ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre. L'adhérent doit également informer la mutuelle de tout projet de règlement amiable avec l'auteur responsable ou son assureur substitué, ce règlement ne devenant définitif et n'étant opposable à la mutuelle qu'autant que cette dernière aura donné son accord. En cas de soins consécutifs à un accident dont la responsabilité, ne peut être imputée à un tiers, la mutuelle n'intervient, dans la limite de son tarif de responsabilité, qu'à défaut de couverture de ces soins par une police individuelle souscrite auprès d'une compagnie d'assurances.

8-12 SUBROGATION :

La mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans les limites des dépenses que la mutuelle a supportées. Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et la victime ne peut être opposé par cette dernière à la mutuelle.

9- DISPOSITIONS DIVERSES

9-1 RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION : Pour toute réclamation, le membre participant peut s'adresser au service relations adhérents de la mutuelle. En cas de désaccord sur la réponse donnée à sa réclamation ou de difficultés liées à l'application ou à l'interprétation du présent règlement, le membre participant peut demander l'avis du médiateur de la mutuelle. Ce dernier peut être saisi par courrier adressé au siège social de la mutuelle, service du médiateur.

9-2 PRESCRIPTION : Toute action dérivant de l'adhésion au présent règlement se prescrit par deux ans à compter de l'événement qui lui 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.

9-3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS : Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion de la mutuelle et des organismes ou unions auxquelles elle adhère. Les informations détenues dans le cadre de la gestion pour compte, sont exclusivement utilisées dans les conditions où elles l'auraient été si la gestion avait été effectuée directement par le mandant. Aucune information gérée ne peut faire l'objet d'une cession ou mise à disposition de tiers à des fins commerciales. Le membre participant, ainsi que toute personne, objet d'une gestion pour compte de tiers, peut demander communication ou rectification de toute information les concernant qui figurerait sur les fichiers de la mutuelle ainsi que, le cas échéant, de ses mandataires et réassureurs.

RÈGLEMENT DES GARANTIES FRAIS DE SANTÉ OPÉRATION INDIVIDUELLE

Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à la mutuelle, à l'adresse de son siège social. Le membre participant peut s'opposer à ce que ses coordonnées soient communiquées à des entreprises extérieures dans le but de prospections commerciales, en adressant à la mutuelle un courrier demandant qu'aucune information le concernant ne soit communiquée à des tiers.

9-4 AUTORITE DE CONTRÔLE PRUDENTIEL (ACP) : Conformément au code de la Mutualité, la mutuelle est soumise au contrôle de l'autorité de contrôle prudentiel ACP - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

ANNEXE 1 AU RÈGLEMENT MUTUALISTE FRAIS DE SANTÉ

MODULATION DES COTISATIONS NOUVELLE GAMME EOVI SANTÉ

L'évolution de la cotisation se fait annuellement. Elle est fonction de l'évolution globale constatée des dépenses de santé pour une garantie considérée à structure de population inchangée, et de l'âge des bénéficiaires.

Les instances de la mutuelle arrêtent chaque année le taux directeur d'évolution des cotisations en s'appuyant sur l'évolution globale des dépenses de santé supportées par la mutuelle au cours de l'année passée, ainsi que sur l'évolution des dépenses afférentes à chacune des garanties. Elles s'appuient également sur les prévisions disponibles pour l'année à venir.

Ce taux directeur s'applique au barème de référence.

La cotisation est obtenue par produit entre cette base mise à jour annuellement et un coefficient de progression du coût lié à l'âge du bénéficiaire*.

Le coefficient de progression lié à l'âge s'applique aux membres participants ainsi qu'à leurs ayants-droit, à l'exclusion des enfants âgés de moins de 25 ans.

Une majoration pour adhésion tardive s'appliquera pour toute souscription d'une personne âgée de plus de 65 ans à la date d'entrée à la mutuelle.

Les membres honoraires (Cf. produit "Restez Mutualiste") paient une cotisation fixée à 15 Euros.

ANNEXE I BIS AU RÈGLEMENT MUTUALISTE FRAIS DE SANTÉ

MODULATION DES COTISATIONS NOUVELLE GAMME EOVI MUTUELLES PRESENCE 2009

L'évolution de la cotisation se fait annuellement. Elle est fonction de l'évolution globale constatée des dépenses de santé pour une garantie considérée à structure de population inchangée, et de l'âge des bénéficiaires.

Les instances de la mutuelle arrêtent chaque année le taux directeur d'évolution des cotisations en s'appuyant sur l'évolution globale des dépenses de santé supportées par la mutuelle au cours de l'année passée, ainsi que sur l'évolution des dépenses afférentes à chacune des garanties. Elles s'appuient également sur les prévisions disponibles pour l'année à venir.

Ce taux directeur s'applique au barème de référence.

La cotisation est obtenue par produit entre cette base mise à jour annuellement et un coefficient de progression du coût lié à l'âge du bénéficiaire*.

*Le coefficient de progression lié à l'âge s'applique aux membres participants ainsi qu'à leurs ayants-droit, à l'exclusion des adhérents âgés de moins de 25 ans.

Le tarif sera par ailleurs modulé en fonction du nombre d'ayants-droits inscrits. La cotisation est calculée pour chaque ayant-droit, selon les critères mentionnés ci-dessus. Le deuxième adulte (hors enfant ou ascendant) bénéficie en outre d'une minoration.

Pour en savoir plus

- ▶ Par téléphone au **N°Cristal 09 69 32 13 13**
APPEL NON SURTAXE
- ▶ Rendez vous dans l'un de nos 23 espaces d'accueil dans la Loire, la Haute-Loire, le Puy de Dôme et le Rhône
- ▶ Sur internet : www.eovi-mutuellespresence.fr



L'Atrium, 60 rue Robespierre • 42030 Saint-Etienne cedex 2

MP 01 022 - 09/10